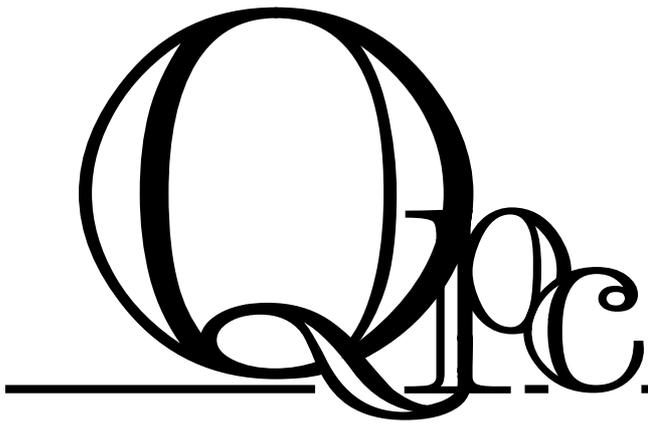


quaderni di psicoterapia comparata
esperienze di confronto e integrazione

LE EMOZIONI



quaderni di psicoterapia comparata
esperienze di confronto e integrazione

LE EMOZIONI

QUADERNI DI PSICOTERAPIA COMPARATA
2/2013
NOVEMBRE 2013

RIVISTA A CURA DELLA
SCUOLA DI PSICOTERAPIA COMPARATA
SEDE DI FIRENZE

RIVISTA SEMESTRALE DIRETTA DA:
PIETRO CATERINI, DIRETTORE SCIENTIFICO
ANNALISA CAMPAL, DIRETTORE RESPONSABILE

RESPONSABILI DI REDAZIONE:
SIMONA PECCHIOLI, ANDREA INNOCENTI, MANUELE MATERA

COMITATO DI REDAZIONE:
GIULIA ARCELLI, FEDERICA BANDINELLI, FEDERICO CIACCI, VALENTINA COPPINI, DANIA
DELLAPASQUA, GIULIA FORTINO, SILVIA GIOIA, VALTER MATTETTI, GLENDA MAZZA, DANIELA
MESORACA, GIORGIA MIGLIORELLI, TIZIANA PENNATO, ALESSIA TARGIONI, GIULIA ULIVI

COMITATO SCIENTIFICO:
PIETRO CATERINI, MARIO AJAZZI MANCINI, ANNALISA CAMPAL, GIOVANNI CIOLI, GIOVANNA
D'ONGHIA, ANDREA INNOCENTI, FEDERIGO BRUNO INNOCENTI, MANUELE MATERA, NICOLA
MATERASSI, SIMONA PECCHIOLI, DINO PERRONI, LUCA TEODORI

DIREZIONE E REDAZIONE:
VIALE ANTONIO GRAMSCI 22, FIRENZE
E-MAIL: REDAZIONE@PSICOTERAPIACOMPARATA.IT
WEB: WWW.PSICOTERAPIACOMPARATA.IT

PROPRIETÀ:
SOCIETÀ DI PSICOTERAPIA COMPARATA S.R.L.

ISSN: 2281-650X

REGISTRATA COL NUMERO 5828 IN DATA 24/03/2011 PRESSO IL TRIBUNALE DI FIRENZE

INDICE

Pietro Caterini, Annalisa Campai
Editoriale pag. 5

FOCUS AREA: LE EMOZIONI

Karine Goust
Il lavoro con le emozioni in psicoterapia pag. 9

Pietro Caterini
La vita emotiva del terapeuta: figura-sfondo della relazione che cura pag. 41

Federica Bandinelli, Dania Dellapasqua, Giulia Fortino, Valter
Mattetti
Pensavo fosse amore... invece era controtransfert! pag. 47

Silvia Gioia, Daniela Mesoraca
Le emozioni nell'emergenza pag. 67

Glenda Mazza, Alessia Targioni
Empatia e neuroni specchio: una prospettiva neurobiologica dell'intersoggettività pag. 87

Tiziana Pennato
Tutto quello che avreste sempre voluto sapere sull'Intelligenza Emotiva (ma non avete mai osato chiedere) pag. 103

Nicola Materassi, Alice Visi
Aspetti neurobiologici dell'ansia pag. 125

ATTUALITÀ

Sefora Di Natale
Omosessualità: tra Psicologia e Cristianesimo pag. 133

Martina Fei, Francesco Benini, Rossella Dimagli
La Terapia Multisistemica in Acqua: un trattamento integrato per i disturbi dello spettro autistico pag. 145

CONTROTEMPO

Patrizia Adami Rook
Scienze, psicoterapia e chiacchiere (parte II) pag. 155

RECENSIONI

Giulia Arcelli, Federico Ciacci, Valentina Coppini, Giorgia Migliorelli,
Giulia Ulivi
Black Mirror, attraverso lo specchio nero pag. 165

Mary Luca
Convegno "Oltre il PIL. Il contributo delle scienze per una nuova concezione economica e politica del benessere" pag. 187

RIFLESSIONI

Dino Perroni, Rachele Bindi, Giovanni Colacicchi, Lorenza Isetto,
Giulia Palmieri, Davide Stroschio
C. G. Jung e il Cristianesimo pag. 191

EDITORIALE

Le emozioni sono il tema inesauribile della ricerca psicologica e psicoterapeutica. È grande il lavoro che dedichiamo a loro nel tentativo di nominarle, definirle, contenerle, comprenderle per poi rimanere confusi della loro mutevolezza ed essere spinti verso nuove vie di esplorazione. Certamente sono le emozioni tra i fondamenti di ciò che intendiamo come dinamico nella nostra psiche. Nell'avvicinarsi alle emozioni altrui mutiamo le nostre. Questo a prescindere da quello che sia il nostro intento di studiosi o clinici o ricercatori o semplici “appassionati delle cose umane”. Così mentre ci avviciniamo a loro siamo sempre in divenire e in questo flusso rimaniamo appesi alla nostra attenzione...

“Comparare” le emozioni è quello che ognuno di noi fa, dentro di sé e nella relazione con qualcun altro, confrontando il passato, il presente, il futuro. È una attività talmente complessa da rimanere, per la maggior parte del tempo, fuori dalla coscienza. Dunque è spesso uno sforzo mettere a fuoco ciò che si prova, difficile trovare le parole per esprimerlo e forse ancora più difficile teorizzare su quelle emozioni che sono poi le stesse sia per chi le studia sia per chi le prova. Certamente le emozioni ci muovono in tondo come bambini che corrono al parco...

Lungi dal pensare di affrontare in modo esaustivo l'argomento, abbiamo voluto egualmente animare il dibattito all'interno del nostro istituto e ne sono seguiti, a nostro avviso, spunti interessanti. Vi auguriamo una buona lettura, così come è stato interessante per noi comporre questo numero.

Struttura della rivista

Per la pubblicazione della nostra rivista abbiamo optato per il mezzo on-line in quanto duttile, versatile e soprattutto orizzontale che consenta a chi partecipa al progetto di esprimersi pienamente. La rivista ha uscita semestrale, con un focus principale e una serie di rubriche.

La sezione “FOCUS” prevede un'area tematica, è composta da alcuni articoli di autori diversi e ha l'obiettivo di mantenere vivo il confronto e l'aggiornamento con personalità italiane e straniere, tra neofiti e colleghi di esperienza.

La rubrica “ATTUALITÀ” è dedicata ai temi che sono alla maggiore attenzione degli psicologi e dell'opinione pubblica.

La rubrica “CONTROTEMPO” consente la rilettura di articoli pubblicati in passato alla luce degli sviluppi recenti.

La rubrica “RECENSIONI” è dedicata a pubblicazioni, film, eventi di rilievo.

La rubrica “RIFLESSIONI” affronta approfondimenti su tematiche di interesse teorico o clinico.

Infine la rubrica “STUDI E RICERCHE” è dedicata a ricerche pubblicate o “in progress” relative alla metodologia dell'integrazione e della comparazione.

Sono benvenuti tutti coloro vorranno partecipare, anche se non direttamente coinvolti con la Scuola di Psicoterapia Comparata.

All'interno di questo numero dei *Quaderni di Psicoterapia Comparata*:

FOCUS: nel suo articolo “Il lavoro con le emozioni in psicoterapia” Karine Goust esplora il tema delle emozioni attraverso vari modelli, analitico, cognitivo evoluzionistico, Emotional focused therapy. Segue il contributo di Pietro Caterini, “La vita emotiva del terapeuta: figura-sfondo della relazione che cura”, testo della relazione presentata al convegno “Lavorare con le emozioni in psicoterapia: modelli clinici a confronto”, tenutosi a Firenze il 31 maggio 2013. Detto contributo attraversa il tema delle emozioni del terapeuta dentro e fuori l'incontro clinico, nella vita professionale e nella vita privata. “Pensavo fosse amore...e invece era controtransfert”, di Federica Bandinelli, Dania Dellapasqua, Giulia Fortino e Valter Mattetti illustra la complessità del concetto di controtransfert nel suo percorso storico da Freud ai giorni nostri. Di ambito psico-sociale, “Emozioni e psicologia dell'emergenza”, di Silvia Gioia e Daniela Mesoraca affronta il tema dell'intervento nei casi di calamità di varia natura dal punto di vista delle competenze professionali e delle strategie utili agli operatori dell'emergenza. “Empatia e neuroni a specchio: una prospettiva neurobiologica dell'intersoggettività”, di Glenda Mazza e Alessia Targioni è dedicato alla conoscenza delle basi biologiche dell'empatia e degli effetti della scoperta dei neuroni a specchio. Tiziana Pennato è l'autrice di “Tutto quello che avreste voluto sapere sull'Intelligenza Emotiva e non avete mai osato chiedere”, un ampio lavoro sull'intelligenza emotiva e la ricerca di cui è oggetto dagli anni '90, nelle sue varie prospettive, concettualizzazioni e percorsi evolutivi. “Aspetti neurobiologici dell'ansia”, di Nicola Materassi e Alice Visi è dedicato alla comprensione della relazione tra aspetti neurobiologici e fenomenologici dell'ansia in una prospettiva di integrazione nell'ambito della ricerca in psicopatologia.

ATTUALITÀ: in “Omosessualità: tra psicologia e cristianesimo” Sefora Di Natale esplora le difficoltà dell'omosessuale credente e si interroga sulle possibilità di comprensione reciproca e integrazione di due ambiti e linguaggi tanto diversi. Martina Bandoni Fei, Francesco Benini e Rossella Dimagli, sono gli autori di “Terapia Multisistemica in Acqua: un trattamento integrato per i disturbi dello spettro autistico”, in cui espongono in termini teorici e pratici una metodologia di intervento per la cura di bambini autistici i cui benefici sono certi e i risultati in attesa di validazione scientifica.

CONTROTEMPO: di Patrizia Adami-Rook, la seconda parte di “Scienze, psicoterapia e chiacchiere”.

RECENSIONI: “Black mirror, attraverso lo specchio nero: quanto c'è di tecnologico nelle nostre vite e quanto di umano nella tecnologia digitale?” di Giulia Arcelli, Federico Ciacci, Valentina Coppini, Giorgia Migliorelli, Giulia Ulivi, a partire da una serie televisiva anglosassone analizza gli effetti della diffusione delle tecnologie digitali sul cervello, l'identità, le relazioni umane. Mary Luca è l'autrice di “Oltre il PIL: il contributo delle scienze per una nuova concezione economica e politica del benessere”, argomento del convegno che si è svolto a Firenze il 28 giugno 2013, in cui si è evidenziata la necessità di trovare nuovi indicatori di sviluppo per il benessere.

RIFLESSIONI: “C: G: Jung e il Cristianesimo”. Sotto questo titolo si raccolgono i contributi di Rachele Bindi (“Scene dalla vita di Cristo”), Giovanni Colacicchi (“L’interpretazione junghiana dei concetti di peccato e redenzione”), Lorenza Isetto (“Morte, trasformazione, risurrezione”), Giulia Palmieri (“Uno, due, tre: e dov’è il quarto?”), Davide Stroschio (“La confessione”), preceduti da “Parole in apertura – invito alla lettura” di Dino Perroni, dedicati all’interesse particolare che Jung sempre rivolse al paradigma cristiano.

di Pietro Caterini, Direttore SPC
e Annalisa Campai, Direttore Quaderni di Psicoterapia Comparata

Corso di Specializzazione in Psicoterapia Comparata

4 anni - 2000 ore - riservato a laureati in Psicologia e Medicina
prossima edizione: gennaio 2014 - dicembre 2017

Riconosciuto da



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca



IL LAVORO CON LE EMOZIONI IN PSICOTERAPIA DALLA GENESI DELLA COSTRUZIONE DEL REPERTORIO EMOTIVO FUNZIONALE E DISADATTIVO ALL'ESPLORAZIONE DEGLI ATTI TERAPEUTICI E DEI PROCESSI DI CAMBIAMENTO

di Karine Goust

psicologa psicoterapeuta, specializzata presso la Scuola di Psicoterapia Comparata

Se il lavoro sulle emozioni risulta un punto fondamentale, nel corso di una psicoterapia non si esplora, comprende o ristruttura il solo repertorio emotivo. Non lo si fa neanche indipendentemente da un'esplorazione dei pensieri, delle fantasie, dei ricordi, dei desideri, dei bisogni, dei registri difensivi, dei conflitti, dell'immagine di sé, delle relazioni o delle tendenze all'azione del paziente. Perciò il tema qui proposto potrà risultare a volte il frutto di una distinzione artificiale tanto le emozioni sono legate agli altri ingredienti della coscienza e dell'inconscio.

In questa sede non si tratta di esplorare l'intero argomento legato alle emozioni, alle loro molteplici radici e caratteristiche, ai loro fondamenti endocrinologici o neurobiologici, alle diverse teorie psicologiche o alle loro espressioni individuali o collettive, né tanto ci soffermeremo sul tema della regolazione delle emozioni trattato anche questo in molti modi diversi. L'argomento di interesse è circoscritto al momento della terapia nel quale il paziente prende consapevolezza di un'emozione finora inaccessibile, quando scopre di essersela narrata o nominata in un altro modo, quando prende coscienza che buona parte delle sue azioni o del personaggio che si è costruito è il risultato di emozioni negate o evitate, quando affronta un sentimento negativo irrisolto nei confronti di una persona significativa, quando una sensazione fisica sempre provata raggiunge la consapevolezza attraverso la parola e il pensiero e rivela un nuovo significato, quando il paziente accede ad un'emozione più autentica e primaria rispetto ad altre emozioni secondarie e complesse che gli hanno fatto da schermo e gli

impedivano di soddisfare i suoi bisogni, i suoi desideri o ad entrare in relazione con gli altri.

Mi interesserò anche a come il terapeuta, attraverso l'atto terapeutico e partendo dalla sua teoria sulla funzionalità e disfunzionalità delle emozioni, guida il paziente verso una nuova consapevolezza dei vissuti ed espressioni emotive portatrici di cambiamento.

Mi soffermerò sulla grande variabilità dei termini e dei significati impiegati per tentare di definire le emozioni e i sentimenti, sulla spiegazione della loro formazione e del loro emergere alla coscienza, sulla riattualizzazione delle emozioni passate e la loro espressione nel presente nella relazione terapeutica, sulla loro espressione corporea non verbale e verbale nello spazio terapeutico, sul dialogo che possono instaurare tramite varie parti di sé o nella relazione tra sé e l'altro. Affronterò questo lavoro analizzando vari modelli che si sono dedicati a comprendere quale tipo di atto terapeutico possa generare quale tipo di cambiamento emotivo nel paziente.

Ho scelto di presentare tre modelli che hanno dato un interessante contributo alla comprensione del lavoro sulle emozioni e di accennare ad altri modelli in una prima discussione introduttiva. I tre modelli - analitico, cognitivo evolucionistico e la Emotional Focused Therapy (EMT) - si succedono cronologicamente e, se bisogna rilevare che tanto il secondo che il terzo si nutrono di quelli anteriori, è necessario sottolineare che anche il più antico dei tre ha subito notevoli evoluzioni teoriche grazie, in parte, al costante dialogo con ulteriori modelli cognitivi e interpersonali. Non ho fatto ricorso

ai parametri scientifici della ricerca sui fattori comuni nel lavoro sulle emozioni, né ho scelto di svolgere un lavoro volto all'integrazione teorica o tecnica intorno alle emozioni. Questo testo propone piuttosto un'esplorazione del tema attraverso diversi modelli, contestualizzati nella loro corrente teorica, per meglio comprendere le varie sfaccettature del fenomeno e le diverse modalità possibili nell'affrontarlo, seguito da una sintesi comparata su ciò che può apparire come comune o specifico a questi modelli.

Il lavoro con le emozioni può essere considerato un fattore comune in psicoterapia? Senza dubbio ne è una componente tanto fondamentale quanto difficile da circoscrivere, che i vari modelli tentano di ricoprire, portando ricchi elementi di comprensione alla tessitura emotiva dell'esperienza umana.

Integrazione e comparazione in psicoterapia

Lo scopo dell'integrazione teorica è di incorporare alcuni dei punti di forza e dei contributi di ciascun approccio selezionando gli elementi che possano funzionare insieme in modo che possa esser costruita una sintesi coerente, anche se, nel complesso, le teorie restano assai diverse (Wachtel, 1991).

In questa maniera i modelli psicoterapeutici si uniscono per produrre un approccio con nuove caratteristiche non contenute in precedenza in nessuno dei modelli sorgente.

Schwartz (1991) si riferisce a un sistema aperto che consente sia l'interazione delle componenti esistenti, sia l'entrata di nuovi elementi e l'uscita di vecchi elementi. Con una impostazione a sistema aperto l'integrazione si configura non come una sintesi rigida di entità statiche ma come un processo di cambiamento capace di portare a nuove teorie e prassi nella clinica (Arkowitz, 1997).

L'integrazione in psicoterapia rimanda quindi alla questione della pluralità degli approcci psicoterapeutici. Ma l'idea di poter integrare in un unico meta-approccio che includa quello che di buono hanno da offrire tutti gli approcci, di fatto spesso produce un ulteriore approccio che si aggiunge ai tanti già esistenti. Sarebbe allora compito di ogni approccio portare avanti

un'operazione di riflessione su somiglianze e differenze tra i vari approcci, attraverso uno studio di "psicoterapia comparata".

Secondo Migone (2007), si tratta di un'occasione per ogni terapeuta per non andare alla ricerca ingenua di una ricetta di psicoterapia che integri i pregi ed elimini i difetti di tutti i modelli, ma di poter conoscere come lavorano e ragionano i colleghi appartenenti agli approcci più disparati e di riflettere sulla propria pratica.

Patrizia Adami Rook porta un altro argomento a favore della comparazione: "Ogni modello, in quanto un modello di relazione, apre e chiude possibilità di comprensione dell'Altro, costituisce un punto di vista, un osservatorio, un vertice dal quale poterlo guardare. Ma un punto di vista, un vertice è, appunto, uno".

Molte scuole esistono come separate non perché lo siano di fatto a livello teorico o perché abbiano dignità di "teorie autonome", ma perché enfatizzano solo un aspetto particolare di una teoria più generale, rischiando di fare una sorta di errore di distorsione o di prospettiva. A volte i terapeuti stessi sviluppano particolari tipi di transfert nei confronti di una determinata scuola, nel senso che un certo modello teorico può sintonizzarsi meglio con le proprie fantasie inconsce, anche in senso difensivo.

Per comprendere come mai vi siano tanti approcci in psicoterapia occorre conoscere bene il periodo storico e il paese in cui sono stati proposti, i motivi per cui si è sentito il bisogno di proporli, in reazione a cosa (o a chi) essi sono nati e così via, insomma, conoscere la loro storia anche sociologica, affettiva ed istituzionale (Migone, 2007).

L'emergere di nuove teorie, modelli, contestazioni o nuovi contributi del pensiero psicoterapeutico si colloca in un contesto storico-culturale, spesso in reazione al modello dominante che esaspera e esaurisce una dimensione - in modo funzionale rispetto alle questioni poste in tale epoca socio-storica - e ne esclude altre. Tale esclusione sottolinea una mancanza che verrà a colmare l'impostazione del modello successivo.

Sotto alcuni aspetti questa riflessione può risultare in parte riduttiva, perché in realtà i pensieri alternativi spesso coesistono con (a volte altrove, come la psicologia orientale) o precedono il pensiero dominante di un

modello, ma non sono esplicitati come tale nel contesto contemporaneo o non sono ancora portati alla notorietà da un autore carismatico. Quindi la successione dei modelli non è così lineare, ma prende la forma di una discussione e di un'interazione continua di idee che evolvono in uno spazio temporale e geografico.

Ciononostante si possono individuare alcuni movimenti dialettici che si sviluppano all'interno di ognuna delle scuole stesse o tra scuole di pensiero diverso nel tentativo di ricoprire le cinque principali dimensioni dell'attività umana come illustrato da Ginger (1990) con la rappresentazione grafica del

pentagramma (figura 1) e la seguente corrispondenza:

- la dimensione fisica: corpo, sensorialità, motricità, sessualità;
- la dimensione affettiva: "cuore", sentimenti, relazione d'amore, l'altro;
- la dimensione razionale: "testa" (con entrambi i suoi emisferi), idee e immaginario creatore;
- la dimensione sociale: relazione con gli altri, ambiente umano e culturale;
- la dimensione spirituale: luogo e significato dell'uomo nell'ambiente cosmico e nell'ecosistema globale.

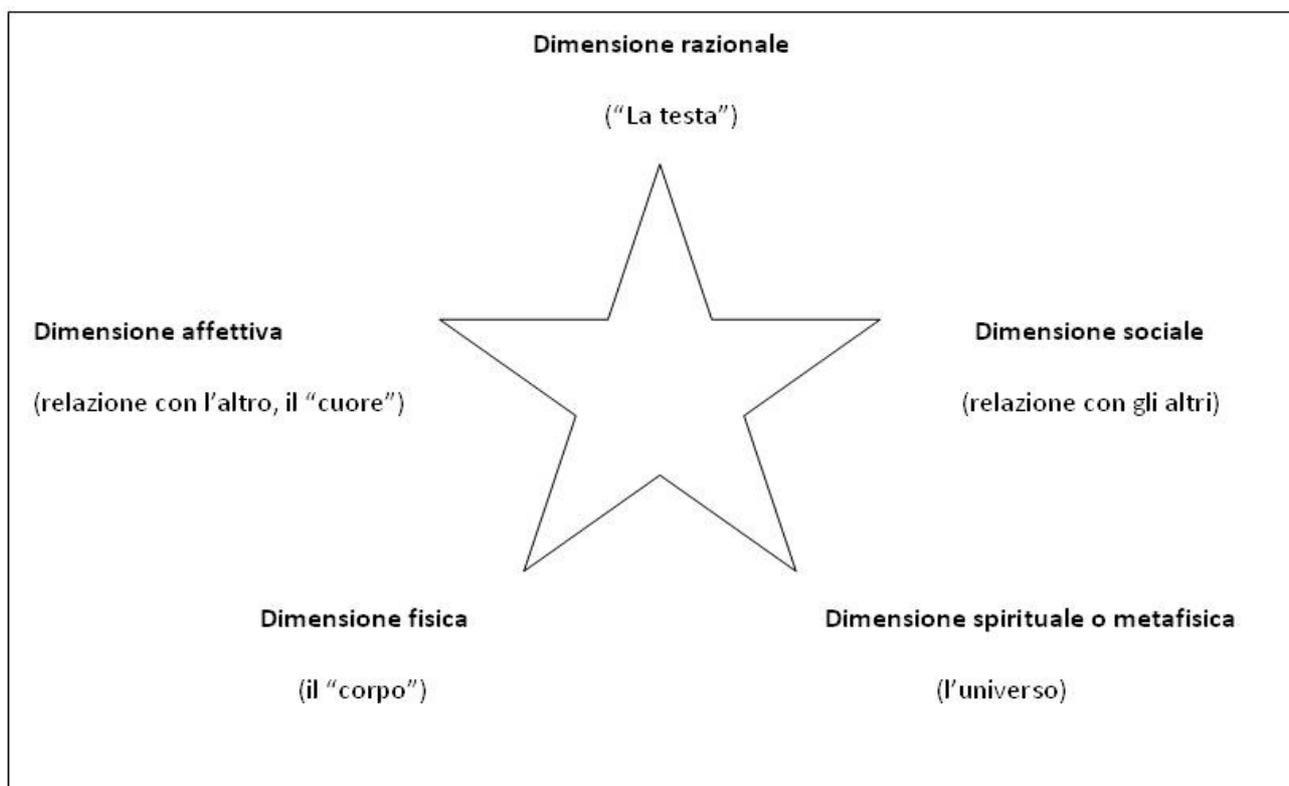


Figura 1 – Rappresentazione del pentagramma delle principali dimensioni dell'attività umana (Ginger, 1990).

Nella corrente **cognitivista** per esempio, il behaviorismo (che rappresenta la prima generazione e ricopre maggiormente l'attività sociale e razionale dell'uomo; senza l'attività dell'emisfero destro e dell'immaginario) evolve verso il cognitivismo comportamentista (seconda generazione, si riferisce all'attività razionale completa e all'attività sociale; vi rientra un po' di affettività); nascono poi il cognitivismo costruttivista postrazionalista e il cognitivismo evoluzionista (con una forte

componente affettiva e un riavvicinamento al pensiero della psicoanalisi con Bowlby, che anche se dissidente del modello classico rimane di estrazione analitica) e il cognitivismo "caldo" (maggiormente esperienziale, nel quale rientra il corpo attraverso il lavoro sulle emozioni); si arriva infine all'emergenza delle terapie basate sulla Mindfulness and Acceptance (con l'uso di tecniche meditative orientali, la cosiddetta terza generazione della terapia cognitivo-

comportamentale, che integra una certa dimensione spirituale).

Nella corrente **analitica** esiste un tentativo simile di coprire l'insieme dell'attività umana con l'attenzione e l'enfasi posta da parte di autori diversi su alcune di queste dimensioni. Possiamo così citare i contributi della psicoanalisi freudiana (fisica, razionale, affettiva), quella junghiana (aggiunge le dimensioni sociale e spirituale) e quella interpersonale di Sullivan (mette l'accento sulle dimensioni affettiva e sociale).

Allo stesso modo, dall'accento portato sul mondo interiore e personale dell'essere umano al quale si è dedicata inizialmente la psicoanalisi, susseguirà l'esigenza di elaborare un modello che affronti gli scambi interpersonali e la relazione con gli altri attraverso la **psicoterapia sistemica**.

Derivandola dalle caratteristiche dell'epoca sociostorica in questione, è anche possibile collocare l'esigenza di porre attenzione all'autonomizzazione e alla maturazione dell'uomo presente nel modello analitico della prima parte del 900 fino a giungere ad un'individuazione ancora più dichiarata con la **gestalt therapy** della seconda metà del secolo ("Io sono la mia via e tu la tua. Io non sono in questo mondo per rispondere alle tue aspettative e tu non sei in questo mondo per rispondere alle mie. Tu sei tu e io sono io... E se per caso ci incontriamo allora è splendido! Altrimenti non ci possiamo fare niente!"; Perls, 1969), per arrivare all'importanza di considerare non solo l'uomo all'interno di un sistema relazionale a volte alienante, ma anche, a fine 900 e inizio del secolo successivo, al riconoscimento del bisogno di interdipendenza con gli altri (modello psicodinamico ciclico, modello cognitivo-evoluzionista) e con il tutto (interesse per le mindfulness based therapy e la psicologia orientale).

La riflessione sull'integrazione in psicoterapia e sull'efficacia della psicoterapia oltre ad avere portato ad un tentativo di integrazione teorica e tecnica ha prodotto anche una riflessione sui **fattori comuni**.

Poznanski e McLennan (1995) notano come molti studi comparativi di interventi psicoterapeutici secondo modelli diversi non abbiano trovato differenze significative. Ciò non vuol dire che tutti gli aspetti importanti

della psicoterapia siano simili nelle diverse scuole. Questi studi hanno sottolineato l'importanza di un lavoro di accordo su unità teoriche fondamentali e su un linguaggio condiviso per superare le barriere proprie di ciascun orientamento.

Un tale lavoro suppone però un tentativo di traduzione di concetti e termini di una teoria nel linguaggio di un'altra, partendo dal presupposto che all'interno di teorie diverse vi siano procedure simili.

In effetti, in ogni traduzione vi è un inevitabile rischio di tradimento. Il tentativo di creare un "Esperanto" della psicoterapia racchiude il rischio di snaturare e impoverire la ricchezza della diversità dei modelli, di decontestualizzarli rispetto alle loro origini sociostoriche, alla loro valenza reattiva nei confronti di un altro determinato modello, alle caratteristiche di personalità dei loro fondatori, nonché di decontestualizzarne i costrutti teorici cambiandone il loro significato.

È interessante, piuttosto, cercare ciò che vi è di comune e ciò che vi è di specifico, particolarmente in relazione ai risultati (Arkowitz, 1992).

Ogni caso clinico si presenta in effetti con la sua storia particolare e necessita di un ventaglio di soluzioni ad hoc, così, per dirla con Singer e Lalich, "Il terapeuta dovrebbe assomigliare più ad un sarto che confeziona capi su misura e non ad un commerciante che vende abiti in serie. Il sarto prende le misure del cliente, discute e disegna con lui il taglio dell'abito, spiega quanto tempo occorre per confezionarlo, quante prove sono necessarie e così via, in modo che il prodotto finale vesta perfettamente quella persona".

Il concetto di **tailoring** (Norcross, 2002) ovvero la possibilità di ritagliare l'intervento psicoterapeutico sulle peculiarità del soggetto in termini di gravità del caso, capacità di insight, risorse culturali, relazionali e di contesto apre la questione della scelta della terapia da parte del paziente.

Infine, Ugazio (1998) osserva che i vari indirizzi psicoterapeutici si occupano di psicopatologie diverse: la psicoterapia cognitiva per le organizzazioni fobiche, la psicoanalisi per le nevrosi ossessivo-compulsive, la psicoterapia sistemico-relazionale per i disturbi alimentari. La sua analisi dell'organizzazione semantica che

caratterizza le organizzazioni fobiche, ossessivo-compulsive e quelle dei disturbi alimentari psicogeni ha rilevato la singolare consonanza tra ciascuna delle organizzazioni e i presupposti teorico-metodologici dell'indirizzo terapeutico che ne aveva privilegiato lo studio. Questa consonanza sembra suggerire che i pazienti scelgono quei modelli psicoterapeutici che sono coerenti con il loro modo di organizzare la realtà.

Se questa ipotesi fosse corretta, le psicopatologie - con la loro caratteristica organizzazione semantica - e gli stessi conflitti che contraddistinguono la posizione del paziente - entro l'organizzazione semantica di cui è parte - contribuirebbero a costruire le teorie che dovrebbero spiegarle. I pazienti selezionano il terapeuta non soltanto in virtù delle sue qualità personali, ma anche alla luce della sua teoria di riferimento.

Ad esempio la paura delle emozioni, la tendenza a vivere i legami affettivi intensi come forme di avvilente dipendenza, il bisogno esasperato di controllare le relazioni entro le quali il soggetto è coinvolto, sono tutti aspetti che allontanano i soggetti con organizzazione fobica dal setting psicoanalitico e dalle sue regole. Le psicoterapie comportamentali, con la loro focalizzazione esclusiva sul sintomo, appaiono particolarmente attraenti per queste persone, come la psicoterapia cognitiva rappresenta un contesto sicuramente più rassicurante della psicoanalisi.

La consonanza in virtù della quale il paziente sceglie l'indirizzo terapeutico che dovrebbe aiutarlo a risolvere il suo stato di disagio si basa sulla rappresentazione sociale di quell'indirizzo più che sulla sua realtà effettiva. La consonanza rende al terapeuta più facile entrare in relazione con il paziente perché ne potenzia la capacità empatica, ma può diventare un vincolo ai fini del processo di cambiamento perché solo la prospettiva esterna può generare la dissonanza foriera di cambiamento (Ugazio, 1998).

In altre parole, anche se il terapeuta deve accogliere bisogni e modalità del paziente per creare una buona alleanza, è altrettanto fondamentale, per ottenere un cambiamento profondo (e non sintomatico o "superficiale") e per non colludere con le sue modalità disfunzionali, che svolga una funzione di perturbatore strategico creando attraverso le

sue spiegazioni e i suoi interventi un effetto discrepante nella percezione di sé del paziente (Liotti, 2001).

Il lavoro sulle emozioni: un fattore comune in psicoterapia

L'attivazione emozionale sarebbe in effetti un importante fattore comune in psicoterapia sia per la comprensione che per la modificazione dell'esperienza della condotta umana.

Grencavage e Norcross (1990) hanno condotto uno studio sui fattori comuni, in particolare per quanto riguarda quelli relativi ai processi di cambiamento. Fra questi risultano rilevanti l'acquisizione di consapevolezza dei problemi in termini reali, l'espressione delle emozioni, l'acquisizione e l'esperienza di nuovi comportamenti. Per quanto riguarda le caratteristiche dei terapeuti è stata identificata una serie di descrittori positivi come il calore umano, la comprensione empatica, le aspettative positive dal proprio lavoro con i pazienti. Questi fattori risultavano collegati fra loro.

Fra i fattori comuni, Wisner e Goldfried (1993) hanno considerato l'esperienza emotiva, mentre Hayes (1994) ha esaminato il ruolo dell'accettazione, cioè dell'esperienza piena degli eventi e quello della relazione terapeutica, che costituiscono un fattore potenzialmente assai importante di integrazione.

La consapevolezza delle emozioni, la loro attivazione e riorganizzazione, vengono sempre più riconosciute, in molti approcci terapeutici, come fattori critici nel cambiamento psicoterapeutico.

Sono numerosi i modelli che concordano con la metodica terapeutica che Alexander (1946) definiva esperienza emotiva correttiva negli anni '40. Affinché una relazione terapeutica possa veramente definirsi una esperienza correttiva, è essenziale che non ripeta il pattern distruttivo di esperienze precoci dannose.

“Supponiamo che le precoci manifestazioni di aggressività di un paziente siano state intimidite da un padre che richiedeva completa sottomissione dal figlio. Come risultato (seguendo il principio della “diffusione” o della generalizzazione delle reazioni emotive) il paziente è diventato inibito in tutte le situazioni

in cui ha di fronte una figura di autorità. Rimettendo in atto le reazioni emotive passate verso il padre, rendiamo il paziente capace di sviluppare la capacità di differenziare tra la situazione originaria infantile e quella attuale. Allora si renderà conto che non è più così indifeso e che può permettersi di resistere agli atteggiamenti oppressivi degli altri.

I principali poteri curativi di questo trattamento stanno nel fatto che egli può esprimere la sua aggressività verso il terapeuta senza essere punito e può essere assertivo senza essere criticato. L'esperienza reale è necessaria prima che il paziente raggiunga la percezione emotiva che lui non è più un bambino di fronte ad un padre onnipotente. Chiamiamo "esperienza emozionale correttiva" questo tipo di esperienza emotiva che avviene durante la terapia e la consideriamo il più importante fattore in tutti i tipi di terapia espressiva" (Alexander, 1946).

Ogni approccio dedica una parte importante al lavoro sulle emozioni: con il favorire l'elaborazione emozionale negli approcci cognitivi, l'indurre l'attivazione della paura attraverso la stimolazione con le immagini negli approcci comportamentali, il favorire l'insight emotivo in quelli psicodinamici, nonché l'accrescere la profondità dell'esperienza negli approcci esperienziali e il comunicare i sentimenti negli approcci interazionali.

Esiste una forte diversità nelle definizioni dei termini stessi di emozione, sentimento e affect all'interno dei vari modelli psicoterapeutici. Alcuni attribuiscono una componente maggiormente corporea a ciò che denominano "emozioni" e quelli che vengono definiti "sentimenti" sono frutto di una loro prima elaborazione alla coscienza (cognitivismo evoluzionista), per altri l'utilizzo dei termini è esattamente l'opposto (EFT) e, mentre per i modelli analitici classici si parla più volentieri di affetti e rappresentazioni, i modelli analitici relazionali più recenti utilizzano maggiormente a loro volta i termini di emozioni e pensieri.

Numerose sono le vie per arrivare al punto dell'esplorazione del repertorio emotivo disfunzionale in psicoterapia. A seconda del modello, ma anche dalla problematica portata dal paziente stesso, ci si arriverà partendo dalle tensioni e dalle posture del corpo, da una emozione o un umore dominante, dal pensiero

e dal significato associato, da un desiderio o bisogno insoddisfatto, da un registro comportamentale dannoso o alienante, da un conflitto o problematica interna o relazionale. Ognuna di queste componenti è attraversata dal registro emotivo e perciò rappresenta una possibilità per rintracciarlo, esplorarlo, modificarlo.

In psicoterapia, le emozioni vengono anche esplorate prendendo varie direzioni temporali e soggettive:

- Diversi modelli partono dalle emozioni esperite nel passato con la genesi della costruzione del repertorio emotivo funzionale e disfunzionale attraverso la narrazione del passato (infanzia), fino alla sua espressione nei successivi cicli di vita, nell'esperienza presente e nella relazione terapeutica e/o trasferale (cognitivismo evoluzionista e costruttivista, modello analitico classico e quelli recenti).
- Alcuni modelli dedicano anche un'attenzione particolare alle emozioni prodotte all'interno della relazione trasferale e controtrasferale tra paziente e terapeuta. Il vissuto emotivo del paziente nel contesto di questa relazione sono da una parte una riattualizzazione del registro emotivo coniato dalle relazioni passate con le figure principali di attaccamento, ma dall'altra sono anche il frutto di una relazione viva nel presente tra due individui. Questa particolare relazione, e la nuova accoglienza data alle emozioni del paziente attraverso le risposte e i permessi del terapeuta e altri vari atti terapeutici, consente al paziente di sperimentare un nuovo registro maggiormente funzionale e/o di raggiungere insight emotivi significativi. Questa funzione centrale della terapia viene esplorata da vari autori in modo diverso come nella relazione trasferale secondo Freud, nella funzione Alfa del terapeuta e nell'identificazione proiettiva all'interno della relazione con l'analista secondo Bion, nello stato emozionale del terapeuta e nell'intenzioni del paziente secondo Liotti, nell'esperienza emotiva correttiva di Alexander.
- In altri modelli, l'intervento terapeutico pone l'accento sulle emozioni esperite nel

presente senza necessariamente dedicare eccessiva attenzione alla connotazione che gli hanno dato le esperienze passate (EFT, Bioenergetica, Gestalt, Analisi Transazionale).

Per la maggiore parte dei modelli, considerando l'emozione intimamente legata al significato, nessun cambiamento può aver luogo senza produrre un cambiamento cognitivo. Ma, mentre alcune teorie hanno sottolineato quanto l'emozione precede e in qualche modo determini il pensiero (bioenergetica, gestalt, psicoanalisi classica, EFT), altri sostengono che sia il pensiero a produrre le emozioni (Terapia Razionale Emotiva Comportamentale; REBT di Ellis). E perciò tale modello si concentra su training emotivi educativi che attraverso l'operazione razionale vanno a modificare l'esperienza emotiva.

La **Terapia Razionale Emotiva Comportamentale (REBT)** enuncia in effetti che le persone hanno una serie di convinzioni razionali che consistono in preferenze o desideri che, se vengono frustrate, danno luogo ad emozioni negative funzionali. Spesso hanno anche una serie di convinzioni irrazionali che consistono in pretese o ordini assolutistici o grandiosi che portano conseguenze disfunzionali come il panico e la disperazione.

L'ambiente contribuisce in modo significativo allo stato di turbamento dei pazienti, ma è ciò che dicono a se stessi a proposito della propria situazione sfortunata, a essere cruciale per i loro disturbi. Il modello afferma che le persone possono ridurre al minimo le proprie emozioni e i propri comportamenti disfunzionali e auto-lesionistici se vedono chiaramente e riconoscono le proprie convinzioni irrazionali, le discutono in modo scientifico e realistico, fino a ritrasformarle in semplici preferenze, si impegnano vigorosamente a sentirsi in modo differente, agiscono contro di esse in modo deciso e continuo. A quel punto approdano ad una nuova filosofia efficace che consente loro di conservare le proprie emozioni e azioni funzionali e di ridurre al minimo i comportamenti auto-lesionistici.

Il modello **Emotional Focused Therapy (EFT)** di Greenberg e Pavio (2004) si oppone radicalmente a tale impostazione, per questi autori l'emozione viene prima del pensiero,

anche se successivamente alcuni pensieri possono produrre altre emozioni. Negli interventi terapeutici l'emozione (anche disfunzionale) è utilizzata come una guida e non va domata dalla ragione. Tale modello aggiunge che la relazione tra emozione e pensiero non è comunque di natura così lineare e che ci sono livelli multipli di interazione reciproche.

Secondo Greenberg e Pavio (2004) le emozioni ci preparano ad agire, sono fonte di informazioni e, quando vengono integrate con la ragione, ci rendono più saggi di quando usiamo soltanto il nostro intelletto. Idealmente, la ragione e la riflessione guidano l'emozione e operano al servizio di scopi affettivi per risolvere problemi legati al benessere.

In terapia, l'integrazione dell'affetto di base nella nostra auto-organizzazione implica la necessità di permettere e accettare le nostre emozioni, imparare a utilizzarle come segnali e ad essere in grado di sintetizzare emozioni diverse e contraddittorie sperimentate in risposta ad una stessa persona o nella medesima situazione. L'integrazione della propria esperienza emozionale in strutture personali già esistenti porta ad un senso di sé più forte e integrato.

Negli anni '60 e '70 sono stati elaborati altri approcci di valore clinico riconosciuto per il lavoro terapeutico sulle emozioni: il modello della terapia gestaltica di Perls centra il lavoro sulle emozioni nel qui e ora e integra le sue varie componenti corporee, espressive e relazionali; la terapia bioenergetica di Lowen pone l'attenzione su come le emozioni una volta sprigionate dalle tensioni del corpo possono restituire consapevolezza e espressività al paziente. Più recentemente la Mindfulness Based Therapy, considerata da alcuni autori la terza generazione di terapie cognitive comportamentali, propone la via della consapevolezza e dell'accettazione di tutte le emozioni e pensieri positivi e negativi che siano, senza giudizio né lotta contro quelle che altri modelli considerano credenze patogene.

La **Terapia Gestaltica** considera le emozioni come un sistema di orientamento biologicamente adattivo, che di continuo guida l'azione. "La consapevolezza di emozioni non desiderate e la capacità di sopportarle sono la condizione *sine qua non* di una cura di successo" (Perls, 1969). Il riconoscimento e l'accettazione

delle emozioni costituiscono quindi i passi decisivi del processo di cambiamento.

Perls considera i tentativi di controllare o eliminare le emozioni come causa di disfunzione e confusione, che potenzialmente possano portare alla patologia.

L'ipercontrollo e l'evitamento non consentono alle emozioni di svolgere il loro compito di dirigere l'azione. Il controllo delle emozioni esita proprio nei comportamenti che era designato ad evitare, cioè in perdita di controllo. In questa prospettiva la psicoterapia può essere considerata una formazione alla consapevolezza emotiva. La terapia gestaltica utilizza come mezzi terapeutici sia la consapevolezza che l'espressione emotiva. Rendersi conto "qui ed ora" di sé tramite un sistema di codici conoscibile psicologicamente amplia lo spazio della coscienza e rimanda alle emozioni ed ai significati che circondano l'evento in senso storico e relazionale. Il contatto con l'esperienza percettiva ed emotiva attuale fa parte di un sistema complesso che è in relazione sia con il presente affettivo che con la memoria storica.

Il modello di psicoterapia della Gestalt storicamente ha sostenuto come dinamiche fondamentali della relazione psicologica con sé e con l'altro la presa di consapevolezza della realtà dell'altro e delle emozioni suscitate dall'incontro con quella realtà.

Secondo il modello gestaltico, il nucleo fondamentale della psicopatologia consiste nella fissità di vissuti emotivi primari, che si strutturano in certe modalità del corpo, considerate normali per la persona. Il recupero dell'autenticità e della ricchezza dei vissuti emotivi promuove l'adulità, cioè l'essere uomo/donna che la persona è, con capacità di scelte autonome in relazione ai propri bisogni.

Secondo l'**Analisi Bioenergetica** noi siamo i nostri pensieri, emozioni, sensazioni, impulsi ed azioni. Nello stesso modo in cui Freud notò una spaccatura fra memoria conscia ed inconscia, Reich notò una scissione fra le varie espressioni del corpo. Per esempio, una persona può ridere ma non essere consapevole che l'espressione del suo viso è triste. Può dire parole gentili, ma non rendersi conto che i suoi occhi sono pieni di risentimento o che la sua bocca ha una espressione negativa.

Reich osservò che, appena questi pazienti iniziavano la terapia, le tensioni muscolari cambiavano. Reich sperimentò come rilassare i muscoli cronicamente tesi mediante la pressione diretta su di loro. In questo modo il paziente poteva entrare in contatto con emozioni forti e a lungo dimenticate e con ricordi dolorosi e sembrava come pervaso da più energia (chiamata "organismica" o "orgone").

Secondo Lowen (2004), paziente e allievo di Reich, appena l'essere umano comincia a crescere, fa esperienza di come la libera espressione delle sue emozioni si scontra con il rifiuto, la disapprovazione, l'umiliazione, la punizione. Impara presto, perciò, a controllare le sue emozioni e questo ha per conseguenza il blocco permanente dei muscoli coinvolti in queste espressioni mediante tensioni croniche, che sono inconscie.

Gli interventi in analisi bioenergetica prevedono l'analisi del profondo secondo un approccio che procede partendo sia dal versante psichico, sia da quello corporeo: i temi emergenti, infatti, vengono affrontati ed evocati utilizzando sia il canale che partendo dal piano mentale ed affettivo conduce al coinvolgimento corporeo, sia il canale opposto, ovvero quello che partendo dalla respirazione, dal movimento e dall'espressione corporea permette l'emergere di vissuti emotivi inconsci consentendone quindi anche il recupero e l'elaborazione a livello mentale ed affettivo.

In entrambi i casi, comunque, il processo regressivo e il successivo processo di consapevolizzazione, vengono fortemente stimolati e favoriti proprio dal coinvolgimento unitario dell'organismo, ovvero a livello sia psichico che somatico.

L'obiettivo primario dell'intervento terapeutico è quello di ristabilire il libero movimento dell'energia del corpo, intervenendo in modo mirato sui blocchi energetico-emozionali presenti nel paziente riscontrabili a tre livelli: psichico, emozionale e fisico.

L'intervento psicoterapeutico sulle emozioni incontra un nuovo contributo con l'interesse recente per le psicoterapie cognitive basate sulla **Mindfulness**.

Anche se il concetto di Mindfulness ha origine in varie tradizioni contemplative e meditative, la sua pratica può essere assunta al di fuori dei

riferimenti e linguaggi filosofici, culturali o religiosi. Il concetto di Mindfulness si riferisce al prestare attenzione in un particolare modo contrastando il funzionamento mentale che tende abitualmente a funzionare in “pilotaggio automatico”. La Mindfulness mira alla consapevolezza non giudicante del corpo e della mente senza aspettative di risultato. Tale pratica è così rivolta ad un ampio spettro psicopatologico che spazia dalle diverse entità psichiatriche, alla gestione delle insoddisfazioni della vita, nonché ai correlati psicologici dei disfunzionamenti fisici.

I meccanismi psicologici e biologici che sottendono i cambiamenti osservati nella mindfulness sono:

- Porre attenzione al modo in cui si dà attenzione, attraverso un monitoraggio metacognitivo che consenta di decentrarsi dal pensiero, considerato come evento mentale transitorio piuttosto che diretta rappresentazione della realtà, e che conduca ad una forma di insight metacognitivo.
- Porre attenzione appositamente al momento presente. Ciò include l'attenzione agli affetti negativi, a sensazioni fisiche, o immagini e pensieri angoscianti quando emergono. La riduzione dell'evitamento e della reattività agli affetti e pensieri negativi consente l'esposizione e l'accettazione di queste esperienze. Il meccanismo di desensibilizzazione riduce gli affetti negativi e può migliorare la salute psicologica.
- Prestare attenzione senza giudizio. La mindfulness insegna a notare semplicemente le esperienze emotive e cognitive senza valutarle.

Le psicoterapie basate sulla mindfulness più che presentarsi come un nuovo modello, sembrano piuttosto offrirsi come tecnica psicoterapeutica integrabile ad altri modelli psicoterapeutici o come pre-trattamento o training per lo sviluppo di nuove abilità.

È interessante come le nozioni di esposizione e desensibilizzazione nella Mindfulness si avvicinino a quella definita dalla psicoterapia cognitiva comportamentale con la differenza che la prima non mira a rimuovere attivamente i

pensieri o le forme emotive negative o disfunzionali, il loro obiettivo, in effetti, è di cambiare i processi non i contenuti.

Infine, nei modelli che prestano maggiore attenzione alle dimensioni interpersonali, come le terapie sistemiche o l'Analisi Transazionale, si sottolinea la funzione delle interazioni con gli altri significativi, per primi i familiari, che definisce per l'individuo i repertori emotivi autorizzati, negati o trasformati e il loro mantenimento in un contesto di apprendimento e attraverso la comunicazione verbale e non verbale.

Nel modello dell'**Analisi Transazionale (A.T)** la parte emotiva è situata in quello stato dell'Io chiamato bambino libero. Questa parte del bambino interno libero si potrà esprimere in modo più o meno congruente con il suo vissuto emotivo originario a seconda delle autorizzazioni, direttive o ingiunzioni veicolate dall'espressione degli altri stati dell'Io quali il bambino adattato, il bambino ribelle, il genitore affettivo, il genitore normativo, l'adulto.

Questo modello introduce il concetto di emozioni parassiti (Racket): sono sentimenti, generalmente negativi, ai quali l'individuo è abituato, che gli sono familiari e permessi e che, a volte, nella sua infanzia, gli permettevano di ottenere l'accordo, l'accettazione e il riconoscimento del suo ambiente familiare. Impara così quali sentimenti sono permessi e quali sono vietati, quali ottengono maggiore avvicinamento e compassione dalle figure adulte significative garantendo la relazione d'amore, ma anche quali non sono gradite e quali non sono riconosciute o molto poco espresse dai genitori stessi. Si imposta allora un sistema di sentimenti parassiti, ossia di sentimenti automaticamente attivati, di fronte a delle situazioni e a delle relazioni emozionalmente caricate, i sentimenti sono a volte adeguati a quelle che la persona vive, ma sostituiscono spesso anche altri sentimenti vietati o ignorati.

L'A.T. evidenzia, però, che provare un sentimento di tristezza piuttosto che di rabbia non fa sparire la tristezza. Ogni “unità” di rabbia, di tristezza o di paura non espressa (“francobolli” sul modello dei giochi commerciali che consentono di accumulare punti attraverso francobolli da attaccare su una

tesserina, fino a quando non si ottiene un regalo), e scambiata con sentimenti di sostituzione, rimane in noi. E quando vengono accumulati queste unità fino a formare una vera “collezione” l’individuo si permette ad un certo momento il diritto di scambiarla con un regalo, cioè di lasciarsi andare ad esprimere l’emozione vietata con tanta più violenza quanto l’emozione è stata a lungo accumulata. Più il sentimento è vietato, più la collezione è importante e, in occasione dell’ultimo scambio che verrà a completarla, il “regalo” sarà intenso. L’espressione di questi sentimenti vietati è spesso così violenta e così a lungo trattenuta che rischia di generare abbastanza reazioni negative per convincere chi le vive che sono pericolosi e che è meglio non esprimerli, questo lo porta a cominciare una nuova collezione fino al prossimo regalo.

Con questo modello si tratta di prendere coscienza di queste dinamiche, delle emozioni e della loro trasformazione e di mettere in atto competenze che consentano di viverle ed esprimerle all’altro in modo maggiormente congruente con il proprio sentire oltre che in modo più abile all’interno della logica delle dinamiche interpersonali.

Il lavoro con le emozioni in psicoterapia: tre modelli a confronto

Nei tre modelli scelti qui, vi è un evidente ordine storico: il modello analitico è anteriore al modello cognitivo evolutivo e quest’ultimo è anteriore al modello EFT.

Ognuno dei successivi modelli in parte si nutre, in parte si distanzia dall’altro, ma anche il modello originario analitico detto “classico” conosce evoluzioni teoriche al suo interno attraverso il contributo di autori che hanno dialogato con i modelli cognitivi, interpersonali ed esperienziali.

Questi tre modelli successivi sono stati scelti anche per il crescente spazio dedicato alle emozioni nelle loro teorie e quindi per il tentativo sempre più esplicito di approfondire, evidenziare e distinguere l’esperienza emotiva dagli altri processi della mente umana.

Il contributo dei modelli psicodinamici e analitici

Genesis della costruzione del repertorio emotivo funzionale e disadattivo

Non basterebbe dedicare tutto lo spazio della presente discussione ai soli modelli analitici e psicodinamici che hanno portato sfumature e angolazioni di esplorazione già molto numerose e ricche al loro interno. Mi accontenterò di evocare alcuni autori, concetti, atti terapeutici e processi che mi sono apparsi rilevanti, laddove la questione delle emozioni in terapia è evocata in modo specifico da questa corrente di pensiero. Essendo il modello analitico in qualche modo il punto di partenza di ogni ulteriore modello terapeutico - che ci si identifichi o controidentifichi più o meno radicalmente - non potevo non evocarlo in questa discussione; questo anche se il concetto dell’affettività o delle emozioni, benché pervada la teoria analitica, è stato raramente estratto o evidenziato fuori dal complesso intreccio delle altre produzioni mentali umane.

Le teorie psicoanalitiche hanno incontrato non poche difficoltà nello studio dell’esperienza emozionale, nel loro contesto definita “affettiva”, alimentando quello che alcuni studiosi hanno considerato un paradosso: gli affetti hanno avuto un ruolo cruciale nella nascita della psicoanalisi, sono centrali nel lavoro clinico e ciononostante la teoria psicoanalitica degli affetti ha lasciato sempre molto a desiderare in termini di completezza e profondità.

Alla base di questa apparente superficialità nell’approccio psicoanalitico alle emozioni vi sarebbe, il legame della teoria psicoanalitica con concetti come deflusso della pulsione o conservazione dell’energia, oggi considerati inadeguati a rendere conto del comportamento umano, ma che hanno caratterizzato la nascita di questa disciplina.

Lo stesso Freud, d’altra parte, ha sempre incontrato grandi difficoltà ad affrontare gli affetti da un punto di vista metapsicologico, a parlare di affetti inconsci con la stessa convinzione con cui parlava di idee e di fantasie inconse. Secondo Green, il disagio incontrato dalla psicoanalisi nello studio degli affetti ha dipeso, invece, soprattutto dalla loro essenza

stessa, sono in parte comunicabili e comunque meno comunicabili di qualsiasi altro fenomeno osservabile in analisi. La prudenza con cui la psicoanalisi si è avvicinata agli affetti potrebbe essere spiegata come naturale conseguenza dell'influenza esercitata dal pensiero di Freud, al quale è stato molto difficile muovere una critica costruttiva emancipatrice (Oneroso, e Gorrese, 2011).

Freud non ha mai formulato una teoria delle emozioni, poiché ha sempre assunto, come matrice primaria dell'attività psichica, le pulsioni (Eros e Thanatos, Amore e Odio). Le pulsioni agiscono del tutto al di fuori della coscienza e si esprimono come affetto, penoso o gradevole, e come rappresentazione. L'affetto è la traduzione soggettiva della quantità di energia pulsionale, la risonanza emozionale di un'esperienza generalmente intensa. Le emozioni, insomma, per Freud sono un derivato delle pulsioni. In quanto tali, esse fanno riferimento alla matrice biologica dell'apparato mentale umano.

Questo presupposto nulla toglie al fatto che Freud ha colto lucidamente il carattere passionale dell'esperienza umana e l'incapsulamento dell'esperienza soggettiva nella relazione tra Io e Altro.

L'angoscia è uno degli affetti più importanti nella clinica psicoanalitica. Nelle prime riflessioni sul tema dell'angoscia, Freud arriva a due conclusioni: prima, che l'angoscia trae origine da un'eccitazione sessuale che viene bloccata; seconda, che l'angoscia è il prodotto principale della rimozione.

In *Inibizione, sintomo e angoscia* (1926) egli ribalta queste tesi: è l'angoscia a produrre la rimozione e altri meccanismi di difesa. L'angoscia assume per Freud il ruolo di struttura al servizio dell'Io grazie alla funzione segnaletica del pericolo che le viene riconosciuta. L'angoscia agisce da segnale della presenza di pericoli esterni o interni che minacciano l'Io. Pulsioni devastanti o rappresentazioni inammissibili che costituiscono minacce dell'Es per l'Io, producono segnale di angoscia in seguito al quale la parte inconscia dell'Io mobilita difese adeguate: rimozione, annullamento retroattivo, isolamento dell'affetto, sono tipici meccanismi innescati dall'angoscia. Inoltre ogni fase dello sviluppo mentale è caratterizzata da un'angoscia: quella di separazione, la paura di

perdere l'amore, poi l'angoscia di castrazione, il sentimento di colpa, la paura della morte.

La concezione freudiana degli affetti è passata da un modello stimolo-risposta ad un modello "organizzazionale" in cui gli affetti sono visti come strutture complesse, radicate nella biologia e comprendenti funzioni percettive, valutative e cognitive, oltre che sensazioni dirette di piacere/dispiacere. Nel modello organizzazionale gli affetti sono considerati principi attivi, inseparabili dalla cognizione e capaci di organizzare il funzionamento mentale e il comportamento, grazie alla funzione regolatrice che viene loro riconosciuta.

Tutte queste caratteristiche sono attribuite alle emozioni anche in una prospettiva funzionalista, trasversale a molte teorie psicologiche. In questa prospettiva psicoanalitica, l'organizzazione è divenuta un concetto centrale nella ricerca sullo sviluppo infantile concepito all'interno di una relazione di accudimento, in cui le emozioni costituiscono un nutrimento fondamentale anche per lo sviluppo dell'Io.

È in questo contesto transazionale, particolarmente evidenziato dalle teorie delle relazioni oggettuali di Klein, Bion e Winnicott, che le emozioni esprimono la loro funzione segnaletica e motivazionale, all'inizio in senso bio-sociale e dopo progressivamente in senso psicologico (impostazione teorica che verrà sviluppata da Bowlby e ripresa dai modelli cognitivi, sia costruttivista sia evolucionista) (Oneroso, e Gorrese, 2011).

Con la teoria degli affetti di Kernberg, la corrente analitica si avvicina ulteriormente alle teorie psicoevoluzionistiche e cognitive: gli affetti sono strutture psicofisiologiche complesse concernenti un'esperienza soggettiva di piacere/dispiacere e una componente espressiva, di scarica motoria o viscerale, utile al processo comunicativo, modellano e organizzano le prime esperienze affettive e le prime relazioni oggettuali, immagazzinate poi nella memoria affettiva.

L'intera psicopatologia descritta dalla psicoanalisi in termini di nevrosi e psicosi – che non evocherò qui per motivo di limitazione della discussione – è attraversata da una spiegazione sui repertori emotivi disfunzionali che vengono evocati in termine di affetti e angoscia, associati a rappresentazioni

inammissibili, e contrastati da meccanismi di difesa prodotti dall'Io. Nel modello classico gli affetti, quali la paura, la tristezza, la rabbia, l'invidia, la colpa, la vergogna, l'ansia, sono emanazioni di conflitti intrapsichici, mentre nei modelli analitici sviluppati successivamente viene sottolineato la loro funzione nella costruzione dell'apparato psichico all'interno delle prime relazioni oggettuali.

Anche la definizione dell'esperienza traumatica entra a fare parte dei motivi delle disfunzioni emotive.

Nel suo modello metapsicologico, Freud ha rappresentato il pericolo di un'invasione dell'organismo da parte degli stimoli esterni e posto un'ipotetica difesa che dovrebbe proteggere l'apparato dalla distruzione. Contro i moti pulsionali interni, il principio di piacere-dispiacere ha assunto il ruolo di una protezione, poiché determina la tendenza attraverso determinati meccanismi, come se non agissero dall'interno, ma dall'esterno, ad attivare le difese contro la stimolazione. Questo rappresenta per Freud l'origine della proiezione. Laddove la difesa viene spezzata attraverso un'esperienza esterna minacciosa o catastrofica, nel senso di un'invasione di stimoli, si determina una persistente fissazione traumatica. Un analogo seguito traumatico appare quando l'apparato psichico non riesce nel suo compito di gestire o legare l'eccitazione. Se l'apparato fallisce anche nella funzione di legare la sua energia, le tracce di tali drammatici eventi verranno fissati nel sistema di memoria come in una trascrizione. Nella situazione traumatica la quantità dell'affetto non scaricata della pulsione è fissata, cosicché viene trascritta una traccia mnemonica dell'affetto (descritta nella moderna neurofisiologia come "memoria affettiva").

Infine, per Freud la maturità dell'individuo coincide con la liquidazione delle condizioni che determinano l'angoscia e con il ridimensionamento delle situazioni originariamente pericolose, alcune delle quali, tuttavia, possono sopravvivere all'estinzione e manifestarsi attraverso la sublimazione dell'angoscia concomitante.

Wachtel nel suo più recente modello di terapia psicodinamica ciclica sottolinea la centralità dell'angoscia.

Uno dei principali obiettivi della psicoterapia è di aiutare il paziente a superare le paure e le

inibizioni che lo hanno portato a reagire ai suoi sentimenti normali e sani come se costituissero una minaccia; aiutarlo a riappropriarsi di parti di sé che si sono dissociate dalla piena consapevolezza, hanno motivato evitamenti e possono generare ulteriori aree di vulnerabilità, deficit in abilità cruciale per la vita e impedimenti proprio in quelle relazioni che potrebbero essere dei correttivi dell'angoscia debilitante.

Gli interventi e comunicazioni del terapeuta sono volte ad aiutare il paziente a trovarsi maggiormente a suo agio con i suoi pensieri e sentimenti, capire che ha avuto paura o è stato disgustato senza necessità, creare un'atmosfera nella quale questa riappropriazione sia possibile. Con il concetto di circoli viziosi per esempio sottolinea l'effetto paradossale della paura della rabbia. Una persona può agire in modo esageratamente non aggressivo per vari motivi, per esempio perché è stato cresciuto da una persona molto rabbiosa che ha connotato di pericolosità eccessiva tale emozione e l'ha associata ad un significato di rischio di perdita dell'amore altrui, ma più seppellisce la sua sana aggressività e assertività tanto più è frustrata e ignorata; e ciò la rende rabbiosa e la spinge a fare altri sforzi per mascherarla e controllarla.

Atto terapeutico e processi di cambiamento

Nelle terapie psicoanalitiche, i trattamenti espressivi cercano principalmente di promuovere nei pazienti insight, cioè una comprensione cognitiva ed emotiva dei moventi inconsci e delle origini del proprio disagio psicologico e del proprio sentire ed agire presente e passato, un'integrazione di questa comprensione e dell'esperienza relazionale con il terapeuta nel contesto globale della personalità.

Nelle terapie maggiormente orientate verso il versante supportivo, gli interventi del terapeuta sono finalizzati nei pazienti gravi per sopperire alle debolezze dell'Io e a rafforzare le difese e la capacità di gestire le difficoltà della vita quotidiana e le relazioni affettive e sociali, o nei pazienti in precedenza ben adattati, il cui funzionamento mentale è stato compromesso da una crisi, al ripristino di un buon assetto difensivo. Questi obiettivi sono perseguiti senza

promuovere, almeno inizialmente, insight sui moventi inconsci della sofferenza.

Nel paradigma psicoanalitico classico sono le difese inconscie ad ostacolare la presa di coscienza delle emozioni, mentre i nuovi modelli concettuali analitici tendono maggiormente a fare riferimento all'intersoggettività e all'interazione fra emozioni e cognizione piuttosto che al concetto di difesa nei confronti delle pulsioni e dei loro derivati.

Quindi parte del lavoro analitico sulle emozioni si svolgerà attraverso l'analisi della conflittualità intrapsichica (associato alle dinamiche interpersonali reali e fantasticate per i modelli analitici più recenti), l'analisi dei meccanismi di difesa, l'accesso a emozioni e rappresentazioni rimosse, evitate o contrastate e il superamento dell'angoscia che limita il processo di maturazione dell'individuo. Questo percorso si svolge attraverso il lavoro di ricostruzione, di riformulazione e di interpretazione dell'esperienza presente e passata narrata dal paziente, ma anche grazie alle qualità della relazione terapeutica e attraverso la risoluzione della relazione trasferale.

Il percorso analitico è principalmente basato sulle libere associazioni del paziente, è quindi condotto da lui stesso e non segue delle tappe predefinite.

Gli elementi fondamentali della tecnica psicodinamica quali l'ascolto, il monitoraggio del transfert e del controtransfert e gli interventi verbali dedicano una parte importante all'esperienza emotiva del paziente e al suo repertorio emotivo conscio ed inconscio. Vediamoli nello specifico.

Il **monitoraggio del transfert** consiste nella riattivazione inconsapevole da parte del paziente, all'interno della relazione terapeutica, di fantasie, emozioni, desideri, bisogni, conflitti e schemi di comportamento che hanno caratterizzato nel passato le relazioni infantili, in particolare quelle traumatiche, con le persone significative. Il cambiamento avviene nella relazione terapeutica reale, dove la risposta del terapeuta, che discosta da quella delle figure genitoriali, consente al paziente di raggiungere un'esperienza emozionale correttiva (Alexander, 1946).

Il **monitoraggio del controtransfert** consiste nell'attivazione nella mente del terapeuta di fantasie, pensieri, emozioni, ricordi e impulsi ad agire, in risposta alle caratteristiche del paziente ed in particolare al suo transfert. Il suo monitoraggio consapevole è attualmente ritenuto un importante mezzo di comprensione dei vissuti, delle difficoltà del paziente e delle identificazioni proiettive veicolate dalle sue comunicazioni verbali e dai suoi comportamenti.

Cito il contributo teorico di Bion che ha sottolineato in modo particolare e originale la trasformazione delle emozioni incontenibili, l'utilizzo dell'identificazione proiettiva e lo strumento terapeutico che rappresenta la mente del terapeuta. Nella concezione bioniana gli elementi Beta sono elementi grezzi della vita psichica, stati al limite fra lo psichico e il somatico, impressioni sensoriali ed emotive non trasformate né elaborate, che vengono vissute come cose, corpi estranei all'interno della mente e vengono evacuate (soprattutto attraverso l'identificazione proiettiva) perché non le si può pensare. Questi elementi non possono essere verbalizzati ma vanno trasformati per divenire adatti all'uso del pensiero, devono essere sottoposti a processamento da parte di una funzione mentale che Bion chiama funzione Alfa, divenendo elementi Alfa che possono essere usati nei processi rappresentativi del sogno e del pensiero. La funzione Alfa è quindi il complesso delle operazioni di trasformazione degli elementi grezzi Beta in rappresentazioni possibili.

Gli elementi Beta evacuati dal bambino vengono collocati nella madre che agisce da contenitore per ciò che al bambino risulta incontenibile e intollerabile in un processo di identificazione proiettiva.

La madre applica la propria funzione Alfa alle angosce del bambino, dà loro un senso e una forma e glielo restituisce trasformato e rielaborato con parole e atteggiamenti rassicuranti in modo tale che egli possa, da parte sua, dare un nome e una forma a quello che prova. Questa funzione chiamata da Bion "rêverie" (fantasticherie, meditazione, sogno ad occhi aperti) viene assimilata dal bambino ed entra a far parte del suo apparato mentale.

Questa funzione è un criterio fondamentale per l'atteggiamento analitico bioniano. Nella terapia

delle psicosi il terapeuta si trova a svolgere questa funzione nei confronti degli elementi Beta che sono evacuati in lui dal paziente e che, coinvolgendolo emotivamente, tendono a bloccare la sua capacità di pensare e comprendere sollecitandolo a reagire.

L'identificazione proiettiva, dandole un senso ampio, diventa cruciale come strumento terapeutico.

Gli **interventi verbali** del terapeuta sono finalizzati alla costruzione di una solida alleanza terapeutica, allo sviluppo della funzione riflessiva e alla promozione di insight nel paziente. Consistono in domande, riformulazioni, confronti, ricostruzioni, interpretazioni e interventi d'appoggio. Dopo ogni intervento il terapeuta ascolta con attenzione le successive parole del paziente, perché la correttezza di un intervento è convalidata sostanzialmente dallo sviluppo di nuove associazioni o ricordi significativi.

Le interpretazioni, strumento d'intervento privilegiato della psicoanalisi, sono interventi verbali finalizzati a produrre insight, cioè a rendere il paziente consapevole, a livello cognitivo ed emotivo, dei conflitti, dei traumi, delle fantasie e delle motivazioni inconsce che sottendono i suoi sintomi o le sue disfunzioni. Possono riguardare le difese e le resistenze (le operazioni mentali utilizzate nella vita quotidiana o nella terapia per fronteggiare l'angoscia e risolvere i conflitti), il transfert (le reazioni e le fantasie nei confronti del terapeuta e la terapia) o le fantasie, le esperienze traumatiche e i conflitti riattivati dagli eventi di vita presenti e collegati ai sintomi o ai comportamenti disadattivi.

Nelle terapie psicodinamiche più recenti, le interpretazioni sono considerate uno degli atti terapeutici attraverso il quale il paziente viene esposto a esperienze evitate in precedenza, che ha respinto per paura e che gli consentono di viverle in una situazione sicura e controllata. Tali esperienze sono perlopiù esperienze "interne", vale a dire pensieri, desideri e sentimenti su cui ha investito molte delle sue energie al fine proprio di evitarle. Quando la persona può provare l'emozione che aveva paura di provare, sperimenta direttamente il desiderio o il pensiero che considerava inaccettabile e che teneva a bada, allora può cominciare a superare le angosce che hanno

limitato la sua vita. Le interpretazioni nominano l'inclinazione, il pensiero implicito, fanno entrare più direttamente nell'esperienza del paziente, facilitano il superamento dell'angoscia perché rendono dicibile l'indicibile. Richiamano l'attenzione del paziente sulla sua paura di avvicinare ed esplorare certi temi e sui vari modi che egli tipicamente utilizza allo scopo di evitarle (es. "Sembra che lei sia arrabbiata con suo padre" ha l'obiettivo di avvicinare il paziente ad affrontare la sua rabbia nei confronti del padre). Il terapeuta parlandone mostra di non avere paura di quel pensiero o sentimento.

L'interpretazione è quindi una modalità di esposizione al pensiero, sentimento o desiderio evitato, ma perché sia efficace e quindi promuova il cambiamento, deve promuovere la consapevolezza (insight intellettuale) all'interno di un'esperienza affettiva (insight emotivo).

Wachtel (2000) sottolinea che è necessario riconoscere le motivazioni del paziente ad evitare e attenuare l'esposizione perché derivano dall'angoscia e dalla bassa autostima, perciò i commenti indirizzati a pensieri e sentimenti proibiti non devono aumentare la vergogna e il sentimento di colpa.

Imparare ad esprimere i sentimenti in modo appropriato all'età è un apprendimento di tutta la vita. Quando il paziente esprime per la prima volta un sentimento fino a quel momento inibito è probabile che si vedano gli effetti della privazione delle migliaia di esperienze plasmati (mancherà di sfumatura, di garbo, di efficacia).

Il terapeuta potrà aiutare il paziente a sviluppare "le abilità essenziali a vivere" che sono state ostacolate dalle angosce e dai concomitanti evitamenti (Wachtel, 2000).

Il contributo della psicoterapia cognitiva evoluzionista

Genesis della costruzione del repertorio emotivo funzionale e disadattivo

Il pensiero dello psicoanalista Bowlby ha influenzato notevolmente i modelli cognitivi costruttivisti e evoluzionisti. Formulò la sua teoria sulla dissociazione fra diversi sistemi mnestici da comprendere nel contesto della relazione di attaccamento e quindi delle

dinamiche intersoggettive piuttosto che in quello dei meccanismi di difesa. Questa tesi, ai tempi eretica per l'ortodossia psicoanalitica, fu invece riconosciuta per prima dai cognitivisti per la sua importanza rivoluzionaria.

Secondo Bowlby (1969) le emozioni sono le prime fasi di complesse attività mentali innate ed inconscie che possono acquisire la qualità della coscienza. L'attività dei sistemi innati di disposizione alla relazione comporta diverse fasi inconscie prima di quelle che chiamiamo emozioni coscienti. Le emozioni, divenendo coscienti nell'uomo, sono informazioni che segnalano all'istanza della scelta volontaria quale sia la direzione della tendenza ad agire nella relazione che è automaticamente in corso in sé e nell'altro.

La conoscenza di sé, in quanto immerso in un mondo interpersonale, affiora alla coscienza soprattutto e primariamente come conoscenza delle emozioni, conoscenza tacita non ancora semantica né rivestita di parole.

L'emozione è considerata come processo fisiologico che, se da un lato, nel suo organizzare il movimento (e-mozioni viene da e-movere, muovere fuori) non richiede la coscienza, dall'altro è anche il primo processo fisiologico che può divenire cosciente e, anzi, fondare la coscienza. Damasio (Liotti, 2001) in effetti propone di riservare il termine emozione (*emotion*) al processo fisiologico pre-cosciente (ad esempio la paura organizza un comportamento di fuga o di immobilizzazione, insieme all'accelerazione del ritmo cardiaco) e di chiamare sentimento (*feeling*) l'emozione divenuta cosciente, l'emozione completata dalla conoscenza (ad esempio, so di aver paura e conosco la causa della mia paura).

Nello studio delle dinamiche mentali del cognitivismo, e in alternativa al concetto psicoanalitico classico dell'inconscio pulsionale, è la metafora più che il simbolo ad apparire come il concetto di elaborazione implicita della conoscenza emozionale (elaborazione che precede l'esperienza cosciente delle emozioni).

La comprensione delle nostre emozioni stessa è basata sul pensiero metaforico che descrive aspetti delle emozioni in termini dell'esperienza corporea e comunicativa che le accompagna.

Per questo modello l'esperienza delle emozioni si verifica sempre in un campo intersoggettivo.

Le emozioni sono considerate anche le prime fasi delle operazioni dei Sistemi Motivazionali Interpersonale (SMI; attaccamento, accudimento, agonistico, cooperativo e sessuale) che possono diventare coscienti. Gli SMI sono sistemi di regolazione fisiologici le cui prime operazioni, riguardanti la regolazione del comportamento interpersonale, sono avvolte nel silenzio del corpo, sono totalmente e radicalmente estranee alla coscienza. Operazioni successive degli SMI raggiungono la coscienza nella forma di emozioni. Il completamento emotivo del processo emozionale porta al tipo di esperienza cosciente che Damasio chiama "conoscenza del sentimento". Nella forma ideale, la conoscenza delle proprie emozioni si completa quando è raggiunto il riconoscimento del loro senso nella trama delle relazioni interpersonali.

La teoria descrive diversi stili di attaccamento che generano schemi emotivi, pensieri automatici e rappresentazioni generalizzate di interazioni. I pattern principali di attaccamento si dividono in Sicuro, Insicuro-evitante, Insicuro-resistente e Disorganizzato.

Osservando i temi conoscitivi che ricorressero con particolare frequenza in alcuni pazienti (sofferenza di disturbi agorafobici, distimici, ossessivo compulsivo e del comportamento alimentare) è stato possibile identificare alcune organizzazioni cognitive apparentemente caratteristiche per ciascuno dei suddetti disturbi. Una difficoltà comune a tutte le organizzazioni cognitive abnormi riguarda la conoscenza di specifici aspetti dell'esperienza emozionale.

Nella prospettiva cognitivo evolutiva, la psicopatologia consiste essenzialmente in una serie di ostacoli che strutture e processi cognitivi, abnormi per rigidità o per difettoso sviluppo, pongono al riconoscimento e dunque alla regolazione delle emozioni. Si va quindi a studiare gli ostacoli cognitivi alla trasformazione delle emozioni, intese come eventi neurofisiologici, in sentimenti, intesi come emozioni riconosciute nel loro senso e valore, e fondanti la coscienza stessa nel corso di un tale processo di riconoscimento.

Il deficit di conoscenza delle emozioni può variare, infine, da un carente monitoraggio metacognitivo dell'esperienza emozionale, con conseguente limitazione della capacità di discriminare fra emozioni diverse, fino ad una

vera e propria mancanza di coscienza dell'emozione, che allora resta confinata al livello di puro processo fisiologico.

Tale prospettiva teorica presta un'attenzione alla funzione delle emozioni e dunque al loro senso innato e in particolare alla loro comprensione all'interno dei processi di controllo del comportamento di relazione volti a perseguire mete e valori innati.

Ci sono tre condizioni di attaccamento precoce problematiche per la presenza di invalidazioni delle esperienze emozionali: le condizioni di abbandono, gli attaccamenti insicuri organizzati e la disorganizzazione dell'attaccamento – deficit di regolazione emotiva.

Si osserva che alcune emozioni, fra loro simili, fanno però parte delle operazioni di diversi Sistemi Motivazionali Interpersonali. Per esempio la collera agonistica e la collera che insieme alla paura compare nella fase di protesta di attaccamento come reazione alla mancata separazione. Si può provare tristezza tanto di fronte ad una perdita (attaccamento) quanto di fronte ad una sconfitta (competizione per il rango). Paura ed ansia possono collegarsi tanto al pericolo di una separazione (attaccamento) quanto alla previsione dell'esito infausto di una sfida agonistica. Somiglianze esistono anche fra l'esperienza soggettiva della compassione (accudimento) e della condivisione empatica che compare nel corso di un'interazione paritetica (cooperazione). Non è neanche così facile discriminare la colpa (che compare come aspetto delle motivazioni all'accudimento e alla cooperazione) e la vergogna (legato ai SMI di tipo agonistico). Il disgusto (legato ad uno SMI non interpersonale ma dell'alimentazione) e quello del disprezzo (agonistico). Infine il desiderio di vicinanza ad un altro essere umano, può essere mediato tanto dall'attaccamento quanto dalla sessualità.

La mancata discriminazione del significato delle emozioni finisce per condurre all'inappropriata attivazione dei diversi sistemi motivazionali di cui quelle emozioni fanno parte.

Per esempio un genitore che fraintende la collera da attaccamento espressa dal figlio, il quale percepisce una minaccia di indisponibilità del genitore, la valuta come collera agonistica ed anziché percepire in sé la sollecitudine dell'accudimento, pur marginalmente attivato risponde con collera agonistica, attivando di

conseguenza anche nel figlio il sistema agonistico ed istituendo una pericolosa dinamica competitiva nell'interazione al posto di quella più appropriata dell'attaccamento-accudimento (Liotti, 2001).

Atto terapeutico e processi di cambiamento

L'obiettivo principale della psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista, è restituire ad ogni paziente, per quanto possibile, la capacità di riconoscere il valore ed il senso originario della propria e dell'altrui esperienza emozionale nei contesti di relazioni in cui la coscienza individuale prende forma ed emerge.

Il modello evoluzionista condivide la Control Mastery Theory (Weiss, 1993) che sostiene che ogni disturbo psicopatologico è sostenuto da credenze patogene, che derivano da esperienze reali dolorose dell'infanzia. Tali traumi (nel senso ampio del termine) agiscono al di fuori della coscienza, continuano ad operare contrastando disposizioni innate e vengono chiamate "Piano" (*Plan*).

Le credenze patogene, di solito inerenti alla relazione, guidano il pensiero ed il comportamento del paziente all'interno della relazione terapeutica fino alla riproduzione dello schema interattivo traumatico (equivalente del transfert analitico). La difficoltà della relazione terapeutica chiamata "test" consiste nel tentativo da parte del paziente di vagliare incoscientemente le credenze patogene su di sé, sull'altro e sulla relazione che erano state originariamente costruite nei contesti traumatici del passato. Se il terapeuta agisce in modo incompatibile con le aspettative convogliate dalla mente del paziente, il paziente riconoscerà, anche al di fuori della coscienza, che quanto sta accadendo significa che esiste un'alternativa all'esperienza originariamente traumatica e sperimenterà una maggiore sicurezza nella relazione.

Il terapeuta agisce in questa fase con interventi a favore del piano (*pro-plan*). Tali interventi possono essere un'interpretazione, un silenzio, una tecnica cognitiva o cognitivo-comportamentale, una semplice dichiarazione di disaccordo o una qualche altra forma di scelta clinica. Nelle condizioni di sicurezza create dall'intervento pro-plan, la mente del

paziente è portata a rievocare in modo critico la credenza patogena e le sue origini nella propria storia personale e ciò conduce all'insight.

In questa teoria le difese della mente vanno intese come espressioni di situazioni intersoggettive più che di dinamiche prevalentemente intrapsichiche. L'evitamento dei ricordi dolorosi, conseguente all'assenza di condizioni di sicurezza e di possibilità di condivisione o conforto nelle relazioni interpersonali, rende nel tempo sempre più difficile la rievocazione dei traumi. L'inaccessibilità delle memorie traumatiche alla coscienza non dipenderebbe dal processo di rimozione descritto dalla psicoanalisi classica, ma da un'esclusione selettiva di informazioni memorizzate dall'elaborazione cosciente (Bowlby, 1980).

La Control Mastery Theory dà anche importanza al ruolo della colpa abnorme nella costruzione delle credenze patogene, tanto da considerare il suo superamento come una tappa fondamentale e spesso finale del processo terapeutico.

La colpa abnorme è riconducibile alla relazione del bambino con genitori emotivamente vulnerabili. Tale vulnerabilità si può esprimere in modi diversi: con l'apprensione continua di fronte alle sfide della vita, con depressione o diffuso "male di vivere", con reazioni violente o altrimenti negative alle esigenze di cura o di autonomia del bambino, con esplicito o implicito sfruttamento delle capacità attrattive del bambino al fine di soddisfare la propria sessualità o la propria ambizione. Sono stati così descritti diversi tipi di colpa abnorme: colpa di separazione, colpa del sopravvissuto, colpa onnipotente, colpa edipica e colpa "maligna" (detta anche "da odio di sé").

Il percorso terapeutico nella prospettiva cognitivo-evoluzionista passa per una serie di tappe.

Anzitutto, deve costituirsi un'alleanza terapeutica, non necessariamente cosciente, compatibile con le mete innate dei Piani (cioè dei sistemi motivazionali a base innata).

Successivamente e partendo dall'esplorazione dei sintomi psicopatologici, emergono una o più credenze patogene dal dialogo terapeutico, al livello della condotta e dell'esperienza emozionale se non a quello della coscienza, che limitano e distorcono la conoscenza delle

emozioni e il perseguimento delle mete relazionali.

Infine, l'emergere delle convinzioni patogene nella relazione terapeutica corrisponde alla fase di test, a questa seguono grazie ad interventi a favore del Piano, la correzione delle credenze patogene e infine il conseguimento di valori a base innata, prima difficilmente raggiungibili.

Il terapeuta può svolgere il proprio lavoro nell'alleanza in diversi modi: esplorando gli ostacoli interni che impediscono al paziente il conseguimento della meta, utilizzando tecniche cognitive o cognitivo-comportamentali, fornendo validazione empatica delle esperienze emotive basilari, interpretando il significato o la genesi dei disturbi; le interpretazioni, per essere valide, devono corrispondere alle disposizioni innate, alla comprensione delle emozioni e alla conoscenza di sé.

Il paziente percepisce di svolgere il proprio compito in una relazione che è sostanzialmente coordinata dal sistema motivazionale cooperativo: fornisce al terapeuta le informazioni richieste, segnalando le difficoltà che incontra nell'applicare le tecniche o riflettendo sulle relazioni significative presenti o passate. Proprio perché la relazione che così si stabilisce è percepita come un valido aiuto, si riproducono le condizioni per l'innescare, nella relazione terapeutica del sistema motivazionale dell'attaccamento che prende il posto di quello cooperativo nella regolazione della condotta, delle emozioni e della percezione interpersonale (Liotti, 2001).

Si attivano anche i Modelli Organizzativi Interni (MOI), cioè le aspettative dolorose che si sono sedimentate nella memoria semantica e che hanno origine nelle relazioni infelici con le prime figure di attaccamento.

Prende così forma la fase di test che il terapeuta deve riconoscere e superare con interventi che favoriscano l'esperienza di sicurezza nell'attaccamento ed il recupero dell'assetto motivazionale cooperativo. Se ciò avviene, si verificano, attraverso un'esperienza relazionale correttiva, insights sugli effetti perduranti di passate esperienze traumatiche e revisioni delle credenze patogene.

Sassaroli e Lorenzini (1995) sottolineano quanto nelle relazioni significative il paziente si comporta sempre nello stesso modo, sia perché sceglie persone che possano giocare un ruolo

complementare, sia perché riesce a tirar fuori il peggio da ognuno, in modo che le sue aspettative sull'andamento e l'esito del rapporto finiscano per essere confermate e rinforzarsi. Nella relazione terapeutica la riproduzione delle credenze patogene su di sé, sull'altro e sulla relazione originariamente costruite nelle relazioni traumatiche del passato attuate nella fase di test e l'intervento che il terapeuta opera per permetterne il superamento attraverso interventi a favore del Piano introducono sostanzialmente una novità.

La novità della relazione terapeutica è che il terapeuta non sta al gioco proposto dal paziente e talvolta lo svela discutendolo. Le invalidazioni cruciali delle aspettative relazionali del paziente sono così, capaci di mettere in crisi e muovere il sistema perché provenienti da una figura ormai etichettata come autorevole in un proprio progetto di cambiamento.

Su questi insights e su questa revisione, il terapeuta e il paziente, possono lavorare, in un rinnovato clima di alleanza e cooperazione, al fine di modificare i fondamenti nell'organizzazione cognitiva, del disturbo presentato per il trattamento.

Spesso questo lavoro finale sui fondamenti dell'organizzazione cognitiva riguarda la distinzione fra colpa normale e colpa abnorme e l'abbandono delle credenze patogene, ormai rese esplicite, derivanti dall'esperienza precoce di quest'ultima.

La psicoterapia cognitiva evoluzionista si interessa anche al monitoraggio metacognitivo delle emozioni del terapeuta, ossia al fluire delle sue emozioni durante la terapia. Con la scoperta dei sistemi "mirror" nel cervello, i neuroni specchio, abbiamo una conferma neurobiologica delle dinamiche intersoggettive. L'essere umano ha un sistema di neuroni a base innata che determinano, regolano e controllano i nostri movimenti, inclusi i movimenti emozionali, e lo stesso identico sistema, le stesse cellule riproducono il movimento emozionale dell'altro simulandolo in sé, riproducendolo nel proprio corpo. Se il terapeuta si accorge di un certo stato emozionale in se stesso, ha una base per cominciare a ipotizzare quale sia l'intenzionalità fondamentale del paziente verso di lui nel dialogo clinico. L'esperienza emotiva dello psicoterapeuta non si caratterizza per essere

solo fenomeni controtransferali, ma possono essere potenti segnalatori di qualcosa che è in corso in quel momento nel dialogo clinico da considerarsi in relazione all'intenzionalità del paziente e non alla propria vicenda personale. Queste riflessioni sono giunte dalla prospettiva cognitivo evoluzionista e potrebbe essere avvicinata a quel che il percorso analitico descrive come identificazione proiettiva (Liotti, 2007).

Il contributo della psicoterapia centrata sulle emozioni (Emotional Focused Therapy EFT)

Genesi della costruzione del repertorio emotivo funzionale e disadattivo

La Terapia Centrata sulle Emozioni (EFT) proposta da Greenberg e Pavio (2004) è un modello psicoterapeutico che integra elementi di psicoterapia cognitiva, di gestalt therapy e di terapia centrata sul cliente di Rogers.

Greenberg e Pavio sottolineano la mancanza di chiarezza sulla formulazione dei concetti di affetto, emozione e sentimento e a tale scopo propone le seguenti definizioni:

- con il termine "**affetto**" (*affect*) ci si riferisce ad una risposta inconscia alla stimolazione. Esso comprende processi automatici di natura fisiologica, motivazionale e neurale implicati nel sistema adattivo di risposta comportamentale in termini evolutivi. Gli affetti non implicano una valutazione riflessiva, semplicemente insorgono, mentre sia le emozioni che i sentimenti sono prodotti coscienti di tali processi affettivi inconsci.
- il termine "**sentimento**" (*feeling*) implica la consapevolezza delle sensazioni di base dell'affetto. Ciò comporta un vissuto corporeo come "sentirsi deboli" oppure "sentirsi tesi". I sentimenti sperimentati a livello corporeo che implicano un significato vissuto (per esempio, sentirsi "giù", sentirsi umiliati, sentire che qualcosa non va o che qualcuno è disinteressato nei nostri confronti) vengono chiamati sentimenti complessi. Si ha in questo caso la connessione dell'affetto con l'immagine di sé.

- il termine “**emozione**” (*emotions*) indica esperienze umane sperimentate a livello cosciente; sono esperienze che emergono quando le tendenze all’azione e gli stati affettivi sono collegati con situazioni elicитanti e con il sé. Pertanto, le emozioni sono esperienze che implicano l’integrazione di numerosi livelli di elaborazione. Comprendono l’esperienza di emozioni discrete come la paura, la rabbia e la tristezza, che possiedono delle tendenze all’azione ed espressioni facciali specifiche, e anche le emozioni più complesse come la gelosia e l’orgoglio, collegate ad una storia o ad un copione (*script*) di complessità maggiore. Le emozioni attribuiscono un significato soggettivo alla nostra esperienza.
- lo **schema emotivo**, invece, è il meccanismo che produce l’esperienza emozionale. Implica un insieme di principi organizzativi costruiti a partire dal repertorio innato di risposta dell’individuo e dalla sua esperienza passata. Tali schemi sono altamente personali e idiosincratici, carichi di memorie emozionali, di speranze, aspettative, timori e conoscenza derivante dall’esperienza vissuta. Non sono esclusivamente basati sull’emozione; essi implicano una sintesi complessa di affetto, cognizione, motivazione e azione che fornisce all’individuo un senso integrato di sé e del mondo, e anche un significato vissuto soggettivo. Gli schemi emotivi influenzano profondamente l’esperienza, il comportamento e l’interazione. Le persone hanno degli schemi emotivi differenti associati a relazioni con individui significativi della loro vita.

Una distinzione concettuale interessante che offre questo modello è quella tra le emozioni primarie (emozioni primarie adattative ed emozioni primarie disadattative), emozioni secondarie ed emozioni strumentali:

- Le **emozioni primarie adattative** sono degli stati fondamentali il cui valore adattivo è evidente (per esempio, sperimentare tristezza per una perdita, rabbia come risposta ad una violazione e paura come risposta ad una minaccia). Tale categoria può essere ulteriormente divisa in tre sottocategorie: le **emozioni discrete**, quali paura, rabbia, tristezza che hanno una

funzione informativa e forniscono delle tendenze ad azioni specifiche; i **sentimenti**, che comprendono le sensazioni corporee e il più complesso senso vissuto del pensiero o dell’esperienza; e il **dolore emotivo**, che costituisce una risposta olistica del sistema che informa del verificarsi di un trauma globale.

- Le **emozioni primarie disadattive**. Si tratta di risposte emozionali primarie divenute disfunzionali, come la paura associata a diversi tipi di fobia o il timore del conforto e del contatto. Esse si basano generalmente sull’apprendimento e vengono inserite in schemi emotivi. Altre risposte primarie disadattive più complesse includono: la vergogna riguardo all’esprimere se stessi o svelamento, la rabbia in risposta a manifestazioni di attenzione o di interesse genuino da parte degli altri, la gioia per la sofferenza propria o altrui e sentimenti di indegnità o di insicurezza. Queste risposte emozionali generalmente sono fondate su esperienze patogene di estrema trascuratezza, abuso o disconferma che portano alla formazione di schemi emotivi nucleari disadattivi. Queste emozioni sono primarie in quanto non sono riducibili ad alcun tipo di risposta emozionale precedente o soggiacente ad esse. Tali risposte all’origine erano generalmente adattive, come per esempio quando si apprende la paura della vicinanza poiché associata con la delusione, con il controllo o con la violenza. Per converso, esse possono essere delle risposte disadattive di un sistema complesso esposto ad uno stress eccessivo o disfunzionale, come nel panico, in cui una gamma di fattori biologici, biochimici, affettivi, cognitivi e comportamentali si combinano in modo da produrre automaticamente una risposta di paura disfunzionale.
- Le **emozioni secondarie** costituiscono la seconda ampia categoria di emozioni importanti per l’intervento differenziale. Esse sono delle reazioni a processi identificabili, più basilari, interni, emozionali o cognitivi; quindi, secondarie nel tempo o nella sequenza ai processi interni. Possono costituire risposte secondarie a emozioni primarie, come l’espressione di rabbia

secondaria quando l'emozione primaria è la paura (come nello stereotipo del ruolo sessuale maschile), oppure il pianto quando il sentimento primario è la rabbia (come nel corrispondente stereotipo femminile), o ancora risposte secondarie a processi cognitivi (come il sentirsi depressi quando si pensa al fallimento). Le emozioni secondarie possono essere divise in sentimenti negativi e sentimenti complessi: entrambi derivano da complesse sequenze interne di cognizione e di affetto. I **sentimenti negativi** includono reazioni secondarie di mancanza di speranza, impotenza, depressione e ansia e, inoltre, rabbia secondaria, paura e vergogna. Vanno enucleate e superate per arrivare ad una esperienza più basilare e adattiva. Ma analogamente la depressione e l'ansia possono essere delle **reazioni secondarie complesse** alla tristezza, alla disperazione alla perdita o alla minaccia o persino alla depressione e all'ansia stessa (si è depressi per la propria depressione, si è ansiosi per la propria ansia). Le emozioni, specialmente quando non sono simbolizzate in consapevolezza, si trasformano rapidamente in emozioni differenti: la tristezza, il dolore, la vergogna o la paura spesso si trasformano in rabbia; la paura in freddezza, la gelosia in rabbia, la rabbia in paura.

- Le **emozioni strumentali** sono emozioni che vengono esperite ed espresse in quanto si è appreso che producono un effetto sugli altri. Possono essere consciamente volute per raggiungere uno scopo, oppure essere divenute abituali perché la persona ha appreso senza alcuna consapevolezza (per esempio attraverso il condizionamento) che l'espressione di queste emozioni ha un effetto specifico. Quelle che sono consciamente volute sono costruite allo scopo di influenzare gli altri o di gestire la propria immagine così da apparire nel modo desiderato. Quelle abituali si producono automaticamente. Le persone possono esprimere rabbia per dominare gli altri e tristezza per suscitare simpatia.

Tutte queste emozioni sono però sentite come reali e lo sono, tutte vengono

sperimentate come un aspetto complesso dell'essere.

Il modello teorico dell'EFT distingue cinque ampie fonti di disfunzione emotiva:

- L'incapacità di produrre cambiamenti nel rapporto con l'ambiente, che sono stimolati dalla tendenza all'azione di un'emozione adattativa, con conseguente stress.
- L'eccessivo controllo emotivo attraverso l'evitamento, la negazione, la distorsione, la dissociazione; quando il soggetto pensa di non dover sentire ciò che effettivamente sente causa disorientamento e incongruenza.
- La scarsa regolazione dell'intensità emotiva. In quel caso, non sono l'emergere della rabbia o la ferita ad essere disadattive; il problema consiste nell'incapacità della persona di regolare le dinamiche, l'intensità o la durata della ferita o della rabbia: la collera si trasforma in ira, la ferita diventa devastazione e l'ansia panico. La regolazione dell'intensità emotiva riguarda sia le emozioni primarie, sia le risposte affettive secondarie complesse, sia le risposte basate sulla memoria emozionale, per evitare che l'esperienza passata influisca in modo eccessivo sulle risposte attuali.
- La memoria emozionale traumatica. Il trauma è una fonte significativa di disturbi emotivi. Esso distrugge il senso di realtà della persona, lasciandola in balia di memorie emotive che continuano a turbarla e ad opprimerla. Un trauma che causa un'attivazione emozionale estrema lascia impressi nella memoria istanti vividi, fortemente terrorizzati. Lo stress post-traumatico deriverebbe dal rivivere intensamente tali esperienze. I ricordi emozionali intensi di abusi subiti nei primi anni dell'infanzia quando le capacità simboliche e narrative non sono ancora pienamente sviluppate, lasciano nella persona dei repertori emotivi appresi di grande intensità, i quali non sono accompagnati da parole che ne possano facilitare la comprensione. Spesso è la non controllabilità dell'esperienza traumatica o catastrofica, il vissuto di impotenza, a renderla emotivamente soverchiante.
- Costruzione disfunzionale dei significati che portano a risposte emotive disfunzionali.

Secondo il punto di vista dell'EFT il malfunzionamento dell'emozione non è principalmente funzione di una modalità di pensiero disfunzionale o irrazionale cosciente. Esso deriva, piuttosto, da problemi nelle strutture e nei processi cognitivo-affettivi complessi che generano in modo automatico un significato soggettivo e l'esperienza emotiva.

Il modello teorico dell'EFT sottolinea qui l'errore dei modelli cognitivi comportamentali di presupporre che le emozioni disfunzionali sono il solo prodotto di produzioni cognitive disfunzionali. I primi cognitivisti avanzarono l'ipotesi che le valutazioni erronee mediate verbalmente (i pensieri automatici, i pensieri e le credenze erronee) fossero la causa dei disturbi emozionali (Beck, 1976; Ellis, 1962). Nella prospettiva dell'EFT queste cognizioni sono un risultato e non la causa, dell'elaborazione emozionale tacita. Pur essendo vero che il pensiero cosciente o il ragionamento mediato dal linguaggio, possano determinare risposte emotive disfunzionali, questo non significa che l'intera esperienza emotiva e tutte le emozioni problematiche derivino dal pensiero cosciente o dai pensieri automatici. Si suggerisce piuttosto che i pensieri automatici siano prodotti dal sistema concettuale e vengano coinvolti nel mantenimento del disturbo emozionale. Ma qualsiasi ipotesi di sequenza lineare - che il pensiero determini il sentimento o viceversa - è troppo semplicistica, devono invece essere presi in considerazione livelli multipli di elaborazione delle informazioni sensoriali, proposizionali e immaginative, come anche le complesse interazioni reciproche fra pensiero e sentimento. Tuttavia ciò che in definitiva assume un'importanza critica nella costruzione di significati è sempre il significato soggettivo colorato emotivamente che deriva dal sistema di elaborazione esperienziale e non già il pensiero derivante dal sistema concettuale.

Ci sono varie situazioni in cui gli individui sanno a livello concettuale che il loro modo di pensare è irrazionale o illogico, eppure non riescono a fermare o controllare le loro emozioni. Gli interventi quindi devono essere finalizzati all'accesso alla rete associativa delle emozioni o alla struttura di significato che ne determina le risposte e a disvelarla.

Gli schemi emotivi sono le strutture complesse di costruzione di significati che causano il malfunzionamento. Essi si basano su valutazioni delle caratteristiche complesse, organizzate in patterns, di un evento in relazione al bisogno/scopo/interesse dell'individuo. Quindi i sentimenti di ansia e la minaccia del rifiuto nell'avvicinare una persona del sesso opposto emergono solo se ci si avvicina all'altro con l'intenzione di ricercare una relazione sentimentale. Le valutazioni implicate non sono pensieri, ma piuttosto delle valutazioni automatiche lungo dimensioni fondamentali orientate alla sopravvivenza, quali la rilevanza dello scopo, l'incertezza, la pericolosità, la novità o la piacevolezza (Greenberg e Pavio, 2004).

Atto terapeutico e processo di cambiamento

L'EFT affronta problemi ritenuti essere la fonte di condizioni di sofferenza quali:

- una mancanza di consapevolezza dei propri sentimenti,
- una loro valutazione negativa,
- l'essere in conflitto,
- l'avere sentimenti negativi irrisolti o risentimenti verso altri significativi,
- l'incapacità di regolare l'intimità nelle relazioni.

La terapia viene condotta in base ad una sequenza in cui i sentimenti negativi vengono evocati, esplorati insieme alle loro determinanti, si accede a emozioni primarie o agli schemi emotivi nucleari disadattivi e, in seguito, si utilizzano le risorse così recuperate allo scopo di facilitare la riorganizzazione degli schemi centrali. La sequenza si completa con l'affermazione e la validazione del senso di sé emergente e con il consolidamento del cambiamento in una nuova narrazione della propria identità.

Lo stile del terapeuta non è educativo né interpretativo. Vi è una costante collaborazione tra paziente e terapeuta nell'intento di stabilire dei punti focali contestualizzati, nel formulare, verificare ipotesi fondate sull'esperienza e trovare un accordo su scopi e compiti specifici. E comprende due azioni più globali: quella di equilibrare, condurre e seguire; e quella di

essere emotivamente presenti in modo genuinamente agevole e creare un contatto, anche ricorrendo allo svelamento di aspetti della propria esperienza che emergono all'interno della relazione, al fine di "valicare" il cliente e promuovere l'esplorazione.

Dettagliamo qui di seguito queste fasi della terapia focalizzata sulle emozioni e i loro atti terapeutici.

Fase 1 : Creare il legame

1. Ascolto, empatia, convalida

Il paziente riceve un training implicito a prestare attenzione alla sua esperienza interna, con le risposte empatiche del terapeuta che lo riportano a centrarsi su questa dimensione. Il terapeuta assume un comportamento che comunica comprensione, riconosce il dolore del cliente, ne convalida gli sforzi e focalizza l'impatto emotivo degli eventi della sua vita. Dalla prima seduta i problemi vengono definiti in termini di vissuti e si presta anche attenzione al senso corporeo del vissuto.

2. Sviluppare un focus sulle condizioni generative

È l'esperienza vissuta dal cliente nel presente che guida l'intervento e che indica qual è la difficoltà e se le determinanti del problema sono in quel momento accessibili e suscettibili di intervento. Questo focus costituisce la cornice iniziale per l'esplorazione, il focus è sempre soggetto a cambiamento e sviluppo e la diagnosi del processo degli stati problematici all'interno della seduta è sempre lo strumento principale di focalizzazione di ciascuna seduta.

Le questioni problematiche e le loro risoluzioni riguardano la definizione di sé, l'attaccamento e l'equilibrio fra bisogni di separazione e di legame che sembrano costituire compiti cruciali dell'essere umano.

Ci sono tre tipi principali di condizioni generative alle quali rispondono delle precise azioni terapeutiche:

- Difficoltà di simbolizzazione dell'esperienza interna

In risposta alle difficoltà di simbolizzazione dell'esperienza interna il terapeuta usa il mezzo dell'esplorazione, della focalizzazione attentiva

e del rispondere empaticamente. Il compito del cliente è di rientrare in modo vivido nella situazione vissuta nel tentativo di riesperirla più pienamente e con maggiore attenzione, le risposte emozionali e le valutazioni, i bisogni e le tendenze all'azione connesse. Le azioni del terapeuta avranno per scopo di distinguere tra risposte affettive primarie del cliente, dalle situazioni e reazioni secondarie e dalle risposte più basilari, aiutando il paziente ad accedere sulla prima e di simbolizzarla. Per esempio la reazione secondaria di un cliente ad un sentimento primario di paura dell'abbandono potrebbe essere di rabbia verso se stesso perché prova paura o verso un'altra persona per il distacco. Sebbene il terapeuta riconosca la collera secondaria reattiva, la spinta della sua risposta sarà data principalmente alla simbolizzazione della paura primaria dell'abbandono.

- Determinanti intrapersonali

Una delle difficoltà principali delle relazioni problematiche fra aspetti del sé può essere l'ipercontrollo cronico e mancanza di consapevolezza emotiva. La soppressione attiva dell'esperienza emozionale si verifica nei soggetti che considerano alcuni aspetti della loro esperienza minacciosi o inaccettabili. Adoperano difese estreme di evitamento (come l'intorpidimento o la dissociazione) o evitamenti più moderati (come l'assenza di consapevolezza esperienziale e la distrazione). Si tratta di accrescere la consapevolezza del cliente del modo in cui essi interrompono ed evitano i propri sentimenti durante la seduta e di aiutarli a superare questi blocchi. Un'altra difficoltà è relativa ai conflitti fra aspetti del Sé si manifesta attraverso l'autocritica, l'incertezza, l'autovalutazione negativa o di minacce interne all'autostima. I clienti si giudicano fondamentalmente inaccettabili e le loro azioni, pensieri e sentimenti imperdonabili, ritengono di non essere all'altezza dei loro standard, oppure che i loro sentimenti possano metterli in pericolo. Le critiche rivolte a sé sono disprezzanti e severe.

- Determinanti relative all'ambito interpersonale

Il focus può essere posto sulle relazioni interpersonali fra sé e gli altri, nei momenti attuali o su questioni irrisolte in relazioni

interpersonali del passato. Una difficoltà relazionale può essere la dipendenza interpersonale: lo scopo è di accedere all'insicurezza di base e ai sentimenti primari di paura o di tristezza sottostanti alla disperazione, insieme alle tendenze all'azione e ai significati associati. Il terapeuta propone di ristrutturare il vissuto attraverso la riappropriazione, sperimentando un senso di essere agenti e simbolizzando il sentimento. Ad esempio al vissuto di "sentirsi distrutto", si può riconoscere il bisogno di sicurezza e protezione, accedere alla capacità di lenire se stessi per superare una dipendenza estrema degli altri per la regolazione degli affetti e dell'autostima o si possono intraprendere azioni per soddisfare i bisogni. Un'altra difficoltà sono i sentimenti irrisolti verso un altro significativo. Lo scopo è di accedere all'emozione primaria elaborata in modo incompleto e consentirne l'espressione e la rielaborazione. Ciò promuove l'auto-potenziamento e la separazione.

Allo scopo di esplorare le condizioni generative, si tende a sviluppare nel cliente la consapevolezza del proprio ruolo di agente nel creare l'esperienza (producendo pensieri autocritici, attuando evitamenti o interruzioni), secondo una modalità non colpevolizzante. Si possono anche dare dei compiti di osservazione della sua esperienza da effettuare fuori del contesto terapeutico fornendo al paziente una giustificazione logica sull'utilità di tali compiti.

Fase 2 : Evocazione ed esplorazione

1. Evocare e attivare i sentimenti negativi in seduta

Il cliente ha bisogno di percepire i compiti della terapia e l'evocazione dei sentimenti negativi come pertinenti ai cambiamenti desiderati. Questo passo comprende due sottoprocessi:

- a. Evocare l'esperienza emozionale. Il terapeuta EFT si muove tra significato verbale ed esperienza non verbale, tra passato e presente, tra sensazione corporea e immaginazione visiva. Una volta evocato lo schema emotivo del cliente, si ha accesso all'informazione a "caldo". Il significato emotivo viene quindi simbolizzato e vi si riflette sopra.

Ciò, a sua volta, fornisce un feedback e attiva ulteriori schemi emotivi oppure modera quelli presenti. Quando lo schema emotivo è attivo è maggiormente suscettibile al cambiamento. Si possono usare numerose tecniche per rendere attiva l'esperienza emozionale: la risposta empatica, l'uso dell'immaginazione e del linguaggio metaforico, l'invitare a prestare attenzione alle sue sensazioni fisiche, istruire ad adottare posture differenti o ad immaginare una situazione o persona specifica. Nel caso di una scarsa regolazione di un'emozione secondaria o disadattiva, l'obiettivo può essere di regolare piuttosto che stimolare ulteriormente il vissuto già eccessivamente attivato per rendere più accessibile l'emozione primaria (attraverso la regolazione del respiro per ridurre l'attivazione, l'identificazione di cognizioni che generano il sentimento secondario).

- b. Prestare attenzione all'evitamento e ai processi di interruzione. Gli interventi esplorano le varie modalità con cui i clienti bloccano le proprie esperienze in seduta che vanno dalla dissociazione al semplice trattenere le lacrime. Anche lì è necessario un accordo collaborativo esplicito con il paziente sul perché sia importante affrontare ciò che spaventa in quanto è per definizione percepito come una minaccia. I clienti possono mettere in azione il processo di interruzione attraverso un dialogo immaginario fra due parti della propria personalità, ad esempio nel dialogo con le due sedie. Al presentarsi di indicatori di auto-interruzione, i clienti dovrebbero essere incoraggiati a mettere in atto il modo in cui si escludono dal sentire, a verbalizzare le ingiunzioni particolari di cui fanno uso o ad enfatizzare le costrizioni muscolari coinvolte nell'interruzione. Alla fine questa auto-inibizione provoca una risposta, spesso di ribellione contro la repressione, e il sé che esperisce combatte le ingiunzioni o le interruzioni cognitive e si libera dalle costrizioni. Lo scopo essendo di dispiegare processi cognitivo-

affettivi complessi. I clienti vengono anche aiutati a superare le reazioni emotive secondarie che bloccano i loro sentimenti più basilari. Un sentimento di colpa e di imbarazzo può bloccare l'espressione e il piacere sessuale, la paura del rifiuto o l'ansia di abbandono possono interrompere l'espressione assertiva, la vergogna per la perdita di controllo o la debolezza un sentimento di dolore adattivo; questi sentimenti secondari negati vengono riconosciuti ma non intensificati, si presta attenzione e si sviluppano sentimenti più primari non riconosciuti.

2. Dispiegare ed esplorare l'esperienza del sentimento negativo

Lo scopo è di rallentare e distinguere le sequenze che generano il sentimento, differenziare i sentimenti e raggiungere le emozioni primari sottostanti, e le cognizioni ed i bisogni ad esse associati. Tale esplorazione si attua mediante la comprensione e l'esplorazione empatica e a volte attraverso la messa in azione di diversi aspetti di sé. Gli interventi implicano un equilibrio fra una direttività nel processo e la risposta empatica.

L'esplorare implica un tentativo di simbolizzare chiaramente i significati vissuti coinvolti nell'esperienza del sentimento negativo di cui non si ha attualmente una piena consapevolezza e successivamente di riflettere su di essi. L'identificazione del sentimento e del significato risulta spesso problematica per molti clienti, che possono divenire consapevoli della costrizione della mascella e al petto o del blocco allo stomaco, ma non sono in grado di simbolizzare i loro sentimenti. Potrebbero, per esempio, etichettare erroneamente un vissuto come rabbia mentre si tratta di ansietà o di terrore. Questo passo è quindi importante e richiede concentrazione ed un processo di ricerca esperienziale del proprio vissuto interno fino a cogliere ciò che si sente.

Fase 3: Ristrutturazione emozionale

Le azioni del terapeuta in questa fase sono prevalentemente rivolte a promuovere nel cliente l'appropriazione dei vissuti, la

simbolizzazione dell'esperienza e ad aiutarlo a stabile delle intenzioni.

1. Accedere a schemi emotivi centrali disadattivi e/o alle emozioni primarie

È in questo momento della terapia che si verifica il cambiamento principale nel processo. Il cliente riorganizza e accede per la prima volta ad una emozione primaria adattiva o ad uno schema emotivo disfunzionale. L'emozione, una volta attivata, sembra fare il suo corso, che comprende un emergere e un decrescere naturale della sua intensità.

L'attivazione emozionale determina anche l'attivazione di molti schemi nuovi. Un sentimento segue l'altro in un processo che è composto dal permettere, esprimere, simbolizzare e completare un'emozione e dall'emergere di un'emozione o di un significato sentiti come nuovi. Quando la paura o la tristezza vengono espresse, simbolizzate e differenziate, spesso sono seguite dalla rabbia; la rabbia da tristezza, paura o vergogna; il risentimento dall'apprezzamento, l'odio dall'amore, l'avversione dal desiderio.

L'emergere di nuovi sentimenti porta alla costituzione di nuovi bisogni e scopi che per essere conseguiti si implicano l'accesso a nuove risorse.

2. Accedere all'emozione adattiva primaria

In questa fase, l'emozione adattiva primaria e i bisogni precedentemente evitati o non simbolizzati vengono riconosciuti ed esperiti. L'importante non è soltanto l'esperienza dell'emozione di per se stessa, ma l'accesso ai bisogni/scopi/interessi e alle tendenze all'azione adattative ad essa associati. Quindi un cliente, riconoscendo la tristezza, potrebbe sperimentare un intenso desiderio di ricevere cure, desiderio che prima non riconosceva poiché bloccato. Il cambiamento avviene attraverso lo spostamento verso l'emozione primaria e il suo utilizzo come risorsa. Dunque, in alcuni casi il cliente accede ad una rabbia sottostante e si riorganizza per asserire dei confini, accede alla tristezza e si riorganizza per il ritiro per ristabilirsi e per raccogliere le proprie risorse, o per cercare e ottenere conforto e sostegno.

3. Accedere alla rete degli schemi emotivi nucleari disfunzionali

In molti casi nella terapia si ha accesso agli schemi emotivi primari disadattivi complessi piuttosto che alle emozioni primarie semplici. Tali schemi basati sulla storia di apprendimento emotivo della persona, devono essere ristrutturati. Si accede dunque ai vissuti disadattivi primari (come un profondo sentimento di impotenza, una paura di annichilimento, il sentirsi invisibile, un profondo senso di offesa, vergogna, insicurezza o indegnità, sentirsi non amati o non amabili) quale nucleo fondamentale del sentimento negativo secondario evocato. Queste esperienze disfunzionali nucleari sono spesso associate ad un'auto-critica ostile o ad una dipendenza ansiosa. Nel primo caso comprendono sentimenti di indegnità, di fallimento e di essere cattivi; nel secondo, sentimenti di fragilità e di insicurezza, di essere incapaci di restare integri senza sostegno. Questi sono gli schemi centrali di un sé cattivo/debole. Questi vissuti primari disadattivi devono essere recuperati al fine di rendere possibile il cambiamento.

Con l'aiuto fornito dell'accettazione supportiva del terapeuta, ciò che è terapeutico è la capacità di simbolizzare questi vissuti di cattiveria o debolezza e, successivamente, di accedere a schemi di sé alternativi fondati su emozioni adattive. La maggior parte delle persone ha avuto una qualche forma di "genitorizzazione positiva" da parte di una persona che è stata in un certo modo convalidante e confortante e ciò fornisce una capacità di auto-affermazione, di assertività e di protesta come fase per schemi di sé alternativi. È la risposta emotiva interna del paziente al suo stesso dolore simbolizzato che è adattiva e che deve essere recuperata e utilizzata come risorsa vivificante. Le persone sono maggiormente in grado di osservarsi e di essere empatiche verso se stesse quando sperimentano la loro sofferenza e contemporaneamente ricevono empatia da un altro. Motivati sia dall'avversione al dolore, sia dal bisogno di padronanza e di ricerca di conforto, mobilitano nuove risorse che consentono loro di far meglio fronte a tali esigenze. Si sentono in misura maggiore in grado di affermare che "anche se

l'altro non risponde alla mia richiesta, io comunque lo merito". Sono in grado anche di rivalutare le conseguenze del fatto che i loro bisogni non vengono soddisfatti dall'altro. Questa cognizione "a caldo" si ottiene in un modo veramente sentito e non solamente una affermazione concettuale compiuta senza alcun investimento emotivo.

4. Ristrutturare promuovendo l'articolazione e la messa in discussione delle credenze disfunzionali mediante i bisogni e le risorse adattive

In questa fase i pazienti giungono a nuove comprensioni delle esperienze formative della loro vita. Arrivano a vedere come la loro vita fosse strutturata sia intorno a aspettative e credenze che intorno a tentativi di proteggere se stessi da queste e dai sentimenti ad esse associati. La modificazione si attua essenzialmente attraverso la confutazione della credenza a partire da una consapevolezza di come essa sia stata costruita e da un senso vissuto di percezioni alternative di sé. Una persona con sentimento di indegnità e debolezza (e quindi bisogno di essere amata e riconosciuta) potrà dire: "Avevo bisogno di sostegno, non di critiche. Merito di più. Ero soltanto una bambina e avevo bisogno di affetto".

Il terapeuta offre supporto all'emergere della forza interiore e delle risorse interne per combattere le cognizioni negative e gli schemi nucleari disadattivi. Vengono pure evocati l'autosostegno interno della persona e le sue capacità di calmare se stessa in risposta alla simbolizzazione della sofferenza e al riconoscimento del sentimento e del bisogno nucleari.

5. Fornire sostegno e convalidare l'emergere di un atteggiamento auto-convalidante.

Quando si fa strada un senso di sé più sicuro, assertivo e accettante, il terapeuta fornisce riconoscimento e conferma, aiutando il cliente a collegare tale senso di sé con la sua vita al di fuori della terapia e con la soluzione di problemi. Questo nuovo senso di auto-

convalida viene utilizzato come base per l'azione nel mondo.

6. Creazione di un nuovo significato.

La fase finale è la costruzione di significati alternativi e l'esplorazione delle implicazioni di una nuova visione di sé convalidante. Gli obiettivi sono ora: chiarificare una narrazione, basata sull'esperienza, riguardo a se stessi, al proprio passato e al futuro, e promuovere delle azioni basate sui nuovi modi di vedere le conoscenze acquisite. Se il processo di creazione di significati si attua durante l'intero trattamento, spesso si allacciano metafore centrali ad episodi emotivamente carichi della terapia. Sono per esempio significative le metafore basate sull'esperienza, che divengono simboli dei problemi dell'individuo (ad es. "soli in una grande distesa", "in una gabbia di vetro") e le metafore che colgono l'emergere, lo sviluppo e la creazione di nuovi significati e di nuove soluzioni (ad es. "emergere da un abisso", "essere in grado di tener duro", "riuscire a vedere di nuovo").

La persona è adesso in grado di simbolizzare e organizzare la propria esperienza emotiva in termini di una nuova visione di sé e dell'essere-nel-mondo.

Sintesi comparata

Il repertorio emotivo funzionale

Come possiamo vedere nella tabella riassuntiva in allegato (tab. 1) che compara i tre modelli appena descritti, la definizione di emozioni, affetti o sentimenti è notevolmente diversa da un modello all'altro.

È un punto comune a tutti che i fondamenti delle emozioni siano fisiologici e che evolvano verso la coscienza. Tutti i tre modelli evidenziano inoltre l'articolazione tra emozione e pensiero; questa articolazione si ritrova nei

modelli analitici più classici con gli affetti e le rappresentazioni (tutti derivati della pulsione), o con gli elementi Beta (grezzi e non rappresentabili) e gli elementi Alfa (utilizzabili dai processi rappresentazionali come il sogno e il pensiero) di Bion.

Inizialmente, le emozioni sembrano avere origine più nell'attività intrapsichica con il modello analitico classico; ma la teoria evolve, anche all'interno di questo stesso modello, verso un sistema emotivo che ha per origine la dimensione delle relazioni interpersonali (in particolare con Kernberg nel modello analitico, teoria degli affetti che è molto vicina a quelle dei modelli del cognitivismo evoluzionista e dell'EFT).

Nel modello analitico si passa da una concezione delle emozioni classica di segnali/risposta e si evolve con Kernberg verso un modello funzionalista, ancora una volta simile al modello cognitivo evoluzionista. Quest'ultimo modello introduce il concetto di emozione come prima espressione dei Sistemi Motivazionali Innati. Anche il modello EFT sottolinea la funzione dell'emozione all'interno della sequenza "emozione-bisogno-scopo-interesse-tendenza all'azione".

Il Modello EFT crea ulteriori differenziazioni all'interno della categoria delle emozioni (primarie funzionali, primarie disfunzionali, secondarie, strumentali) ed esplicita, ad esempio, il fenomeno di trasformazione di un vissuto emotivo in un altro, nel passaggio da un'emozione primaria ad un'emozione secondaria o ad uno schema emotivo primaria disadattivo.

Le nozioni di pattern di attaccamento (modello cognitivo evoluzionista) e di schema emotivo (EFT) si raggiungono nelle loro definizioni, il primo ponendo l'accento sulla relazione, il secondo sulla funzione organizzativa delle emozioni, che corrisponde al focus di attenzione specifico a ciascuno di questi modelli.

PSICOANALISI	COGNITIVISMO EVOLUZIONISTICO	EMOTIONAL FOCUSED THERAPY
<ul style="list-style-type: none"> - Gli affetti sono un derivato delle pulsioni, agiscono come segnali di pericoli esterni o interni. Ogni pulsione si esprime attraverso un affetto e una rappresentazione (Freud). - Gli elementi Beta sono elementi grezzi della vita psichica, impressioni sensoriali ed emotive che vengono trasformate in elementi Alfa per diventare adatti all'uso del pensiero (Bion). - Gli affetti sono strutture psicofisiologiche complesse concernenti un'esperienza soggettiva di piacere/dispiacere e una componente espressiva, di scarica motoria o viscerale, utile al processo comunicativo, modellano e organizzano le prime esperienze affettive e le prime relazioni oggettuali, immagazzinate poi nella memoria affettiva (Kernberg). 	<ul style="list-style-type: none"> - Le emozioni sono un processo fisiologico preconsciouso collocato nel corpo che poi raggiunge la coscienza per diventare sentimenti - Sono sempre collocate all'interno di un'esperienza intersoggettiva. - Sono le prime fasi delle operazioni dei Sistemi Motivazionali Interni (accudimento, attaccamento, cooperazione, agonismo, sessualità). - Le emozioni si organizzano all'interno delle relazioni con la figura di attaccamento all'interno di un pattern di attaccamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gli affetti sono processi automatici fisiologici inconsci. - I sentimenti sono il risultato di una consapevolezza delle sensazioni di base dell'affetto, un vissuto corporeo associato ad un significato conscio. - Le emozioni sono un'esperienza cosciente che integra stati affettivi e tendenze all'azione collegati con situazioni elicитanti e con il sé: possono essere emozioni primarie adattative, primarie disadattive, secondarie o strumentali. - Lo schema emotivo è un meccanismo che produce l'esperienza emotiva dai principi organizzativi innati all'esperienza relazionale precoce. È una sintesi complessa di affetti, cognizione, motivazione e azione che danno un senso integrato di sé, del mondo e del vissuto soggettivo.

Tab. 1 – Repertorio emotivo funzionale: confronto tra modelli

Il repertorio emotivo disfunzionale

Per il modello analitico sono per prime le emozioni, rappresentazioni e angosce inammissibili o incontenibili, che generano meccanismi di difesa che le rendono inaccessibili alla coscienza, mentre il modello cognitivo evoluzionistico parla di strutture e processi cognitivi (tab. 2).

Il modello EFT evoca sia il problema delle eccessive difese, in particolare quelle relative al controllo, ed esplicita il problema dell'incapacità a modificare il rapporto con l'ambiente generatore di stress o la difficoltà a regolare le

emozioni (che sono in qualche modo il fallimento delle difese di fronte ad un eccesso di stimolazione interno o esterno).

Per il modello cognitivo evoluzionistico, è il deficit di conoscenza delle emozioni che conduce ad una inappropriata attivazione dei sistemi motivazionale, simile alla costruzione disfunzionale dei significati di cui parla l'EFT.

La nozione di traumatismo fissato nella memoria del modello analitico viene ripreso nella EFT con il concetto di memoria emozionale traumatica e si potrà ritrovare, anche se non esplicitato, negli stessi termini all'interno del concetto di pattern di

attaccamento; con la differenza che l'accento è maggiormente posto sulla dimensione relazionale oggettuale e la definizione del sé con l'altro più che in termini di dinamiche intrapsichiche.

Mentre nella psicoanalisi si sottolinea la centralità dell'angoscia nella patogenesi (di separazione, paura di perdere l'amore, angoscia di castrazione, sentimento di colpa, paura della

morte) nella prospettiva cognitivo evolutivista si sottolinea l'importanza delle colpe abnormi (colpa di separazione, del sopravvissuto, colpa onnipotente, colpa edipica e colpa detta anche "da odio di sé") che producono credenze patologiche e nell'EFT sono gli schemi emotivi nucleari disadattivi, le emozioni primarie disadattive e le emozioni secondarie (negative e complesse) a creare ostacoli al funzionamento.

PSICOANALISI	COGNITIVISMO EVOLUZIONISTICO	EMOTIONAL FOCUSED THERAPY
<ul style="list-style-type: none"> - La psicopatologia è generata da: - affetti, rappresentazioni o angosce inammissibili per la coscienza e dai meccanismi di difesa inconsci prodotti dall'Io per proteggersene (e che le rendono inaccessibili alla coscienza). - nella situazione traumatica la quantità di affetto non scaricata della pulsione è fissata, cosicché viene trascritta una traccia mnemonica dell'affetto (Freud). - deficit della funzione Alfa, funzione contenitrice dell'apparato a pensare (Bion). - l'angoscia può essere di varia natura ed è centrale nella patogenesi (Freud, Wachtel). 	<ul style="list-style-type: none"> - La psicopatologia è generata da: - strutture e processi cognitivi che creano ostacoli al riconoscimento e alla regolazione delle emozioni. - il deficit di conoscenza delle emozioni, dalla difficoltà a discriminarle fino alla mancanza di coscienza dell'emozioni, dovuta ad un carente monitoraggio metacognitivo dell'esperienza emozionale. - conduce a inappropriate attivazione di diversi sistemi motivazionali di cui fanno parte le emozioni. - i pattern di attaccamento insicuri e disorganizzati presentano difficoltà di conoscenza di specifici aspetti dell'esperienza emotiva. - le colpe abnormi di varia natura producono credenze patologiche. 	<ul style="list-style-type: none"> - La psicopatologia è generata da: - l'incapacità a modificare il rapporto con l'ambiente che è generatore di stress. - l'eccessivo controllo emotivo attraverso evitamento, negazione, distorsione, dissociazione. - la scarsa regolazione dell'intensità emotiva. - la memoria emozionale traumatica. - la costruzione disfunzionale dei significati che portano risposte emotive disfunzionali. - schemi emotivi nucleari disadattivi, emozioni primarie disadattive ed emozioni secondarie (negative e complesse) creano ostacoli al funzionamento.

Tab. 2 – Repertorio emotivo disfunzionale: confronto tra modelli

L'atto terapeutico

Il termine di alleanza terapeutica è utilizzato in entrambi i modelli cognitivista evolutivista e EFT, anche se quest'ultimo è maggiormente sbilanciato verso un atteggiamento "rogersiano" di empatia e convalida. L'alleanza in questi due modelli comprende la condivisione esplicita

degli obiettivi terapeutici e alcune comunicazioni maggiormente educative (tab. 3). Da parte sua la nozione di ascolto analitico classico associato al concetto di astensione e neutralità del terapeuta si è sfumato nei più recenti modelli psicodinamici con l'integrazione di atteggiamenti maggiormente supportivi.

I modelli analitici e cognitivo evolucionisti utilizzano più esplicitamente le informazioni emotive del terapeuta per accedere alle problematiche del paziente come il controtransfert e le identificazioni proiettive.

Nel modello analitico il lavoro sulle emozioni passa attraverso la relazione trasferale e la possibilità di sperimentarci un'esperienza emozionale correttiva, ma anche secondo Bion con la funzione Alfa del terapeuta, contenitrice degli elementi intollerabili proiettati dal paziente

che gliene restituisce, trasformati in rappresentazioni possibili, offrendo al paziente la possibilità di assimilare tale funzione nel suo apparato di pensiero. L'interpretazione, principale atto terapeutico di questo modello, nella prospettiva classica verte maggiormente sulla vita psichica del paziente, le sue esperienze passate e le sue fantasie, mentre nei modelli più recenti viene formulato come esposizione a pensieri, sentimenti e desideri finora evitati.

PSICOANALISI	COGNITIVISMO EVOLUZIONISTICO	EMOTIONAL FOCUSED THERAPY
<ul style="list-style-type: none"> - Ascolto. - Relazione trasferale e controtrasferale, esperienza emozionale correttiva, funzione Alfa. - Interpretazione (delle difese, delle resistenze, delle fantasie, delle esperienze traumatiche, dei conflitti riattivati nel presente collegati a sintomi e comportamenti disadattivi) partendo dalla realtà psichica del paziente influenzata dalle esperienze passate e fantasie inconse (desideri, risposte dell'Io, reazioni del super-Io, ricordi). - Interpretazione come esposizione a pensieri, desideri, sentimenti evitati. - Altri interventi verbali per facilitare l'espressione e offrire sostegno. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alleanza terapeutica. - Esplorazione dei sintomi e delle credenze patogene che limitano e distorcono la conoscenza delle emozioni e il perseguimento delle mete relazionali. - Fase di test e interventi a favore del piano per correggere le credenze patogene su di sé sull'altro e sulla relazione (attraverso interpretazione, silenzio, tecnica cognitiva o cognitivo-comportamentale, dichiarazione di disaccordo o qualche altra forma di scelta clinica). - Monitoraggio metacognitivo delle emozioni del terapeuta per leggere le intenzioni del paziente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alleanza terapeutica attraverso ascolto, empatia e convalida. - Evocazione e esplorazione delle esperienze emotive e delle condizioni generative dei sentimenti negativi (focalizzazione sull'esperienza corporea e sull'espressione non verbale delle emozioni, simbolizzazione dell'esperienza interna, distinzione tra risposte primarie o secondarie, analisi dei meccanismi di difesa, dei conflitti fra aspetti di sé, dei sentimenti irrisolti verso l'altro significativo). - Accesso a emozioni primarie e schemi emotivi nucleari disadattivi. - Utilizzo delle risorse per riorganizzare gli schemi centrali. - Validazione del senso di sé emergente. - Consolidamento del cambiamento in una nuova narrazione della propria identità.

Tab. 3 – Atto terapeutico: confronto tra modelli

Nel modello cognitivista evolucionista l'intervento terapeutico sulle emozioni parte dall'esplorazione o dalla correzione delle

credenze patogene su di sé, sull'altro e sulla relazione, che sono considerate all'origine delle limitazioni e distorsioni delle emozioni, sia

attraverso la narrazione del paziente che nella relazione con il terapeuta (che comprende la riproduzione dello schema interattivo traumatico creato originariamente nelle relazioni passate, equivalente del transfert analitico).

Nel modello EFT per lavorare sulle emozioni si parte dall'esperienza emotiva stessa con una identificazione delle percezioni corporee (che possono essere l'oggetto di un training), la focalizzazione sulle esperienze emotive e la loro simbolizzazione, la distinzione tra risposte emotive primarie e secondarie, per poi accedere ed esplorare tutti gli ingredienti della vita psichica quali i meccanismi di difesa, i conflitti fra aspetti di sé, i sentimenti irrisolti verso altri significativi. Questo modello non ricorre tanto all'interpretazione e alla relazione trasferale quanto al prestare attenzione, al focalizzare, all'essere centrato sul presente, intensificare le

emozioni, evocare ricordi, simbolizzare, fissare gli scopi, per arrivare a promuovere nel paziente il sentimento di essere agente della propria esperienza. Il terapeuta può formulare una domanda di esplorazione, una risposta empatica, un feedback o ricorrere a interventi più attivi come il dialogo delle due sedie fra due parti della propria personalità o il rivolgersi con la fantasia ad una persona significativa. Entrambi i modelli, cognitivo-evoluzionistico e EFT sottolineano l'uso del linguaggio metaforico per comunicare le esperienze emotive, mentre il modello analitico è classicamente conosciuto per il ricorso al linguaggio simbolico.

Gli obiettivi terapeutici e i processi di cambiamento

La descrizione dei processi di cambiamento è strettamente legata agli obiettivi terapeutici fissati da ciascun modello (tab. 4).

PSICOANALISI	COGNITIVISMO EVOLUZIONISTICO	EMOTIONAL FOCUSED THERAPY
<ul style="list-style-type: none"> - Insight: ossia una comprensione cognitiva ed emotiva dei moventi inconsci e delle origini del proprio disagio psicologico e del proprio sentire ed agire presente e passato (interventi espressivi). - Sopperire alle debolezze dell'Io, rafforzare le difese e la capacità di gestire le difficoltà della vita quotidiana e le relazioni affettive e sociali (interventi supportivi). - Assimilazione della funzione di contenitore, propria alla mente del terapeuta, nell'apparato a pensare del paziente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Restituire al paziente la capacità di riconoscere il valore e il senso originario della propria e altrui esperienza emozionale. - Esperienza relazionale correttiva. - Insight sugli effetti perduranti di passate esperienze traumatiche. - Revisione delle credenze patogene. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accedere a schemi emotivi funzionali o emozioni adattative primarie per raggiungere una maggiore coerenza tra bisogno/interesse/scopi e tendenza all'azione. - Accrescere la consapevolezza dei propri sentimenti. - Modificare le valutazioni negative. - Risolvere i sentimenti negativi irrisolti o risentimenti verso altri significativi. - Crescere la capacità di regolare l'intimità nelle relazioni.

Tab. 4 – Obiettivi terapeutici e processi di cambiamento: confronto tra modelli

Per la terapia analitica si distinguono due assi principali: quello della comprensione (insight) cognitiva ed emotiva dei moventi inconsci e delle origini del proprio disagio psicologico e del proprio sentire ed agire presente e passato,

ma anche (intervento espressivo) nei casi che lo necessitano, quello del sopperimento delle debolezze dell'Io, con il rafforzamento delle difese e della capacità di gestire le difficoltà della vita quotidiana e le relazioni affettive e

sociali (intervento supportivo). Possiamo aggiungere, se ci riferiamo alle teorie bioniane, l'assimilazione da parte del paziente della capacità del terapeuta di contenere le esperienze emotive intollerabili e di trasformarle in rappresentazioni possibili.

Il modello cognitivo evolucionista mette l'accento sul fatto che sia l'esperienza relazionale ad essere correttiva, gli insight riguardano gli effetti perduranti delle esperienze traumatiche passate (in cui si possono ritrovare elementi inconsci come le conoscenze semantiche), vengono riviste le credenze patogene e viene restituita al paziente la capacità di riconoscere il valore e il senso originario della propria e altrui esperienza emozionale.

Per il modello EFT il punto nodale del processo di cambiamento è che il paziente possa accedere all'esperienza emotiva primaria o a schemi emotivi funzionali per raggiungere una maggiore coerenza tra bisogno/interesse/scopi e tendenza all'azione. Questo modello mira alla modifica dello schema emotivo disfunzionale (modificare le valutazioni negative, risolvere sentimenti negativi irrisolti o risentimenti verso altri significativi) e all'attuazione di nuove risorse così liberate (accrescere la consapevolezza dei propri sentimenti e la capacità di regolare l'intimità nelle relazioni). La comprensione delle motivazioni inconscie e delle origini del proprio disagio non rappresentano un punto di arrivo anche se verranno utilizzate inizialmente durante la fase di focalizzazione sulle origini del disfunzionamento emotivo.

Conclusioni

Questo articolo si è proposto di esplorare il lavoro con le emozioni attraverso vari modelli psicoterapeutici, le loro teorie di riferimento, gli obiettivi e gli atti terapeutici, anche evidenziando i loro contesti storici, le loro specifiche motivazioni, impostazioni e contributi. Ha anche tentato di intravedere le diverse scelte cliniche che può operare un terapeuta di questi diversi modelli nel momento vivo e "caldo" della relazione terapeutica e la loro pertinenza rispetto agli obiettivi e processi di cambiamento perseguiti.

La comparazione tra vari modelli è ovviamente limitata ad una trasposizione che non potrà mai essere esatta senza correre il rischio di distorcere la visione di ciò che ognuno di questi osserva o di decontestualizzarne i costrutti teorici; ciononostante un simile esercizio permette di rinforzare la conoscenza del proprio modello di riferimento e di verificare la coerenza dell'integrazione che ciascun terapeuta opera nella sua pratica clinica.

Alla luce di tale confronto si può anche intuire che non è forse realistico né auspicabile che vi sia un unico modello terapeutico, pure sotto forma di sistema aperto, che integri tutte le qualità e dimensioni esplorate dai vari modelli. Questo condurrebbe sia ad un impoverimento dello sviluppo e della creatività che porta ogni corrente, sia ad una teoria estremamente pesante e inapplicabile clinicamente all'interno dello spazio terapeutico.

Il rinuncio all'onnipotenza del terapeuta passa probabilmente anche attraverso la consapevolezza che il proprio modello e il percorso terapeutico offerto al paziente trovano il loro limite, oltre ai limiti delle competenze personali e relazionali del terapeuta e del paziente, nell'angolazione di osservazione delle questioni che affrontano, lasciando alcuni spazi inesplorati e irrisolti.

Ma è anche vero che, com'è emerso in questo confronto sul lavoro con le emozioni, vi sono molte vie e modalità per accedere alle varie dimensioni dell'attività umana, siano queste comportamentali, affettive-relazionali, cognitive, corporee o spirituali ed altrettante per percorrere i diversi sentieri inesplorati della coscienza o dell'inconscio di ciascuno.

Riferimenti Bibliografici

- Alexander, F. (1946). La esperienza emozionale correttiva. In P. Migone (a cura di), *Problemi di psicoterapia*, www.psychomedia.it.
- Berne, E. (2000). *A che gioco giochiamo?* Milano: Bompiani Editore.
- Bion, W.F. (1983). *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando Editore.
- Bulli, F., e Melli, G. (2010). *Mindfulness & Acceptance in psicoterapia: la terza generazione della Terapia Cognitivo-Comportamentale*. Firenze: Eclipsi.
- Damasio, A.R. (1995). *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*. Milano: Adelphi.
- Dumont, F., e Corsini, R.J. (2003). *Psicoterapie a confronto. Un caso visto da sei terapeuti*. NY: McGraw-Hill.

- Elliot, R., Watson, J.C., Goldman, R.N., e Greenberg, L.S. (2007). *Apprendere le terapie focalizzate sulle emozioni*. Roma: Sovera Edizioni.
- Ferro, A. (2007). *Evitare le emozioni, vivere le emozioni*. Milano: Raffaello Cortina Ed.
- Freud, S. (1988). *Inibizione, sintomo e angoscia*. Milano: Bollati Boringhieri.
- Ginger, S. (1990). *La Gestalt. Terapia del con-tatto emotivo*. Roma: Edizioni mediterranee.
- Goleman, D. (1999). *Intelligenza emotiva*. Milano: BUR.
- Greenberg, L., e Paivio, S.C. (2004). *Lavorare con le emozioni in psicoterapia*. Roma: Sovera Edizioni.
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina Ed.
- Liotti, G. (2007). Il monitoraggio metacognitivo delle emozioni del terapeuta nella riparazione di rotture dell'alleanza. In Carere Comes, Adami Rook, Panseri (a cura di). *Che cosa unisce gli psicoterapeuti (e che cosa li separa)*. Firenze: Vertici Editore.
- Lorenzini, R., e Sassaroli, S. (1995). *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*. Milano: Cortina Raffaello.
- Lowen, A. (2004). *Bioenergetica*. Milano: Feltrinelli.
- Melbourne Academic Mindfulness Interest Group (2006). Mindfulness based psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 285-294.
- Migone, P. (2007). Considerazioni sul significato di "integrazione" in psicoterapia. In Carere Comes, Adami Rook, Panseri (a cura di). *Che cosa unisce gli psicoterapeuti (e che cosa li separa)*. Firenze: Vertici Editore.
- Oneroso, F., e Gorrese, A. (2011). *Le emozioni fra cognitivismo e psicoanalisi*. Napoli: Liguori Editori.
- Perls, F.S. (1969). *La terapia gestaltica parola per parola*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Wachtel, P.L. (2000). *La comunicazione terapeutica*. Milano: Bollati Boringhieri.

LA VITA EMOTIVA DEL TERAPEUTA: FIGURA-SFONDO DELLA RELAZIONE CHE CURA

di Pietro Caterini

psicologo psicoterapeuta, Direttore della Scuola di Psicoterapia Comparata

La psicoterapia è il gioco con le parole più sofisticato del Novecento. In questo dispositivo, attraverso la parola e qualche volta l'azione, proviamo a sostenere le difficoltà e le sofferenze di chi ci chiede aiuto o si pone delle domande rispetto al proprio futuro.

Secondo Etchegoyen possiamo cominciare a considerare la psicoterapia come scientifica a partire dal 19° secolo, con lo sviluppo delle due grandi scuole della suggestione a Nancy con Liébeault e Bernheim e alla Salpêtrière con Jean-Martin Charcot. Fu Bernheim nel corso delle sue sperimentazioni a Nancy il primo ad affermare che la suggestione è l'origine dell'effetto ipnotico, mettendo in evidenza l'importanza dell'interazione medico-paziente. Successivamente con Janet a Parigi, Breuer e Freud a Vienna, il lavoro interpersonale divenne sempre più evidente e caratteristica fondante del processo terapeutico.

La psicoterapia come metodo si rivolge alla psiche attraverso la comunicazione; suo strumento privilegiato è la parola che è al contempo sia farmaco sia messaggio; la sua cornice è la relazione interpersonale terapeuta-paziente; la sua finalità è curare. Patrizia Adami Rook, fondatrice della Scuola di Psicoterapia Comparata amava dire: “di relazioni ci si ammala, di relazioni si guarisce”.

Possiamo intendere la psicoterapia come una struttura complessa che mette tra parentesi le caratteristiche quotidiane e normali delle relazioni umane. Processi relazionali e affettivi che avvengono tra le persone sono isolati e circoscritti in una situazione “quasi sperimentale” ove sia possibile mettere a fuoco le matrici fondanti le relazioni che fanno

soffrire e le relazioni che fanno stare bene. La relazione terapeutica, così come la conosciamo oggi, è qualcosa che non viene sperimentato nella vita quotidiana di ciascuno di noi, sebbene gli elementi costitutivi di essa siano le relazioni affettive quotidiane. Le parentesi cui mi riferisco sono il setting, ovvero quell'insieme di regole che servono a delimitare il contesto di ricerca in modo tale che quanto si osserva, si descrive, si comprende, si spiega, possa avere un'attendibilità scientifica (Galimberti). In campo clinico il setting è un'area spazio-temporale che, grazie a delle regole che vengono mantenute nel tempo, consente la produzione di fenomeni ai quali è possibile tentare di dare una lettura, tentare di dare una spiegazione. L'azione terapeutica risulta intellegibile solo dentro un contesto strutturato in cui rimangono fissate regole che definiscono ruoli e funzioni, come i fattori contrattuali, il pagamento, il numero delle sedute, la durata delle sedute, la fruizione dello spazio fisico, le regole comunicative. Questo insieme di regole distingue la relazione terapeutica dalla relazione tra due amici o tra marito e moglie o tra genitori e figli. Distingue anche la psicoterapia dall'insegnamento pedagogico e dall'indottrinamento religioso. Rende possibile l'analisi del transfert, del controtransfert e delle emozioni da essi veicolate.

Vorrei tentare di parlare oggi di come fluiscono le emozioni all'interno del setting tra il terapeuta e il paziente. John Norcross, già presidente della divisione 29 dell'American Psychological Association, ovvero quel ramo dell'A.P.A. che valuta se una psicoterapia è efficace o non efficace e quindi meritevole o meno di essere rimborsata dal sistema sanitario americano, definisce 4 fattori comuni trasversali

alle psicoterapie: le caratteristiche del terapeuta, le caratteristiche del paziente, le caratteristiche del metodo, le caratteristiche della relazione. Io mi concentrerò maggiormente sulle caratteristiche della relazione.

Il desiderio di fare una psicoterapia è il desiderio di cambiare il proprio futuro. Per far questo è necessario provare delle emozioni, scoprire delle emozioni nuove che talvolta le persone non sentono di poter tollerare da sole. La psicoterapia è quel laboratorio dove le emozioni sono contenute ed elaborate verso il futuro. Mi spiegherò meglio attraverso delle vignette cliniche.

Un mio giovane paziente di circa 25 anni mi chiese di cominciare una terapia nel momento in cui si era innamorato di una ragazza. Questo movimento amoroso aveva generato in lui fortissime angosce, sentiva di non essere all'altezza, aveva paura di essere abbandonato, temeva una eccessiva dipendenza dall'oggetto amato. Chiedere un sostegno terapeutico, paradossalmente in un momento di grande felicità, ha significato per lui la possibilità di pensare e contenere emozioni percepite come eccessivamente violente. Imparare a tollerare la fluttuanza del proprio animo gli ha consentito di avere una vita amorosa con la sua ragazza e quindi proiettarsi in un futuro insieme.

La dimensione del futuro comunque è presente e palpabile, anche se in altro modo, nei pazienti anziani. Mi ricordo di un signore di 76 anni, lo chiameremo Vittorio, che mi chiese di fare dei colloqui in merito al rapporto difficile con la propria madre ormai scomparsa da più di vent'anni. Emerse inoltre di lì a breve, un importante trauma che quest'uomo aveva avuto con il proprio analista che lo obbligò ad interrompere la propria analisi ritenendola unilateralmente terminata. Sto parlando di una psicoterapia fatta con un collega del passato nei primi anni '50. La domanda terapeutica di questo paziente conteneva sostanzialmente due punti: il desiderio di riconciliarsi con la propria madre interna o almeno lenire il conflitto e recuperare attraverso la relazione con me, gli aspetti di sé espulsi dalla precedente relazione terapeutica. Questa terapia durò pochi mesi, con un buon esito, lo spazio di ascolto aperto gli consentì di rimettere a posto i cassette della

memoria e trovare nuova motivazione per uno scampolo di futuro. Mi ritengo fortunato di poter essere stato, anche se per un breve periodo, il terapeuta di Vittorio. Attraverso di lui ho potuto osservare, nel mio studio, il lavoro dei pionieri del passato e mi è utile oggi nell'esemplificazione clinica di alcuni importanti concetti. Cosa era avvenuto nella precedente terapia di Vittorio? Il paziente un giorno aveva portato un sogno al proprio analista, il cui contenuto in forma sintetica è il seguente: un cocodrillo con un morso recideva il ramo di un albero che toccava entrambe le rive di un fiume. A quanto mi riportò Vittorio, ormai unico testimone, il suo terapeuta interpretò questo sogno con la certezza che la relazione terapeutica tra loro era terminata. Congedò dunque il paziente senza tanti convenevoli. Non addentriamoci troppo nella più o meno corretta interpretazione del sogno e nemmeno sulle reali motivazioni che condussero il vecchio analista di Vittorio a prendere quella decisione; limitiamoci ad osservare che l'atteggiamento di questo terapeuta fu come quello di un medico che "opera" su un paziente, un atteggiamento unilaterale dove il terapeuta fa delle cose "sul" paziente e non insieme al paziente. Siamo qui di fronte all'antico mito della neutralità dove l'analista, cercando di interferire il meno possibile nelle associazioni del paziente e tenendo "sotto controllo" il proprio controtransfert, si muove in una direzione unipersonale dove le difficoltà della persona sono dentro la persona stessa e solo lei riguardano. Ho potuto purtroppo constatare direttamente il dolore di Vittorio a cinquant'anni dalla fine della propria prima terapia che egli non riteneva terminata e dalla quale si è sentito ingiustamente cacciato. Solo in età avanzata, per il poco futuro che aveva davanti a sé, ha avuto la forza di porre la sua nuova domanda. Oggi le cose andrebbero a Vittorio in modo diverso: se negli anni cinquanta perdere un terapeuta poteva anche significare cercarne un altro in un'altra città, nei primi decenni degli anni 2000 per un terapeuta che ti caccia ce ne sono tre che ti accolgono!

Al di là delle facili battute, la tecnica terapeutica è molto cambiata e la maggioranza dei colleghi tiene in ampia considerazione la partecipazione emotiva del terapeuta al processo terapeutico.

Come accennavo prima, potremmo anche intendere la relazione terapeutica come una relazione affettiva messa tra parentesi, ovvero una relazione tra due persone altamente regolamentata da un setting, dove una persona chiede aiuto per risolvere un problema o una questione esistenziale e l'altra offre degli strumenti che potrebbero essere utili (soggetto supposto sapere, direbbe Lacan). La relazione è dunque strutturalmente asimmetrica, c'è un esperto e qualcuno che ha bisogno dei suggerimenti di un esperto. Sebbene io parli di relazione affettiva tra paziente e terapeuta, questa relazione è diversa da tutte le altre relazioni (e vedremo come) che si esperiscono normalmente, altrimenti per sostenere il disagio di qualcuno ci ritroveremmo a battergli la mano sulla spalla, dicendogli cose del tipo "su via, non ti preoccupare!". Ma questo sappiamo bene, non è una tecnica terapeutica, ma un atteggiamento amicale. Molti possono essere i modelli che al giorno d'oggi tentano di spiegare questa relazione, io prenderò in prestito alcuni concetti dalla teoria della Gestalt e mi appoggerò al lavoro dei Baranger.

La Psicologia della Gestalt, fondata da Wertheimer, Kohler e Kofka esprime come concetto fondamentale che il comportamento è determinato dal campo psico-fisico, consistente in un sistema organizzato di tensioni o spinte (forze), analogo a un campo gravitazionale o elettromagnetico. Per esempio, il modo in cui percepiamo un oggetto è determinato dalla totalità del campo in cui l'oggetto è contenuto. Secondo Lewin il campo è definito come "la totalità dei fatti coesistenti che sono concepiti come mutualmente interdipendenti". Possiamo applicare questo concetto di campo, almeno in termini descrittivi, alla situazione psicoanalitica o psicoterapeutica. In questo caso, se prendiamo questa prospettiva di pensiero, ciò che accade al paziente non è necessariamente qualcosa che avviene solo dentro di lui, ma è funzione del campo nel quale anche il terapeuta è immerso con la sua persona, i suoi atteggiamenti e le sue emozioni. Il campo bipersonale dunque, come lo chiamano i Baranger, coinvolge una dimensione spaziale nella quale sono inclusi, oltre le persone, gli arredi dello studio clinico, i quadri, le poltrone ma anche la luce che filtra dalla finestra, i

rumori che provengono dalla strada. Coinvolge una dimensione temporale riguardo la durata delle sedute, la loro frequenza, le sospensioni previste. Coinvolge una dimensione funzionale contenuta nel contratto iniziale, che indica esplicitamente i ruoli dei partecipanti secondo le regole del metodo adottato. Ad esempio, un partecipante s'impegna a comunicare tutto quello che pensa in modo il più possibile cooperativo, un secondo partecipante si impegna a cercare di capire il primo, provare ad offrire un aiuto, mantenere il segreto e astenersi da qualsiasi intervento nella vita "reale" fuori dal setting. Tutto quello che avviene nel campo è funzione del campo stesso e dunque può essere interpretato, possiamo provare a comprendere il significato. Talvolta i nostri pazienti possono esprimerci la sensazione che il tempo è "volato" e ci accorgiamo che in qualche modo erano pieni di emozioni e desiderosi di comunicarci, altre volte possono prevalere sentimenti di tipo depressivo e sembrare che il tempo della seduta non passi mai. Per quanto riguarda il luogo fisico i pazienti notano con facilità anche i piccoli cambiamenti, come lo spostamento delle poltrone o la presenza di un nuovo oggetto. Un giorno una paziente, che stava rileggendo in quel periodo la propria vita familiare da un'altra prospettiva, entrò nel mio studio dicendo: "ma questo quadro? C'è sempre stato? Non mi pare di averlo mai visto!". Quel quadro era appeso in quel punto esatto della parete da anni. La paziente aveva cominciato a vedere qualcosa che da sempre aveva sotto gli occhi. Allo stesso modo gli affetti del terapeuta e del paziente sono interdipendenti gli uni dagli altri e vanno a formare il campo. Ne consegue che l'interpretazione che il terapeuta fa al paziente riguarda sia gli stati affettivi del paziente sia gli stati affettivi propri; in questo senso l'interpretazione legge ciò che avviene tra i due e tenta di aprire altre prospettive di pensiero, modificando il campo.

Affinché il campo possa essere modificato e dunque la psicoterapia progredire, dobbiamo intendere il campo come uno spazio di gioco (e qui ritorno all'inizio del mio intervento). In modo simile, nello spazio di un teatro l'attore interpreta uno o più ruoli potendo cambiare dall'uno all'altro, immedesimandosi,

modificando registro emotivo, rimanendo pur sempre se stesso gioca diverse parti di sé. L'attore si comporta "come se" fosse un altro mosso da altre passioni, da altri desideri, con l'intento di muovere passioni e sentimenti in chi l'ascolta. Anche lo spazio terapeutico ha la necessità di mantenere questa funzione, che possiamo osservare in quasi tutte le situazioni di gioco infantile e adulto, come Winnicott ci ha così ben illustrato. È nel gioco, attraverso il "come se", che si attiva nel bambino la propria capacità di pensare e di trasformare i pensieri, così come speriamo possa avvenire in psicoterapia. In psicoterapia della Gestalt la funzione del "come se" viene attivamente mantenuta attraverso tecniche specifiche come quella della "sedia vuota" e nelle Gestalt di gruppo sono adoperati numerosi giochi che consentono ai partecipanti di provarsi nei ruoli più diversi. Vi è anche la possibilità di mettere in atto delle vere e proprie rappresentazioni della propria vita che possono poi essere lette e interpretate dal gruppo, operazione questa che consente ai partecipanti di modificare il campo. Quasi come a teatro.

In un'ottica psicodinamica la possibilità del "come se" e dunque la possibilità di gioco e di trasformazione emotiva viene mantenuta nel setting attraverso l'ambiguità della situazione analitica. Come ci suggerisce Wachtel, padre della psicodinamica ciclica, il primo modello psicodinamico integrato, il terapeuta analiticamente orientato partecipa emotivamente alle vicende del paziente cercando di coinvolgersi sempre di più ma al tempo stesso sottraendosi paradossalmente il più possibile dalla relazione in termini di contenuti personali, proprie opinioni, caratteristiche della personalità. Questa sorta di partecipazione attiva e anonima ma sostanzialmente non neutrale, consente quell'ambiguità strutturale della relazione che favorisce nel paziente un transfert "mobile", attraverso il quale il paziente può proiettare emozioni, parti di sé del passato e del presente, frammenti di relazioni attuali e non. Anche il terapeuta parteciperà alla costruzione di questo campo emotivo con il proprio controtransfert, composto di emozioni che sono elicitate dal paziente ma anche da emozioni che intimamente appartengono al terapeuta e

riguardano la sua vita e il suo "non analizzato". Questa coppia ha dunque la possibilità, a differenza delle coppie della vita reale che tendono a cristallizzarsi, marito e moglie, padre e figlio, datore di lavoro e dipendente, di giocare tutti i ruoli possibili e utili nel "come se" senza agirli fino in fondo, tentando di dare un significato e una direzione al campo emotivo. Ma chi indica la direzione da prendere all'interno della psicoterapia, quali sono le strade possibili? La direzione impressa alla psicoterapia è sempre data dai desideri e dai bisogni del paziente, il navigatore che indica le strade percorribili per raggiungere i traguardi è il terapeuta. Per metafora, se fossimo in un safari africano, il pilota resta il paziente con la meta che si è prefissato, raggiungibile con le sue capacità di guida e di interpretazione della strada, il terapeuta è il navigatore che legge la mappa e fornisce delle indicazioni sulla navigazione del territorio. Pilota e copilota arriveranno al traguardo insieme o si perderanno insieme. La possibilità di leggere la mappa e dunque il campo è per il terapeuta la possibilità di leggere il proprio transfert, ovvero quello che viene tecnicamente chiamato controtransfert. Vi sono numerose teorie in merito al controtransfert, talvolta tra loro contraddittorie; questo avviene a mio avviso perché il controtransfert parla della vita emotiva del terapeuta e qualche volta anche i terapeuti hanno paura delle proprie emozioni, nella misura in cui non comprendono bene cosa avviene all'interno della relazione diadica. Per anni, come già abbiamo detto, più generazioni di psicoanalisti si sono difesi dalle emozioni invocando il mito della neutralità. Avere a che fare con le emozioni, lavorare con esse, è molto complicato, credo che anche questa generazione di terapeuti, in alcune occasioni, possa desiderare di difendersi e addirittura fuggire dalle emozioni stesse. Se così è, starà a voi, alla generazione futura disvelarci. Nella mia opinione, il controtransfert è un transfert con capacità di auto-lettura, ovvero la possibilità da parte del terapeuta attraverso l'autoanalisi di comprendere almeno in parte i propri movimenti emotivi. Come dicevamo la vita emotiva del terapeuta (controtransfert) è intrecciata nel campo con la vita emotiva del paziente (transfert). L'analisi del proprio controtransfert, consente al terapeuta di

riflettere sul campo. Con questa guida è possibile fare delle interpretazioni, dare delle letture oppure assumere degli atteggiamenti che consentono una modificazione del campo e avvicinarsi così ad una comprensione e modificazione della vita emotiva dell'altro attore della coppia, il paziente. In questa prospettiva una modificazione nella vita interiore del paziente implica un'influenza nella nostra vita emotiva. Alcuni colleghi infatti, scherzosamente, dicono che per loro fare psicoterapia significa stare in qualche modo dentro la propria terapia tutta la vita. Certamente fare il terapeuta significa scegliere di avere una ricca vita emotiva, essere attraversati quasi tutti i giorni da intense emozioni. I nostri pazienti sono fonte inesauribile di indicazioni e suggerimenti e sono loro che ci insegnano il mestiere. A volte le giornate riempiono il terapeuta così tanto di emozioni che, a fine serata, non vede l'ora di poter tornare a casa, dalla propria moglie o dal proprio marito; ma, a differenza di tanti altri mestieri, non potrà parlare di quello che ha fatto a lavoro. Il segreto professionale, indispensabile affinché il nostro lavoro possa esistere e consenta ai pazienti di confidarsi e affidarsi, vincola il terapeuta ad una vita emotiva riservata. "Com'è andata la giornata?" chiede il marito alla propria compagna psicoterapeuta. "Aha..!" risponde la compagna.

Questa vita emotiva, un poco solitaria, viene sostenuta dai rapporti che il terapeuta ha con i suoi colleghi in termini di supervisione, intervizione, letture scientifiche, congressi e seminari. Ma soprattutto è sostenuta da quanto il terapeuta è riuscito a interiorizzare della propria esperienza formativa e della propria esperienza con i suoi pazienti. Alcune scuole, come la Scuola di Psicoterapia Comparata, prevedono un percorso formativo che oltre agli insegnamenti teorici, dedica ampio spazio alla formazione personale attraverso la terapia individuale, la terapia di gruppo, la supervisione di gruppo e la supervisione individuale. L'allievo durante il percorso formativo è sostenuto passo passo nelle proprie azioni terapeutiche; successivamente è quanto sarà stato in grado di interiorizzare, in termini di transfert e controtransfert, l'esperienza formativa che gli consentirà di avere degli

interlocutori interni che lo sostengano mentre farà il terapeuta. Una Gestalt dunque che il terapeuta porta dentro di sé e lo sostiene, in quel gioco di transfert verso la scuola nei termini dei suoi componenti e dell'istituzione e di controtransfert che quest'ultimi hanno nei confronti dell'allievo-terapeuta. Questo dialogo è ciò che va a costituire quel fondo di sicurezza emotiva che consente al terapeuta, anche quando poco esperto, di poter lavorare, portatore dentro di sé di una esperienza generazionale.

Insieme a questa sicurezza porterà con sé anche i dubbi, gli aspetti non risolti di quella generazione che ha provato ad insegnargli il mestiere. Il controtransfert contiene anche quegli aspetti ciechi che i formatori non vedono di se stessi e che non hanno analizzato di sé. O semplicemente quelle cose che non fanno o non hanno capito. Questa parte di eredità, più onerosa, è quella che potrà essere raccolta, analizzata e trasformata dalla nuova generazione. In questo senso io credo che la generazione che viene ha sempre la possibilità di essere migliore di quella che l'ha preceduta.

Il controtransfert è dunque quell'elemento che introduce la differenza nella relazione paziente terapeuta e mantiene l'asimmetria della relazione, potremmo prendere come modello, suggerisce Lucio Russo, "la relazione madre-bambino, nella quale la madre è un soggetto capace di ricezione e di risonanza delle angosce incontenibili dell'infante. Il modello della relazione madre-bambino rappresenta, pertanto, l'esperienza intersoggettiva ed asimmetrica del controtransfert". In base a questa concezione, è attraverso il controtransfert che il terapeuta tenta di comprendere il campo e sceglie le mosse terapeutiche o semplicemente le parole da dire al paziente. Queste parole o azioni sono comunque letture del campo rivolte a entrambi gli attori della relazione.

Riferimenti Bibliografici

- Baranger, W., e Baranger, M. (1990). *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Etchegoyen, R. H. (1990). *I fondamenti della tecnica psicoanalitica*. Roma: Astrolabio.

- Hall, C. H., e Lindzey, G. (1986). *Teorie della personalità*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E., e Levant R. F. (2006). *Salute mentale: trattamenti basati sull'evidenza*. Roma: Sovera.
- Russo, L. (2000). *L'indifferenza dell'anima*. Roma: Borla.
- Wachtel, P. H. (2000). *La comunicazione terapeutica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Winnicott, D. W. (2006). *Gioco e realtà*. Roma: Armando.

PENSAVO FOSSE AMORE... INVECE ERA CONTROTRANSFERT!

di Federica Bandinelli, Dania Dellapasqua, Giulia Fortino, Valter Mattetti
dottori in psicologia, tirocinanti post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

*Il medico deve rivolgere il proprio inconscio
come un organo ricevente
verso l'inconscio del malato che trasmette,
deve disporsi rispetto all'analizzato
come il ricevitore del telefono
rispetto al microfono trasmittente*

S. Freud, 1912

Detto anche *contro-traslazione* il controtransfert indica, nella sua accezione più estesa, il vissuto emotivo globale dell'analista nei confronti del paziente. Detto vissuto costituisce uno strumento essenziale per la comprensione e la comunicazione con il paziente, nonché per l'orientamento delle proprie risposte emotive, mentre nella sua accezione specifica si riferisce alle reazioni inconse che il transfert del paziente induce nell'analista. Alcuni autori comprendono nel controtransfert tutti gli aspetti di personalità dell'analista suscettibili di intervenire nella terapia.

A questo proposito, secondo Lagache (1972) transfert e controtransfert non riprodurrebbero i processi propri rispettivamente del paziente e dell'analista, ma entrambi gli attori andrebbero incontro a transfert e controtransfert, intendendo con quest'ultimo la reazione al transfert dell'altro.

Sul significato del controtransfert e sull'uso che se ne può fare esistono pareri diversi.

Freud, che ne parla a partire dal 1910, scrive: "Abbiamo acquisito la consapevolezza della controtraslazione che insorge nel medico per l'influsso del paziente sui suoi sentimenti inconsci, e non siamo lungi dal pretendere che il medico debba riconoscere in sé questa controtraslazione e padroneggiarla. Da quando

è aumentato il numero delle persone che esercitano la psicoanalisi e si comunicano reciprocamente le proprie esperienze, abbiamo notato che ogni psicoanalista procede esattamente fin dove glielo consentono i suoi complessi e le sue resistenze interne e pretendiamo quindi che egli inizi la sua attività con un'autoanalisi e la approfondisca continuamente mentre compie le sue esperienze sui malati. Chi non riesce a concludere nulla in siffatta autoanalisi, può senz'altro abbandonare l'idea di essere capace di intraprendere un trattamento analitico sui "malati" (Freud, 1910, pp. 200-201). In seguito Freud si rese conto che l'autoanalisi era insufficiente a comprendere e a isolare i conflitti dell'analista, per cui propose ai terapeuti di sottoporsi ad un'analisi personale prima e didattica poi.

Il concetto di controtransfert subisce storicamente una drastica censura dato che nel 1909 Freud consente che il suo scritto sulla controtraslazione circoli solo tra i discepoli, in segreto, ma vieta esplicitamente che venga dato alle stampe (Cfr. Cremerius, 1988). Per questo stesso motivo menziona il controtransfert nei suoi scritti solo tre volte e, a partire dal 1915, non ne fa più cenno.

Nell'accezione freudiana il controtransfert costituisce, di fondo, un elemento di ostacolo al

progredire della terapia, poiché invalida quell'atteggiamento di impassibilità e di distacco emotivo che Freud raccomanda mediante la cosiddetta regola dello specchio: "Il medico dev'essere opaco per l'analizzato e, come una lastra di specchio, mostrargli soltanto ciò che gli viene mostrato" (Freud, 1911-1912, p. 539). In caso contrario sentimenti, resistenze e conflitti interiori dell'analista influiscono negativamente sulla terapia alterandone l'andamento, come nel caso di un'aggressività inconscia, di profondi sensi di colpa che possono causare atteggiamenti di eccessiva mediazione o sollecitazione terapeutica e impedire all'analista di cogliere determinate resistenze del paziente; lo stesso dicasi a proposito del bisogno inconscio di gratificazione narcisistica che può produrre nell'analista un'esagerata ambizione terapeutica, accompagnata da ostilità nei confronti dei pazienti che non progrediscono nella cura.

Jung, dal canto suo, partendo dal concetto secondo cui il trattamento analitico è innanzitutto una relazione, ritiene il controtransfert non solo ineliminabile, ma talvolta indispensabile alla terapia stessa come strumento di conoscenza e di partecipazione, per cui "non giova affatto a chi cura difendersi dall'influsso del paziente, avvolgendosi in una nube di autorità paternalistico-professionale: così facendo egli rinuncia a servirsi di un organo essenziale di conoscenza". Il paziente esercita lo stesso, inconsciamente, la propria influenza sul terapeuta e provoca mutamenti nel suo inconscio: questi perturbamenti psichici (vere lesioni professionali) che sono ben noti a tanti psicoterapeuti, ne illustrano l'influenza quasi 'chimica' del paziente. Una delle manifestazioni più note di questo genere è il 'controtransfert' indotto dal transfert, ma sono frequenti gli effetti di natura assai più sottile. A darne un'idea può servire l'antica concezione del demone della malattia: la malattia può essere trasmessa a una persona sana che, grazie alla sua salute, sottometterà il demone, senza pregiudicare però il proprio benessere. Esistono nel rapporto fra terapeuta e paziente fattori irrazionali che operano una reciproca 'trasformazione', alla quale la personalità più forte, più stabile, dà il colpo decisivo. Ho però assistito a molti casi in cui il paziente ha

assimilato il terapeuta nonostante tutte le sue teorie e i suoi intenti professionali, e il più delle volte, anche se non sempre, a svantaggio di quest'ultimo" (Jung, 1929, p. 80-81). Per Jung il controtransfert non va respinto, ma accolto e controllato perché è alla base di quella reciprocità trasformativa che conferisce alla relazione quell'aspetto dinamico che le è proprio, dove in azione non è solo l'Io dell'analista e l'Io del paziente, ma anche l'inconscio dell'analista e l'inconscio del paziente, la cui comunicazione costituisce l'elemento più autenticamente analitico. In quest'ottica la conseguenza più importante del controtransfert risulta essere la manifestazione di empatia, che consente al paziente di sentirsi compreso e accolto, e allo psicoterapeuta di immedesimarsi con lo stato d'animo del paziente; per raggiungere questo obiettivo il terapeuta deve, almeno in un primo tempo, rinunciare ad alcune sue necessità metodologiche e teoriche per ascoltare il paziente in una condizione mentale libera da pregiudizi e da presupposti tecnici. Differentemente dal paziente che può sfruttare l'analisi per liberare sentimenti e idee anche fortemente negative sul conto dello psicoterapeuta, quest'ultimo invece non può amare o odiare il suo interlocutore, poiché deve assumere contemporaneamente il ruolo di osservatore e osservato, immerso per metà nel mondo psichico del paziente e per metà ben fuori.

Klein (1923) assimila la relazione dell'analista nei confronti del paziente a un contenitore materno dove il paziente, al pari del bambino, può modificare il suo modo di leggere l'esperienza, introiettando le modalità con cui è stato trattato. La scuola kleiniana, con Joseph (1975), giunge a considerare il controtransfert lo strumento privilegiato per comprendere la natura della relazione instaurata: "Molto di ciò che noi sappiamo del transfert proviene dalla nostra comprensione di come il paziente agisca su di noi per le più svariate ragioni; di come i pazienti cerchino di attirarci nel loro sistema difensivo; di come essi agiscano inconsciamente con noi nel transfert, cercando di farci agire con loro; di come essi trasmettano aspetti del loro mondo interno, costruito nell'infanzia e poi elaborato nella fanciullezza e nell'età adulta,

esperienze che spesso non trovano espressione in parole e che noi possiamo captare solo a partire dai sentimenti che sorgono in noi, attraverso il controtransfert” (Joseph, 1975, p. 62).

Nonostante queste ultime considerazioni, per decenni, in psicoanalisi ci si è riferiti al controtransfert come ad un potenziale ostacolo al progresso della terapia.

È evidente dallo sviluppo storico del concetto che fin dall’inizio c’è stata una difficoltà a pensare ai sentimenti dell’analista. Tutti gli elementi del problema erano già presenti in Freud. La metafora dell’analista come specchio reso opaco proprio dalla presenza di un ostacolo, rappresentato dai fattori controtransferali che disturbano la capacità di osservazione, viene spesso citata a esempio di come Freud volesse tenere fuori il mondo emotivo dell’analista. Radicalizzando, si è potuta leggere questa posizione anche come una prescrizione di indifferenza, piuttosto che di astinenza. Sono note le difficoltà che la psicoanalisi aveva allora ad affermarsi, dato il particolare materiale di cui si occupava. Il problema dei sentimenti, la loro relazione con i pazienti, coinvolse infatti anche alcuni dei pionieri dell’analisi.

Contemporaneamente a Freud, Ferenczi, pur non occupandosi di dare una definizione di controtransfert, lo metteva in evidenza nella sua scelta tecnica, in quanto nella sua terapia interagiva emotivamente col paziente. L’idea che le ‘macchie cieche’ dell’analista, i residui della sua nevrosi, fossero conosciuti dal paziente e addirittura avessero un ruolo nel trattamento, ci riporta a concezioni anche molto attuali. Allora, in senso più ferencziano, l’analista può riconoscere di provare una gran quantità di sentimenti, che in certe situazioni possono anche essere comunicate al paziente per rendere più umana la relazione (Ferenczi, 1921). Già dagli inizi del concetto di controtransfert si vede quella che sarà la successiva molteplicità delle posizioni su questo tema.

Freud, è utile ricordarlo, già nel 1912 sottolineava che “l’inconscio dell’analista e quello del paziente comunicano”. La comunicazione dunque, nella sua accezione

etimologica di comunicare, consiste nello scambiarsi (cum) dei doni (munus), dove i doni sono messaggi, ed acquista nell’evolvere della terapia psicoanalitica una dimensione importante su cui riflettere. Cresce così l’attenzione della relazione nel suo insieme e, forse come conseguenza, nei confronti degli aspetti controtransferali; il terapeuta non può più stare fuori dalla relazione o fare come se credesse di esserlo. Freud, come sappiamo, non elaborò mai una vera e propria teoria del controtransfert, ritenendo comunque i problemi relativi a questo come problemi relativi all’analista.

Da allora la scuola ungherese da Ferenczi (1919) a Balint, che criticano l’ideale della neutralità dell’analista (1939), Melanie Klein, con la sua impostazione sull’analisi infantile (1923), Winnicott, a cui dobbiamo i concetti di “preoccupazione materna primaria” e di “holding” (1949), hanno contribuito a porre l’accento sul controtransfert all’interno della relazione paziente-terapeuta. Sta di fatto che queste intuizioni hanno anche aperto la strada a una per così dire nuova teoria del controtransfert che, partendo ancora una volta dalle osservazioni e preoccupazioni di Freud, si è poi sviluppata intorno agli anni Cinquanta riproponendo un nuovo modo di concepire il processo terapeutico come un processo che si svolge appunto in un campo bi-personale nel quale emozioni e sentimenti dell’analista svolgono un ruolo fondamentale.

Freud parlava dell’analista come di colui il quale, come un chirurgo, mette al bando i propri sentimenti e si pone come obiettivo prioritario quello di intervenire in maniera ‘corretta’, potendosi cogliere il senso della correttezza nell’idea dell’asetticità e neutralità del trattamento; è del resto curiosa la contraddizione relativa al fatto che lo stesso Freud assegnava la massima importanza agli affetti, ad esempio per ciò che riguarda la strutturazione dei sintomi, salvo poi considerare questi medesimi come qualcosa di cui l’individuo avrebbe solo potuto, o dovuto, liberarsi. Oggi è consolidata l’idea che non vi è possibilità alcuna di trasformazione se non si passa attraverso l’elaborazione degli affetti di transfert e che il controtransfert rappresenta un potente mezzo di conoscenza e trasformazione

in psicoterapia. La neutralità dell'analista può dunque concepirsi solo ed esclusivamente come capacità di non operare in maniera sintonica con i conflitti e con gli investimenti patologici del paziente.

Pertanto il terapeuta non deve ritirarsi di fronte al proprio coinvolgimento affettivo, ma al contrario disporsi ad indagare i propri affetti. La 'neutralità' viene così sostituita dalla dinamica controtranslativa, che diventa elemento necessario e costitutivo del trattamento (Furlan, 1978, in Giubolini e Carlesi, 1997). Le emozioni sono dunque un elemento fondamentale per il lavoro terapeutico.

Amore e psicoterapia

Abbiamo visto come le componenti affettive non possano mai essere trascurate, neppure in quegli approcci che cercano di adottare l'asetticità metodologica come condizione primaria della loro attività.

In sintesi, si è passati dall'indifferenza auspicata da Freud all'idea del controtransfert come potentissimo strumento di conoscenza e trasformazione; dal controtransfert come 'incidente' alla indissolubile reciprocità ed unitarietà del prodotto 'transfert-controtransfert'. Poiché la psicologia è sempre una psicologia a due menti, ogni trasformazione avviene nell'ambito della relazione; il paziente deve sentirsi compreso ed amato, e perché ciò accada bisogna essere capaci di comprendere e di amare. Questo può non essere sufficiente, ma è la condizione necessaria perché il paziente possa guarire.

Ma allora se le emozioni del terapeuta sono così importanti per rendere unica ed irripetibile l'esperienza terapeutica, in quanto elemento che favorisce l'incontro fra soggetti, possiamo ipotizzare che esista un'altra esperienza nella vita che riproponga quella particolare sospensione del tempo e quell'irrequieto alternarsi di emozioni e sensazioni. Quale altra risposta si potrebbe trovare se non l'amore?

Esistono infatti diverse somiglianze fra un rapporto di terapia ed uno di amore. Se è vero che l'esperienza terapeutica è un processo trasformativo, troviamo subito un'analogia:

anche l'amore possiede infatti una forza trasformativa.

In terapia, come in amore, si modificano i propri parametri abituali: nell'esperienza terapeutica si acquisisce col tempo una nuova visione del mondo e anche gli innamorati solitamente sperimentano questa stessa sensazione; in entrambe le esperienze si percepisce un sentimento di espansione e di pienezza. Vedere il mondo in maniera nuova e diversa implica una ristrutturazione dell'assetto psichico ed una sua maggiore apertura verso l'esterno.

L'elemento che più di tutti accomuna la psicoterapia all'amore è la seduzione. In amore questa è la componente centrale e primaria dell'incontro e della conoscenza, anche se può apparire per certi versi pericolosa e temibile. Questa assume aspetti complessi ma, allo stesso tempo essenziali in terapia.

La parola 'seduzione' comprende un'ampia area semantica che può riferirsi a due tipi di modalità relazionali: una basata sulla gratificazione 'narcisistica', ed una fondata sull'eros, che tende alla creazione di un rapporto interpersonale empatico.

'Sedurre' non significa solamente 'condurre a sé', ma anche il suo contrario: 'sviare, distogliere, condurre in disparte, separare'. L'etimologia del termine riporta inoltre al significato di 'sedizione', ovvero 'sovvertimento dell'ordine costituito': forse per questo in essa si coglie spesso un qualcosa di inquietante e di perturbante.

Per quanto riguarda la seduzione in terapia, si potrebbe dire che l'attività stessa del terapeuta si fonda su questa; egli cerca infatti di attirare l'amore e la fiducia dell'altro. All'interno della diade terapeuta-paziente si può sempre ritrovare un tentativo reciproco di 'conquista' dell'altro.

La situazione terapeutica è quindi continuamente permeata dalla seduzione: il professionista che ascolta, accoglie, si prende cura dell'altro ed il setting terapeutico, intriso per sua natura di intimità e segretezza ne rappresentano le immagini principali.

Carotenuto (1987) ne parla in termini di apparenza ed illusione. Può esistere una

seduzione vera ed una falsa: in quest'ultima, all'apparenza non corrisponde un contenuto.

Il rischio in terapia è quello di passare dalla seduzione alla 'sedizione', cioè al sovvertimento dell'ordine della ragione e questo avviene quando si diventa consapevoli che, in tale contesto, si possono condividere non soltanto il dolore, l'angoscia e la mancanza, ma anche le passioni e le emozioni positive.

Da cosa dunque deve essere allontanato, sviato, il paziente? Naturalmente lo scopo principale è quello di distoglierlo dai sintomi, dal ritiro narcisistico, dall'alienazione e dall'isolamento per condurlo verso la relazione.

Bisogna però stare attenti che l'attrazione verso il terapeuta non distolga il paziente dalla vita reale, nella quale egli dovrebbe realizzare i propri desideri e trovare le proprie gratificazioni; fare in modo cioè, che il "luogo" della terapia non vada a sostituirsi al "luogo" dell'esistenza. In simili circostanze infatti, il professionista colluderebbe con le richieste del paziente e potrebbe cadere nel vissuto e/o nell'agito sessuale (cosa che, come vedremo più avanti, è accaduta a Jung).

Come sostiene Saraval (1989), la seduzione 'alienante' è molto diversa da quella 'empatica', nella quale il seduttore riesce a suscitare nell'altro desideri complementari ai propri. Nel caso di quella alienante si tratta invece di una condizione 'illusoria', narcisistica per chi la attua e alienante per chi la subisce; il confine fra queste due è molto sottile, per cui è piuttosto difficile saperle distinguere.

In terapia anche l'amore agito non è altro che un 'surrogato' d'amore, un malinteso che finisce per soffocare le spinte interiori che stanno alla base del lavoro terapeutico e del cambiamento. Infatti, non sarebbe 'eros' ma 'thanatos' a promuovere la diade 'amore di transfert-controtransfert': si tratterebbe solo di un apparente movimento che, in realtà, rende non analizzabile la situazione e prende il posto del cambiamento e della guarigione.

L'amore nasce inoltre da una condizione di mancanza, di bisogno e diviene un mezzo per colmare la distanza che ci separa dall'altro: la necessità di riempire questo spazio è presupposto fondamentale sia in un rapporto di terapia che in uno d'amore. Ma è solo rifiutando di soddisfare i 'bisogni' del proprio

paziente che il terapeuta consente il realizzarsi di una dinamica trasformativa e la costruzione di una possibilità d'amore reale. L'amore va quindi gestito con cura, perché può essere pericoloso, ma deve essere riconosciuto e vanno recuperate nella relazione terapeutica la sensazione di essere amabile e le possibilità di dare e ricevere amore.

Bodenheimer (2011) sostiene che l'amore di tipo platonico e non-erotico sia una componente indispensabile ma poco indagata del rapporto psicoterapeutico. Le ragioni per cui questo tema è stato poco trattato sarebbero varie: la difficoltà a definire il concetto di "amore non erotico", la sua natura estremamente soggettiva, le ambiguità generate dalla parola stessa. La ragione principale, secondo l'autrice, è che l'amore nella relazione psicoterapeutica rappresenta un "campo minato dell'etica professionale". Contemporaneamente, avere delle teorie e delle tecniche in grado di dare significato al fenomeno e di aiutare i clinici a gestire l'amore che provano per i loro clienti, potrebbe essere un'occasione di arricchimento per la pratica professionale e potrebbe suggerire nuovi aspetti curativi e riparativi all'interno della coppia terapeutica.

L'autrice con la parola "amore" si riferisce ad un fenomeno non di tipo erotico, un legame affettivo simile, ma qualitativamente diverso dal concetto di *controtransfert positivo* (o amore di controtransfert).

Nel IV-V secolo a.C., Platone introdusse la nozione di amore non erotico, definendolo un costante e profondo legame spirituale che interessa due individui senza alcuna forma di coinvolgimento sessuale. Data l'innocenza dell'amore platonico, nota la Bodenheimer (2011), è sorprendente che la tradizione psicoterapeutica abbia sempre fortemente scoraggiato i sentimenti di amore all'interno della diade terapeuta-paziente. Tale scoraggiamento, di fatto, ha prodotto una scarsità di ricerche sul tema e, contemporaneamente, ha impedito di analizzare ed utilizzare il fenomeno in campo clinico.

L'autrice rintraccia nelle origini della psicanalisi la paura che gli psicoterapeuti sembrano nutrire verso l'amore platonico in campo clinico. Presenta, ad esempio, lo scompiglio provocato nella vita di Breuer dal caso di Anna O. e le

note difficoltà incontrate da Freud con Dora e da Jung con Sabina Spielrein.

Baur (1997) ipotizza che le forze emotive alla base del rapporto terapeutico si avvicinino troppo all'amore romantico per poter essere analizzate in modo sicuro. Spiega che l'esplorazione di questi sentimenti è accettata e vista come non rischiosa solo quando è inserita all'interno di un "rapporto parentale". Infatti, quando uno psicoterapeuta parla di sentimenti diversi da quelli che simulano un rapporto genitore-figlio o un rapporto fraterno, sembrerebbe ricevere scarso supporto dalla comunità scientifica.

Bernstein (2001) tenta di formulare una definizione di amore che invitasse gli analisti ad esplorare la possibilità della sua presenza. La sua definizione percorre la seguente linea di pensiero: il terapeuta è in grado di mettere da parte i propri bisogni in favore di quelli del cliente. Una rinuncia di questo tipo è generalmente riconosciuta come un atto di amore, come l'interesse per il bene di un altro.

Shaw (2003) incoraggia la normalizzazione dei sentimenti di amore all'interno della coppia terapeutica mediante la ricerca e gli studi clinici, per poter definire delle linee guida per la pratica professionale.

Rosiello (2003), infine, sottolinea quanto siano ancor meno prese in considerazione le situazioni in cui l'amore e l'affetto si sviluppano tra terapeuti e pazienti dello stesso sesso.

Dopo aver trattato il concetto di amore in terapia, ci soffermeremo più nello specifico sull'amore di controtransfert, portando l'esempio di tre dei "padri" della psicologia, Joseph Breuer, Sigmund Freud e Carl Gustav Jung, i primi ad essersi imbattuti in questo tipo di fenomeno.

Terapeuti in fuga

Soltanto procedendo in punta di piedi sull'orlo dell'abisso possiamo pienamente apprezzare il mondo interno del paziente e il suo impatto su di noi (Kernberg, 1994, in Giubolini e Carlesi, 1997, p. 19).

BREUER

Vediamo adesso come hanno reagito al loro primo controtransfert i padri della psicoanalisi, iniziando dal caso di Anna O., che è diventato, oltre che una leggenda, il simbolo della nascita della psicoanalisi stessa.

Questo caso è stato importante perché ha chiarito le difficoltà dell'analisi del transfert e del controtransfert: ha costituito, così, il preludio alla concettualizzazione del controtransfert. Breuer, nato a Vienna nel 1842, dopo aver iniziato una brillante carriera scientifica aveva rinunciato al titolo di libero docente e di professore straordinario per potersi totalmente dedicare all'attività clinica ed alla cura dei propri pazienti, diventando uno dei medici più stimati e ricercati dell'intera Vienna.

Il dottor Breuer aveva conosciuto la ventunenne Anna nel 1880, all'età di 38 anni. Secondo Breuer, Anna O. presentava i classici sintomi dell'isteria: parafasia, strabismo convergente, gravi disturbi della vista, paralisi da contrattura completa nell'arto superiore destro e nei due arti inferiori, incompleta nell'arto superiore sinistro, paresi della muscolatura della nuca. Si era visto un lieve miglioramento (con graduale riduzione della contrattura degli arti destri), interrotto però da un grave trauma psichico: la morte del padre.

I primi sintomi erano comparsi alcuni mesi dopo il ricovero del padre per una grave malattia che aveva richiesto ad Anna O. una totale dedizione con conseguente sfinimento fisico e psichico, ed erano aumentati progressivamente fino all'apice sopra descritto. Durante il percorso terapeutico Breuer, per accorciare il tempo del trattamento, decise di utilizzare l'ipnosi, producendo nella paziente la disponibilità a raccontare delle storie attinenti alla sua malattia. Durante questa rievocazione gli affetti legati ai fatti che raccontava erano scaricati e abreagiti.

In questo modo, con fasi alterne di successi e insuccessi, Breuer arrivò alla conclusione della terapia, asserendo ottimisticamente che la paziente si liberò di tutti gli ultimi sintomi che avevano caratterizzato la sua malattia e, dopo un certo periodo di tempo, ritrovò da sola il suo equilibrio, godendo da allora di perfetta salute: "L'ultimo giorno (...) (Anna) riprodusse

l'allucinazione d'angoscia (...) che era stata la radice di tutta la malattia. Immediatamente dopo (...) fu libera da tutti gli innumerevoli disturbi che prima aveva presentato. (...) Le ci volle tuttavia ancora parecchio tempo prima di ritrovare del tutto il suo equilibrio psichico. Da allora gode perfetta salute.” (Breuer, 1895, in Giubbolini e Carlesi, 1997, p. 3).

Tuttavia, oltre alla versione proposta da Breuer sull'esito della terapia, ne abbiamo un'altra. Ernst Jones (1953), biografo ufficiale di Freud e del movimento psicoanalitico, sostiene che Anna era tutt'altro che guarita; la mattina del 7 giugno 1882 Breuer aveva in effetti concluso il trattamento di Anna, ma la sera stessa venne di nuovo chiamato al capezzale della sua malata perché in preda a forti dolori di doglie psicogene: era affetta da una gravidanza isterica, conseguenza immaginaria della propria relazione con Breuer. La situazione costrinse lo spaventatissimo medico ad ipnotizzarla per un'ultima volta, per poi fuggire precipitosamente dall'abitazione della donna.

E fuggì nel vero senso della parola. Il giorno dopo, infatti, partì per un viaggio a Venezia con la moglie.

Ellenberger (1970) ha accertato che Anna trascorse il periodo successivo (da luglio ad ottobre di quello stesso anno) nella casa di cura Bellevue di Kreuzlingen; nella relazione allegata alla cartella clinica del Bellevue, redatta dallo stesso Breuer, non vi è alcun accenno alla gravidanza isterica di Anna e proprio da quella cartella clinica risulta evidente che, al momento della dimissione, Anna era chiaramente ancora malata, sia fisicamente che psichicamente, e per di più morfinomane.

Nell'avvertenza editoriale del primo volume delle opere di Freud si legge che Berta Pappenheim (Anna O.) ebbe in seguito varie ricadute e fu ricoverata in una casa di cura. Nell'agosto 1883 era, come Breuer disse a Freud, completamente a pezzi e anche nei successivi anni la paziente, che per un certo periodo si era data alla morfina, presentava ancora gli stati allucinatori serali.

Si hanno due evidenti occultamenti o manipolazioni da parte di Breuer: da un lato l'occultamento della gravidanza isterica di Anna nella cartella clinica da lui stesso redatta,

dall'altro la manipolazione dell'effettivo esito della terapia.

In sintesi la psicoanalisi, con la storia di Anna O., inizia con una mancata guarigione e con una fuga: la mancata guarigione di Anna e la fuga di Breuer, dalla quale egli non farà più ritorno: “mi sono ripromesso in quella circostanza di non espormi mai più ad un simile giudizio di Dio” (Haynal, 1989, in Giubbolini e Carlesi, 1997, p. 3).

Da un lato emerge che la cura con le parole, la psicoterapia, nasce e si sviluppa comunque come conseguenza di un affetto e di una dedizione straordinari; quelli di Breuer per Anna determinano, inizialmente e per un lungo periodo, il miglioramento della giovane ed è in occasione della separazione da questi che Anna ripropone il sintomo isterico, questa volta sotto forma di gravidanza, nel tentativo inconsapevole di non sciogliere l'intenso legame affettivo che la lega a Breuer. Dall'altro lato risulta evidente che esiste un nesso tra la reazione comprensibile di Breuer e la mancata guarigione di Anna: lo spavento e la fuga di Breuer costano ad Anna un nuovo, prolungato periodo di malattia.

Perché tanto spavento e la seguente fuga da parte di Breuer? Solo per un esplosivo, improvviso e così dirompente transfert o è possibile ipotizzare qualcosa di diverso? Un coinvolgimento eccessivo? Un controtransfert? Anna O.: “Però, se io fantastico, tu, dimmi, cosa tieni nei sogni nascosto, cosa nasce, in te, che non vuoi far passare alla storia di una scienza nuova che stiamo inventandoci insieme?”; “Allucinavo di essere incinta di te. Tu ti spaventasti di un sogno. Io ci sarei impazzita. Non per la mia allucinazione; per la tua paura, che me la faceva apparir ‘vera’”; “Chiamalo sogno, chiamalo come vuoi. Ma è un'immagine viva che non ha riposo. In fondo è un sogno anche un pò ‘autorizzato’. Perché l'amore tuo per me non è follia, non fu allucinazione che tu mi amassi solo perché non l'hai detto.” (Badii, 1989, in Giubbolini e Carlesi, 1997, p. 4).

Sembra evidente dalle sue stesse parole che sia stata la paziente stessa la prima ad intuire l'esistenza di quel fenomeno che sarebbe stato definito molto più tardi controtransfert, a

cogliere il nocciolo della questione, con una chiarezza ed una lucidità disarmanti rispetto alla confusione e alla paura del “professionista” davanti al suo stesso turbamento interiore: Breuer fugge apparentemente da quell’amore ammalato di Anna, ma sembra fuggire anche, e soprattutto, dal proprio amore per lei.

FREUD

Freud, che nel 1877 frequentava il laboratorio di istologia e fisiologia di Ernst Brücke, conobbe qui Breuer che suscitò la sua curiosità con la storia della giovane donna: nel 1893 pubblicarono assieme un lavoro sull’isteria, dal titolo *Meccanismo psichico dei fenomeni isterici*, che viene oggi considerato il primo mattone dell’edificio psicoanalitico.

Nel 1895 completarono gli *Studi sull’isteria* e nell’ambito di questo, alla ristampa della *Comunicazione preliminare*, faceva seguito il caso clinico *Signorina Anna O.*, a firma del solo Breuer. Infatti Freud discusse il caso di Anna O. nella prima delle *Cinque conferenze sulla psicoanalisi* nel 1909 a Boston, limitandosi a descrivere il caso senza fare commenti sulla reazione di Breuer alla traslazione erotica della paziente.

Anche lui, infatti, seppure con un impatto meno violento, era rimasto scosso e perplesso davanti a particolari manifestazioni delle sue pazienti:

“Una delle mie pazienti (...) un giorno in cui la liberai dalla sua sofferenza (...) svegliandosi dal sonno ipnotico mi gettò le braccia al collo.” (Freud, 1924, in Giubbolini e Carlesi, 1997, p. 5). Anche lui aveva deciso di interrompere il trattamento ipnotico. Freud sembra fuggire dinanzi ai sentimenti delle sue pazienti, ma sembra anche capire che tali sentimenti possano essere riferiti sia al terapeuta in quanto persona, sia ad un’altra persona significativa appartenente al passato del paziente. Sposta, dunque, l’attenzione sul transfert, del quale riafferma la centralità come prodotto del paziente e ripropone l’idea del medico-vittima che passivamente subisce un assalto amoroso del quale non è in alcun modo responsabile.

Nell’ottobre del 1900 il 45enne Freud prese in cura una giovane paziente, Dora di 18 anni. La

terapia di Dora durò solo undici settimane poiché fu la paziente stessa ad interrompere il trattamento analitico. Dora, figlia di un facoltoso imprenditore, a otto anni aveva cominciato a soffrire di dispnea cronica e a dodici anni erano apparsi attacchi di tosse nervosa ed emicranie. A partire dai sedici anni l’emicrania era scomparsa, ma i disturbi respiratori si erano aggravati e si manifestavano in attacchi della durata di settimane o mesi, durante i quali la ragazza era anche colpita da una completa afonia. Al momento di iniziare l’analisi, il quadro clinico generale era caratterizzato da depressione, irritabilità e idee di suicidio.

Il rapporto terapeutico tra Freud e Dora può essere definito come un lungo ed appassionato dialogo sull’amore e sulla seduzione, e ciò “nel senso della realtà psichica è una seduzione, poiché parlare di seduzione è seduzione.” (Neyraud, 1974, in Giubbolini e Carlesi, 1997, p. 6).

È stato sottolineato come la relazione “amorosa” tra Freud e Dora si sia sviluppata con reciprocità; è stato anche osservato come la peculiare situazione amorosa creatasi nel contesto della relazione terapeutica abbia permesso a Freud di immergersi quasi totalmente in ogni più recondito aspetto della personalità di Dora: ciò gli consentì di ottenere una comprensione ineguagliabile, poiché ogni singolo aspetto della vicenda della ragazza attrasse il suo interesse e la sua attenzione, facendo assumere a tutto un significato nuovo ed unico. Questo portò ad un’intensità e bramosia interpretativa così profonda e sviscerante che causò, probabilmente, l’interruzione della terapia; “passione interpretativa” conseguenza diretta, in termini di sublimazione, della “passione amorosa” di Freud, che non si esaurisce con la fine del rapporto, dato che egli scrive il caso di Dora nel gennaio del 1901, nei giorni cioè immediatamente successivi alla rottura.

È proprio questo interesse da parte di Freud – che noi vogliamo iniziare a chiamare qui “amore di controtransfert” – a permettere la scoperta del transfert e dell’importanza di questo ai fini della terapia.

Il concetto di transfert era stato definito una prima volta negli *Studi sull’isteria* (1892-95); ma è

proprio a proposito di Dora e del suo caso che il fenomeno viene ulteriormente elaborato: dopo la terapia di Dora, infatti, il transfert, da grave ostacolo al trattamento analitico, verrà rivalutato come il migliore alleato terapeutico ed è in questa circostanza che il medico, per la prima volta, interverrà nell'ambito del lavoro di analisi come oggetto interno ad essa.

È stato osservato come all'annuncio di Dora di voler interrompere il trattamento analitico Freud abbia risposto con strana e apparente indifferenza:

“Sa dottore che oggi è l'ultima volta che sono qui?”

“Non posso saperlo, perché non me l'ha mai detto... Sa bene che è sempre libera di smettere...” (Freud, 1901, in Giubbolini e Carlesi, 1997, p. 6).

Sembrano parole vuote, fredde, distaccate, di totale indifferenza: dalle parole il sentimento è totalmente bandito.

Per Dora si ripresentò la stessa situazione che l'aveva portata in terapia: l'amore per lei del signor K. (l'amore per lei di Freud); l'apparente rifiuto della giovane (lo schiaffo al signor K., l'interruzione dell'analisi con Freud); l'ostentata reazione di indifferenza del signor K. e di Freud.

E così Dora si allontanò dal suo terapeuta.

Si ripresentò però dopo un anno per chiedergli di nuovo il suo aiuto per una intensa nevralgia facciale (sintomo che aveva una precisa relazione, come sottolinea anche Freud stesso, con la precedente interruzione del trattamento e con le particolarità della relazione terapeutica): “ma mi bastò guardarla in volto per capire che questa richiesta non andava presa sul serio.” (Freud, 1901, in Giubbolini e Carlesi, 1997 p. 7).

In realtà quella volta ella si presentò di sua iniziativa, mentre la prima volta era stato il padre a richiedere l'intervento e questo rende la sua richiesta d'aiuto da non sottovalutare. Ma Freud la rifiutò. Così come Dora era in precedenza fuggita da Freud, sembra essere adesso lo stesso Freud a fuggire da Dora, in ciò ripetendo la reazione di Breuer.

Freud conclude la descrizione del caso così: “Promisi comunque di perdonarla per avermi privato della soddisfazione di guarirla

radicalmente” (Freud, 1901, in Giubbolini e Carlesi, 1997, p. 7).

All'occultamento tentato da Breuer (assenza della gravidanza isterica nella cartella clinica) si aggiunge, direttamente nella letteratura, un comportamento simile di Freud e dell'intero movimento psicoanalitico attraverso una “censura” durata anni relativa al controtransfert (come abbiamo visto, Freud ne parla solo a partire dal 1914, costretto dagli eventi, che gli impediscono ormai la possibilità di continuare a negarne l'esistenza).

Infatti nel 1932 Freud scrive a Stefan Zweig di aver completamente dimenticato per molto tempo la gravidanza immaginaria di Anna O.; ma sempre maggiori notizie di sentimenti amorosi generati dalle situazioni di terapia e di relazioni amorose messe in atto tra analista e paziente ‘costringono’ Freud alla consapevolezza a lungo evitata: “il ritardo con cui (Freud) prese coscienza della potenzialità diffusa dell'amore di transfert dà una misura del potere e della minaccia che racchiudeva allora e che continua a racchiudere oggi” (Spector Person, 1993, in Giubbolini e Carlesi, 1997, p. 7). Ecco perché Freud nel 1914 scrive nelle *Osservazioni sull'amore di transfert* un inquadramento teorico al controtransfert, legittimando la fuga da esso; la fuga porta alla necessaria condizione di indifferenza: “Ritengo quindi che non si debba nascondere l'indifferenza che si è acquisita trattenendo il controtransfert” (Freud, 1914, in Giubbolini e Carlesi, 1997, p. 7).

È questa una delle rare occasioni nelle quali Freud menziona esplicitamente il controtransfert, affrontandolo e gestendolo in maniera davvero semplicistica: la necessità affermata da Freud di cancellare, sino appunto all'indifferenza, ogni traccia di controtransfert deriva, evidentemente, dall'ideale scientifico positivistico di obiettività totale, da sempre inseguito da Freud (non dimentichiamo che aveva lungamente frequentato il laboratorio di istologia e fisiologia di Ernst Brücke, acquisendo basi nettamente scientifiche), il quale trova la sua espressione proprio nel distacco personale. L'indifferenza propugnata da Freud è, infatti, una condizione di “assenza affettiva”, e nel contesto di un discorso sull'amore, “indifferenza” significa proprio

“indifferenza” con conseguenti frustrazione e dolore.

Dopo oltre trent’anni dalla storia di Anna e dopo vent’anni dalla pubblicazione degli *Studi sull’isteria*, si continuerà a sostenere che l’*untoward event* (il contrattempo) si trova nella gravidanza isterica e nella follia amorosa del transfert: “proprio il verificarsi del transfert ha rallentato (...) lo sviluppo, nel suo primo decennio, della terapia psicoanalitica” (Freud, 1914, in Giubolini e Carlesi, 1997, p. 4).

JUNG

Andiamo adesso a vedere in che modo ha reagito al suo “primo amore di controtransfert” un altro dei maggiori esponenti della psicoanalisi, Carl Gustav Jung.

Nel 1977 sono stati ritrovati dei documenti che chiariscono i significati di una complessa vicenda fino ad allora poco nota, che ha coinvolto anche Sigmund Freud. Si tratta di un affair sviluppatosi nei primi anni del ‘900 tra Sabina Spielrein e Jung (Séchaud, 1995). Sabina nacque nel 1885 a Rostov sul Don, in una famiglia ebrea della ricca borghesia russa. Il padre era un commerciante mentre la madre, casalinga, aveva ricevuto un’istruzione universitaria. Sabina era la primogenita di altri quattro fratelli e dopo la morte di una sorella rimase l’unica figlia femmina. Da bambina, verso il terzo e il quarto anno di vita, cominciò a trattenere le feci a tal punto che, servendosi del calcagno per occludere l’ano, impediva la defecazione anche per due settimane. Il suo mondo era connotato prevalentemente dalla funzione anale: a tavola per esempio non riusciva a non immaginare i presenti impegnati nell’atto della defecazione. Successivamente nei confronti del padre sviluppò un’intensa attrazione sessuale che si manifestava alla vista delle mani del genitore. La situazione mostrò un peggioramento con il trascorrere del tempo: infatti verso i diciotto anni non riuscì più a sostenere il confronto, anzi, lo sguardo con nessuno. Con il peso di questi gravi problemi psichici, ella riuscì ugualmente a frequentare con profitto un liceo femminile. A 19 anni, una volta conseguita la maturità, i genitori decisero

di condurla a Zurigo perché potesse essere curata. Qui venne ricoverata al Burghölzli, un noto ospedale psichiatrico, dove incontrò Jung, il medico che si sarebbe occupato di lei. Egli era un giovane psichiatra di 29 anni, molto brillante, che si interessava dell’interpretazione dei sogni e conduceva ricerche sperimentali sull’associazione delle parole. Lei divenne il suo primo caso.

La cura fece nascere tra i due un’intensa passione, di cui sarebbe stato reso partecipe Freud; la storia tra Jung e Sabina avrebbe avuto conseguenze molto importanti per la psicoanalisi, in particolar modo per ciò che riguarda la concettualizzazione del controtransfert.

La terapia di Sabina iniziò nel 1904 e proseguì negli anni successivi. Dimessa dalla clinica psichiatrica, la paziente venne seguita privatamente da Jung. Dopo un lungo periodo di intenso malessere, sin dal 1906 le condizioni della giovane sembrarono migliorare molto; in quello stesso anno Jung, pur senza nominarla, informò Freud di avere in cura una studentessa russa, affetta da isteria, che trattava con il metodo da lui introdotto. Successivamente, durante il 1° Congresso Internazionale di Psichiatria e Neurologia del 1907, Jung parlò di questo caso nella sua relazione come di “isteria psicotica”.

Su consiglio di Jung, Sabina si iscrisse alla Facoltà di medicina di Zurigo dove avrebbe conseguito la laurea nel maggio del 1911, presentando una tesi sulla schizofrenia (preparata con Jung stesso) dal titolo *Il contenuto psicologico di un caso di schizofrenia*.

Nella primavera del 1908 iniziò la storia d’amore tra Sabina e Jung, destinata ad interrompersi dopo poco più di un anno, per divenire in seguito un rapporto di tipo prettamente professionale.

Sabina accarezzava il sogno di poter avere un figlio da Jung a coronamento di quella passione. Egli nutriva la stessa fantasia, ma l’avrebbe presto sublimata dando alla luce un figlio con la moglie Emma.

Fu proprio Emma Jung ad informare Freud e la madre di Sabina della relazione tra lei e suo marito. Jung iniziando allora a temere lo scandalo e le ripercussioni di questo sulla sua

vita privata e professionale si ritirò in maniera non molto dignitosa. Scrisse a Freud: “Una paziente che anni or sono ho strappato ad una gravissima nevrosi ha deluso la mia fiducia e la mia amicizia nel modo più offensivo (...) Mi ha provocato un terribile scandalo unicamente perché ho rinunciato al piacere di darle un figlio” (Freud-Jung, 1906-1913, in Giubbolini e Carlesi, 1997, p. 12).

È a questa lettera che è indirizzata la celebre risposta di Freud: “Anche a me è arrivata notizia di quella paziente che Le ha insegnato la gratitudine nevrotica dell’amante disprezzata. Essere calunniati e rimanere scottati dall’amore con cui operiamo, sono questi i pericoli del nostro lavoro, a causa dei quali però non abbandoneremo certo la nostra professione” (Ibidem).

Il risveglio di Sabina fu dunque doloroso, ben oltre ogni immaginazione; ella rimase sbalordita nell’apprendere il contenuto della lettera. Nel Giugno 1909 si formò un particolare “triangolo” epistolare ed emotivo: per cercare di capire e nel tentativo di padroneggiare la passione che ancora la agitava, scrisse a Freud chiedendogli un incontro. Freud rispose alla lettera, chiedendole il motivo della sua richiesta; contemporaneamente, scrisse anche a Jung, al quale chiese chiarimenti sulla ragazza. Jung rispose, ancora una volta mentendo, di essere vittima di un tentativo di seduzione, calunniato da chi cercava solo vendetta: “Essa aveva naturalmente programmato di sedurmi, cosa che io consideravo inopportuna. Ora sta maturando la sua vendetta. Recentemente ha sparso la voce che entro poco tempo divorzierò da mia moglie e sposerò una certa studentessa, cosa che ha suscitato agitazione presso alcuni miei colleghi. Non so cosa abbia in mente ora: niente di buono a quanto presumo. Penso che voglia abusare di Lei coinvolgendola in un tentativo di mediazione.” (Jung, 1909, in Ceccarelli, 2003).

È nella risposta di Freud a questa lettera di Jung che, per la prima volta, compare il termine controtransfert: “Si diviene maestri nel padroneggiare il controtransfert, nel quale ogni volta ci si viene a trovare, e si impara a piazzare correttamente i nostri affetti” (Freud-Jung, 1906-1913, in Giubbolini e Carlesi, 1997, p. 12).

Così Freud dava un nome a quello che stava succedendo: ciò che aveva sommerso Jung, il quale si dibatteva tra violenza, contraddizioni, menzogne e tradimenti, era il controtransfert.

Mentre Jung parlava di “una rotella imprevista” e sottolineava il carattere di sorpresa legato a ciò che gli era accaduto, Freud, che non a caso, poco dopo, avrebbe pubblicato *La dinamica del transfert* (1912), scrivendo tutto l’essenziale sull’argomento, mostrava di conoscere già le profonde dinamiche che si agitano nella relazione analitica.

Il termine controtransfert in realtà sembrerebbe mistificare l’aspetto veramente scandaloso della faccenda e cioè il fatto che Jung abbia risposto all’amore di transfert di Sabina con atti amorosi. In questo senso si dovrebbe parlare di amore di controtransfert, poiché il solo termine controtransfert giustifica l’analista che ama la propria paziente facendo apparire come colpevole quella che in realtà è la vittima, ossia la paziente stessa, e come vittima l’autore del misfatto (ovvero il terapeuta).

D’altra parte però la vicenda Jung-Spielrein solo in parte può essere definita e descritta dalla dizione amore di controtransfert, dal momento che non può essere definito amore ciò che è anche menzogna, contraddizione e violenza.

Il triangolo Freud-Jung-Spielrein non è altro che un “esempio della complicità tra due uomini coalizzati contro una donna che ha seguito i propri sentimenti e, allo stesso tempo, un esempio della vicinanza tra scienza e cinismo” (Cremerius, 1988, in Giubbolini e Carlesi, 1997, p. 13). Non dobbiamo dimenticare, infatti, che in quegli anni, Freud ed i suoi collaboratori stavano edificando, sulla loro pelle (e su quella dei loro pazienti) in modo non molto diverso da quello con cui si edifica la scienza medica, la psicoanalisi, le sue regole, il suo armamentario clinico e metodologico e, aspetto non di poco conto, erano al contempo impegnati a difendersi dagli attacchi feroci del mondo accademico.

Le tre storie citate (di Anna, Dora e Sabina) hanno in comune non soltanto la seduzione, ma soprattutto il successivo abbandono da parte del ‘terapeuta-oggetto del desiderio’. Da queste narrazioni emergono le difficoltà che possono presentarsi quando ci si trova invischiati in situazioni altamente coinvolgenti, alimentate da

spinte pulsionali dovute alla riattivazione inconscia, dunque non controllabile, di nuclei conflittuali. Il nocciolo della questione rispetto alla corretta comprensione del transfert e del controtransfert sarebbe da ricondurre alla mancanza di presa d'atto, durante un'analisi personale accurata, dell'aspetto inconscio di tali fenomeni. Non a caso lo stesso Freud sottolineò l'importanza di effettuare un lavoro psicoanalitico personale nel momento in cui si volesse esercitare la professione.

Potrebbe essere di conforto a tanti giovani professionisti ricordare come anche coloro che sarebbero entrati a far parte della storia della scienza psicologica si siano trovati ad affrontare, nel corso della loro esperienza professionale, momenti di grande tensione e difficoltà e abbiano commesso gravi errori.

Breuer fugge di fronte ad Anna, Freud rifiuta Dora, Jung nega il proprio amore per Sabina. In ognuna di queste vicende vi è una promessa non mantenuta, un proporre, in maniera più o meno consapevole, il proprio amore per poi tirarsi indietro, impauriti, di fronte all'amore ed al tentativo di seduzione messo in atto dall'altro.

Riassumendo, in queste tre situazioni non è tanto importante il fatto che la seduzione si sia espressa o meno in un agito sessuale, ma l'aspetto centrale della vicenda è piuttosto l'angoscia di sedurre o di essere sedotti. In base a quanto detto finora, potremmo quindi affermare che il concetto di neutralità, tanto ostentato dagli psicoanalisti, non sia altro che un meccanismo di difesa di fronte all'angoscia di seduzione.

Da ostacolo a strumento per la terapia

A partire dagli anni '50 si assiste ad un radicale cambiamento di prospettiva: anziché come un ostacolo alla terapia, il controtransfert inizia ad essere considerato come uno strumento di indagine privilegiato e prezioso per la comprensione di ciò che accade nel processo analitico; ciò diviene la premessa essenziale per attribuire ad esso la funzione di strumento terapeutico (insieme all'interpretazione) e per sancire l'apertura ad una visione del rapporto analitico come esperienza relazionale.

Il contributo teorico di Paula Heimann (1950), inaugura un nuovo filone di analisi del problema. Il controtransfert viene trattato non unicamente come reazione negativa dell'analista ai vissuti del paziente, ma piuttosto come l'insieme dei vissuti emotivi che il paziente evoca nell'analista che rappresentano un indizio utile a comprendere i vissuti profondi del paziente e il processo analitico in corso. Nell'articolo *Sul controtransfert* (1950), la Heimann sostiene, infatti, che molti analisti hanno paura di provare dei sentimenti nei confronti dei loro pazienti per paura di allontanarsi dall'ideale interiorizzato di "analista specchio" che mantiene un atteggiamento neutrale. Invita piuttosto a percepire, riconoscere e non reprimere tali sentimenti perché sono fondamentali per la comprensione di cosa il paziente vuole comunicare inconsciamente. Come diceva Freud, riconoscere e padroneggiare il controtransfert è un'operazione indispensabile per non agire i sentimenti che l'analista prova, ma contenerli ed essere capace di osservarli ed interpretarli alla luce del processo in atto, nel calore della relazione. Per fare questo, l'analista deve risolvere i propri conflitti con l'analisi personale per riconoscere questi sentimenti e non attribuirli al paziente, rischiando di comprendere in modo distorto quanto questo cerca di comunicare.

Racker (1960) descrive i meccanismi del controtransfert mettendone in risalto il significato di correlazione con il transfert del paziente e l'impiego come strumento per comprenderlo. Egli individua il meccanismo base nell'identificazione. Questa specificazione pone le basi per un'analisi degli aspetti relazionali del fenomeno in questione. Ne distingue due tipi rispetto alla dinamica (complementare e concordante) e due tipi rispetto all'intensità (pensieri o posizioni); ne spiega poi la dialettica, mettendo in evidenza come esso possa essere sia un "ostacolo", sia uno "strumento" e come possa influenzare la relazione analitica. Il controtransfert, secondo Racker, deve essere usato come strumento (1960), anche se è intenso e rischia di disturbare il processo, poiché le caratteristiche specifiche dei meccanismi controtransferali ci fanno risalire a specifiche conoscenze sul paziente.

Occorre mantenere una giusta distanza dai sentimenti controtransferali che non bisogna reprimere, ma nei quali non bisogna affogare. A tal proposito già Winnicott (1949) aveva sostenuto che vi sono pazienti che suscitano sentimenti negativi di odio intenso derivanti dall'effettivo carico emozionale che il paziente stesso richiede. In questi casi, Winnicott sostiene che l'analista deve essere capace di sopportare, contenere la tensione senza che il paziente se ne accorga; descrive, inoltre, due importanti aspetti del controtransfert: uno riguarda i sentimenti di controtransfert anomali, vale a dire quelle identificazioni stabilmente rimosse dell'analista che dovrebbero comportare una ripresa dell'analisi personale; l'altro riguarda invece quelle identificazioni e tendenze collegate alle esperienze personali dell'analista che forniscono le condizioni positive per il lavoro analitico e che qualitativamente lo connotano, rendendolo unico. Ancora, Winnicott (1969) sottolinea come il controtransfert debba essere messo in relazione all'atteggiamento professionale che l'analista deve riuscire a mantenere nei confronti del paziente. L'atteggiamento professionale non deve però derivare da difese, inibizioni e pignolerie ossessive che invece finiscono col creare pressioni, col diminuire la capacità di affrontare il lavoro analitico, col disturbarne il suo corso. Per tali ragioni, è indispensabile per l'analista un'analisi personale volta a risolvere i conflitti più arcaici, che riemergono specie con i pazienti più difficili, e a rafforzare l'Io.

Leon Grinberg (1958) fornisce ulteriori possibilità di analisi di alcuni aspetti della relazione analitica. Egli mette in guardia l'analista dalle violente identificazioni proiettive di alcuni pazienti, in special modo quelli con personalità borderline e narcisistiche, descrivendo la reazione di controidentificazione proiettiva distinguendola dalla reazione di controtransfert. Il controtransfert deriva principalmente dai conflitti personali dell'analista, la controidentificazione proiettiva è una risposta inconscia dell'analista che dipende dalle intense e violente identificazioni proiettive del paziente. Essa ha, come conseguenza, quella di interrompere la comunicazione tra l'inconscio dell'analista e

quello del paziente e si caratterizza per il suo essere indipendente dai conflitti personali dell'analista. Mentre nel controtransfert la risposta al paziente è del tutto personale, nel caso della controidentificazione proiettiva diversi analisti risponderanno allo stesso modo allo stesso paziente. Emerge come, attraverso questi contributi che prestano attenzione all'analisi degli aspetti relazionali del controtransfert, esso venga accostato al meccanismo dell'identificazione proiettiva.

La definizione primaria di identificazione proiettiva viene data da Melanie Klein (1946), tuttavia anche le teorizzazioni intorno a questo concetto si evolvono verso un'ottica più relazionale, spostando gradualmente il fattore fondamentale della relazione psicoanalitica dal transfert al controtransfert. Secondo la Klein (1946), l'identificazione proiettiva si configura come un meccanismo impiegato dalla psiche per liberarsi di quelle parti scisse che l'Io rifiuta in sé, prodotte dalla sua distruttività che genera l'illusione di realizzare una sorta di controllo onnipotente sull'oggetto, allo scopo di negare la mancanza di potere su di esso.

Le successive revisioni di Bion, Rosenfeld e Ogden, contribuiscono, altresì, ad una progressiva definizione dell'identificazione proiettiva come un meccanismo relazionale. Questi autori prendono in considerazione il fatto che l'identificazione proiettiva è una modalità di comunicazione inconscia che costituisce un aspetto essenziale dello sviluppo normale, pertanto, si riconosce nella comunicazione preverbale e verbale.

La comunicazione degli elementi emotivi, trasmessi attraverso parole e segni, danno significato alla relazione poiché essa stabilisce delle correlazioni tra fenomeni così da poterli esprimere in un enunciato (Bion, 1959). Essa, inoltre, non è solo una fantasia inconscia ma anche una forma di interazione interpersonale caratterizzata dalla manipolazione di una persona da parte di un'altra. È la forma più importante di comunicazione tra terapeuta e paziente.

Rosenfeld (1980), tra i primi a dedicarsi alle applicazioni cliniche della teoria sull'identificazione proiettiva alla schizofrenia, la considera come una modalità di comunicazione che subentra alla consueta e più

logica comunicazione verbale con il rischio, se eccessiva, di interromperne il flusso e di ostacolare la capacità di pensiero verbale e astratto, portando ad una concretezza dei processi psichici che provoca confusione tra realtà e fantasia (Rosenfeld, 1980).

Ogden (1991) considera l'identificazione proiettiva come una formulazione ponte che consente di descrivere l'interazione tra l'intrapsichico e il mondo esterno. Essa è un processo complesso che assume contemporaneamente diverse funzioni:

- di difesa, funzionale a distanziare aspetti indesiderati del Sé;
- di comunicazione, atta a indurre nell'altro il sentimento provato da chi proietta col fine ultimo di stimolare nell'altro la comprensione;
- come forma di relazione oggettuale primitiva che costituisce un modo di rapportarsi ad un oggetto vissuto come parzialmente separato;
- come strada verso il cambiamento psicologico mediante la quale l'elaborazione di quei sentimenti di cui ci si vuole sbarazzare vengono preparati, in una forma mutata, per la reinteriorizzazione.

Una novità delle tesi sul controtransfert degli anni cinquanta (Heimann, 1950; Racker, 1951), era l'idea che questo rappresentasse, nella situazione analitica, l'intera risposta emotiva (quindi tutti i sentimenti e le fantasie) dell'analista al paziente. Si andava così verso una concezione dove tutti i sentimenti provati dall'analista erano ammessi. Ci si avvicinava un po' anche all'idea che quello che avviene nella stanza d'analisi è tra due persone e che entrambe vi partecipano con i propri sentimenti. L'altra novità riguardava il controtransfert come creazione del paziente (Heimann, 1950), effetto del transfert, quindi utilizzabile come fonte di informazione sull'assetto mentale del paziente stesso. Il passo avanti di questa concezione è senz'altro rappresentato dal fatto di accettare pienamente il controtransfert come fenomeno. L'analista ha sentimenti ed emozioni sempre e con ogni paziente e con questi sentimenti deve in qualche modo fare i conti. Il passo indietro, per così dire, è pensare che l'analista possa

funzionare soltanto da recettore alle proiezioni del paziente. Questa un po' ripropone la visione dell'analista specchio, nel senso che i sentimenti provati non oscurano più la mente dell'analista, possono essere compresi, gli si attribuisce un'origine e possono essere utilizzati per interpretare (Turillazzi Manfredi, 1994). L'interpretazione in questo caso, però, segue un po' troppo da vicino la comparsa del fenomeno. Detto in un linguaggio un po' più crudo, l'analista non li riconosce come suoi e può rinviarli al mittente. D'altra parte qualunque cosa il paziente provochi dentro il terapeuta, non potrà mai essere totalmente una creazione del paziente perché il modo in cui l'analista risponderà sarà comunque legato al suo funzionamento mentale. Nel senso che ognuno di noi risponde con quello che ha (Turillazzi Manfredi, 1994). In certi momenti dentro di noi, come terapeuti, possiamo trovare una gamma di sentimenti che possono apparirci innaturali, che magari violentemente si impongono alla nostra coscienza. Tutto questo provocherà una nostra personale reazione verso questi sentimenti. Tale reazione è la parte più umana di tutto il processo, perché dipende dalla personalità del terapeuta, dalla sua storia, dal tipo di rapporto che ha con se stesso. In questo emerge il terapeuta come persona.

Molti altri autori si sono poi interessati all'argomento, ma dobbiamo arrivare a un tempo recente per avere un contributo ancora più rilevante: con il concetto di rêverie, quella fondamentale funzione con la quale madre e bambino, come analista e paziente, entrano in contatto ai livelli più primitivi della loro natura psichica, Bion (1962; 1963; 1970) ha posto l'attenzione sul saper stare insieme di due diverse menti, all'unisono, comunicandosi e sperimentando l'una gli affetti dell'altra e rilevando quindi l'importanza della capacità di ricevere e di trasmettere il messaggio affettivo, anche attraverso il valore comunicativo dato alla nozione di identificazione proiettiva, e propone una comprensione più intuitiva di quello che succede durante l'incontro terapeutico.

Sulla base del concetto di campo bipersonale e delle riflessioni di Bion su contenuto e contenitore (come la paura del contenuto da parte del contenitore) vengono formulati tre

postulati interazionali inerenti al controtransfert che considerano l'importanza di un adeguato e pieno processo di ascolto, di una metodologia clinica convalidata e di una conoscenza di sé nell'applicare questi concetti inerenti il controtransfert nel contesto clinico e, in senso più ampio, nell'espansione della conoscenza psicoanalitica.

- Postulato 1: Come dimensione del campo bipersonale, il controtransfert (nonché il non-controtransfert) è un prodotto interazionale con vettori provenienti sia dal paziente che dall'analista.

- Postulato 2: Le fantasie inconsce di controtransfert dell'analista e i meccanismi interazionali influenzeranno le sue tre maggiori funzioni nei confronti del paziente: la sua gestione del contesto e la capacità di sostenere il paziente; la sua capacità di contenere e metabolizzare le identificazioni proiettive; il suo fare da interprete delle associazioni simboliche del paziente, delle sue identificazioni proiettive e dei suoi tentativi di distruggere il significato.

- Postulato 3: I controtransfert hanno una significativa influenza sulle proprietà comunicative del campo bipersonale, nonché sullo stile di comunicazione sia dell'analista che del paziente.

Queste nuove impostazioni hanno dato dunque il senso di circolarità della relazione riequilibrando i due componenti della coppia impegnati in un'esperienza quindi di scambio e hanno contribuito a spostare maggiormente l'attenzione dall'aspetto causale a quello dei significati e delle comunicazioni, forse al passo con i tempi della scienza e della rivoluzione informazionale e a inserire, anche in questo campo, un concetto di logica informatica di rapporti, diversa rispetto alla logica tradizionale, che Bateson (1972) propone di definire ecologica, comunque multidimensionale.

Strumenti di misurazione e valutazione della relazione terapeutica

Riportare e schematizzare le esperienze controtransferali non rende giustizia alla complessità di questi fenomeni, spesso è un modo parziale, difficile da usare direttamente

nella terapia, a volte ambiguo e difficile da omologare.

In realtà ultimamente si assiste a un sempre maggior interesse, da parte soprattutto di chi crede alla ricerca empirica in questo campo, nei riguardi di quello che succede nella mente del terapeuta, nel senso del suo funzionamento mentale, come importante variabile nel processo terapeutico, di che cosa viene trasmesso al paziente e di che cosa se ne fanno l'uno e l'altro di tutto ciò che reciprocamente si rimandano in questo continuo scambio, utilizzando come modalità di indagine soprattutto questionari, intendendo con questo liste di domande volte al terapeuta riguardo ai suoi sentimenti e ai suoi vissuti, o volte al paziente perché valuti dal suo punto di vista l'efficacia della terapia e del terapeuta; spesso somministrati all'inizio del trattamento sono ora considerati importanti elementi predittivi dell'efficacia terapeutica. L'obiettivo è quello di una miglior comprensione delle operazioni mentali del clinico, durante il processo psicoterapeutico con un singolo paziente; in particolare si propone di studiare empiricamente le valutazioni di un particolare psicoterapeuta nei riguardi di un particolare paziente, così come si presentano all'inizio del trattamento e come queste si evolvono e cambiano dopo un anno di terapia.

Le conclusioni sono state, a livello empirico, relative all'importanza dell'atteggiamento controtransferale sia nel progetto, sia nelle indicazioni terapeutiche, sia nella possibilità di influire sui cambiamenti strutturali del paziente; relative a quanto, più o meno consciamente il contenuto stava nella mente del terapeuta già all'inizio del trattamento e quanto influiva il suo personale coinvolgimento. È stato valutato infine, un anno più tardi, se, come e quanto le disposizioni iniziali abbiano influito sull'andamento del processo terapeutico.

Il controtransfert in relazione alla personalità dell'analista è stato messo in luce in uno studio di Kernberg (1984), che introduce la prospettiva di poter intendere questa relazione nei termini di una serie di centri concentrici: "dal controtransfert inteso, in modo ristretto, come reazione inconscia dell'analista al transfert del paziente si passa, estendendone il

significato, a un cerchio più allargato che comprende le reazioni totali conscie e inconscie dell'analista al paziente e poi a un altro cerchio ancora più esteso che include, in aggiunta, la specifica abituale reazione di ogni particolare terapeuta ai vari tipi di pazienti, che include cioè le disposizioni e manifestazioni controtransferali così definite e i tratti generali di personalità dell'analista" (pp. 264-265).

In linea con questo interessante e utile approccio e riprendendo la terminologia e le suddivisioni di Racker, di cui abbiamo accennato nella prima parte, un altro importante studio è stato condotto da Normandine e Bouchard (1993). Vengono qui distinte tre tipologie di attività controtransferali così denominate: "Objective-Rational" (oggettivo-razionale), "Reactive" (reattiva) e "Reflective" (riflessiva), quest'ultima poi ulteriormente suddivisa in "Emerging type", "Immersion type", "Elaboration type" e "Intervention-oriented type". In base a queste categorie è stata messa a punto una scala di valutazione: la "Countertransference Rating Scale (CRS)".

Sempre seguendo le indicazioni di Racker (1968), viene fatta la distinzione fra tre specifici livelli di complessità o gradi di investimento, in cui il controtransfert trova la sua espressione: "countertransference thoughts" (pensieri controtransferali), "countertransference positions" (posizioni controtransferali) e, infine, "dynamic transference-countertransference" (dinamica transfert-controtransfert) a seconda di quanto l'Io o il Sé del terapeuta è coinvolto nell'esperienza. Gli autori prendono in considerazione, in questo lavoro, i primi due livelli, che definiscono reciprocamente "microscopic" (microscopico) e "macroscopic" (macroscopico), mentre per quanto riguarda il terzo, che rappresenta il più alto e complesso grado di integrazione reciproca tra terapeuta e paziente, si riferisce allo spazio terapeutico e rispecchia la successione dei movimenti transferali e controtransferali, ma che qui non è oggetto di studio.

Il CRS è stato applicato alle reazioni, spontaneamente scritte, di 45 terapeuti esperti (10 anni e più) e di 45 terapeuti non esperti (1 anno), appartenenti a tre diversi orientamenti (psicodinamico, umanistico e cognitivo-

comportamentale), alle interazioni paziente-terapeuta relative a due esempi clinici. Sono poi stati valutati i risultati in base a queste variabili e vagliata la validità, riguardo all'utilizzo delle diverse tipologie di attività controtransferali, sopra descritte, a seconda del grado di esperienza del terapeuta. Il CRS si rivela qui come un utile strumento di misurazione empirica di alcuni aspetti del controtransfert e merita quindi ulteriori approfondimenti. Altri studi hanno sottolineato l'importanza dei processi affettivi controtransferali, per esempio in relazione all'aspetto diagnostico: in uno studio del 1997 sulle personalità con tratti schizoidi, Lieberz e Porsch mettono in relazione il legame tra paziente e terapeuta con la diagnosi e sostengono che i processi controtransferali potrebbero essere considerati come un potente criterio che in modo specifico aumenta la validità della diagnosi. Tra i più autorevoli autori e capostipiti della ricerca empirica in questo campo vorremmo citare Luborsky (1977), che con il metodo del Tema Relazionale Conflittuale Centrale ("The Core Conflictual Relationship Theme", CCRT) ha offerto una possibilità di identificare e valutare i fenomeni transferali in modo oggettivo, e Dahlbender e al. (1998) con la nuova versione strutturale dello stesso "The Connected Central Relationship Patterns (CCRP)".

Dalla letteratura emerge inoltre il valido contributo di altre scale di valutazione quali la "Therapist Intervention Rating System (TIRS)" messa a punto da Piper et al. (1987) e delle scale usate come strumento di misura dell'alleanza terapeutica di cui Mazzucchelli e Ritorto (1996) riassumono le più significative, poiché comunque, il loro utilizzo, soprattutto in paesi stranieri dove la ricerca empirica in psicoterapia è effettivamente più avanzata che in Italia, sottolinea l'importanza che può avere, nella valutazione del processo-esito, la possibilità di misurare in qualche modo la relazione e come entrambi i componenti della coppia utilizzano questa occasione esperienziale di sé con l'altro e di entrambi con questo "nuovo altro" rappresentato dal loro lavoro insieme. "I processi interpersonali psicoterapeutici in termini di qualità della relazione paziente-terapeuta", come riferisce Crits-Christoph (1997), "sono stati oggetto centrale della ricerca

in psicoterapia degli ultimi quindici anni e, infatti, l'alleanza è stata individuata come un fattore predittivo dell'esito del trattamento all'interno di un'ampia gamma di psicoterapie diverse".

Altri ricercatori, fra i quali Henry, Schacht e Strupp (1996) hanno codificato come paziente e terapeuta si comportano l'uno nei confronti dell'altro nelle sedute (in Crits-Christoph, 1997). La possibile relazione tra l'accuratezza dell'interpretazione e lo sviluppo dell'alleanza terapeutica è stata messa in luce, ancora, da Crits-Christoph et al. (1993).

Altri autori di impostazione cognitivista, come Safran e Segal (1990), rilevano l'importanza dell'uso della relazione terapeutica quale strumento per la comprensione del paziente e l'uso che il terapeuta può fare delle proprie reazioni emotive in terapia. Liotti (in corso di stampa), basandosi sulla teoria dell'attaccamento di Bowlby, approfondisce lo studio dei sistemi motivazionali, e sottolinea come tali sistemi tendano a sintonizzarsi fra individui che partecipano a una interazione durevole e significativa quale può essere quella terapeutica; si ipotizza allora che l'osservatore/terapeuta, partendo dalle proprie emozioni, sia in grado di riconoscere i processi cognitivi ed emotivi del paziente connessi al sistema motivazionale attivato in terapia e da qui comprendere ed elaborare gli schemi interpersonali disfunzionali che si sono strutturati nel corso dello sviluppo dell'individuo. Un punto di vista diverso è offerto dagli studi sulla valutazione della funzione riflessiva e quella dell'attaccamento sicuro dell'adulto e del bambino (Fonagy, Steele, Moran e Higgitt, 1991; Fonagy, Steele, Steele e Target, 1994). Questo approccio considera metacognizione, mentalizzazione e funzione riflessiva come espressioni di quella funzione da cui in gran parte dipende lo sviluppo del Sé che pensa e che sente. Gli autori dimostrano empiricamente che la funzione riflessiva promuove e mantiene un attaccamento sicuro, facilita la distinzione tra ciò che appare e ciò che è, favorisce collegamenti significativi tra il mondo interno ed esterno e favorisce la comunicazione. Rimandando agli interessati un

approfondimento dell'argomento, ci domandiamo se è possibile allora far confluire, per esempio, queste intuizioni e questi metodi di lavoro in studi empirici che valutino quanto effettivamente il tipo di legame che si crea nella coppia analitica segua le impostazioni concettuali di altri tipi di rapporto (quale quello madre/bambino, o comunque di un individuo con il suo caregiver), e quanto la coppia in sé sia interessata e consideri desiderabile una effettiva indipendenza dei due partners, per esempio, o quanto e in che modo ne ostacoli lo sviluppo.

Attualmente pare evidente che stiamo assistendo e partecipando a radicali cambiamenti e che esistono linee parallele di ricerca empirica in questo settore, con la possibilità di ampliarne i metodi e le interrelazioni. Si sta andando sempre più nella direzione di mettere a punto strumenti e modalità condivisi al fine di riuscire a rilevare (e misurare), operazionalizzare e utilizzare il costrutto di controtransfert in campo clinico.

Per quanto Fritz Perls e diversi autorevoli gestaltisti contemporanei (Polster, Zinker, Simkin) abbiano negato del tutto o in parte l'esistenza stessa del transfert e del controtransfert, sottolineando principalmente il valore del vissuto e dei sentimenti attuali, la gran parte dei terapeuti della Gestalt al momento dissente da questa posizione, sostenendo che è divenuto sempre più visibile che tali fenomeni emergono regolarmente durante il lavoro psicoterapeutico. Naturalmente l'enfasi nella terapia della Gestalt rimane sempre sulla relazione basata sul contatto e sulla focalizzazione fenomenologica piuttosto che su una relazione, di tipo psicoanalitico, basata sul transfert e sull'interpretazione. La terapia della Gestalt ha una natura così tanto creativa e spontanea che ovviamente mal si adatta a quell'atteggiamento tipico della psicoanalisi di benevola neutralità e di freddo distacco (fatta eccezione per alcuni autori come Ferenczi, Winnicott, Horney, Jung) a cui oppone atteggiamenti di maggiore coinvolgimento.

Indipendentemente dalle diverse visioni emerse e dal percorso storico fatto sull'idea di controtransfert si può affermare che tutto si incentri sulla figura e sul lavoro del terapeuta, che è quella persona che, avendo fatto un

percorso di analisi personale, è attrezzato per lavorare in un certo modo con la propria mente e per mettere a disposizione di un altro il modo in cui essa funziona. L'analisi personale rappresenta a nostro avviso un percorso fondamentale nella formazione di un terapeuta, affinché egli sia preparato all'uso dello strumentario interno di cui dispone e affinché possa esprimere il proprio modo di essere persona in modo funzionale ed autentico, assumendo atteggiamenti emotivi che risultino positivi per il paziente, per se stesso e per la relazione (Ferro, 2002).

Riferimenti Bibliografici

- Albarella, C., e Donadio, M. (a cura di) (1986). *Il controtransfert*. Napoli: Liguori.
- Albarella, C., e Petrelli, D. (a cura di) (1997). *Controtransfert e relazione analitica*. Napoli: Liguori.
- Anonima (1990). *Seduzione sul lettino (o il malinteso amoroso)*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Attili, G. (1990). Gli affetti nello sviluppo: verso un costruito organizzativo. In: Ammaniti M., Dazzi, N. (a cura di), *Affetti, natura e sviluppo delle relazioni interpersonali*. Roma-Bari: Laterza.
- Badii, C. (1989). *Lo psichiatra innamorato*. Roma: Athena Editrice.
- Balint, M. (1935). Note critiche alla teoria dell'organizzazione pregenitale della libido. In: *L'amore primario*. Milano: Cortina, 1991.
- Balint, M., e Balint, A. (1939). *Transfert e Controtransfert*. In: *L'analisi didattica*. Firenze: Guaraldi, 1974.
- Baranger, M, e Baranger, W. (1966). *Insight and the analytic situation*. In: *Psychoanalysis in the Americas*, R. Litman. New York: International Universities Press, pp. 56-72 (trad. it.: L'insight nella situazione analitica. In: *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*. Milano: Cortina, 1990).
- Baranger, M, e Baranger, W. (1969). La situazione analitica come campo dinamico. In: *Problemas del campo psicoanalitico*. Buenos Aires: Kargierman.
- Barbutto, F., e D'Acunti, A. (2011). Amore e Psicoterapia, In <http://www.aspicpsicologia.org>
- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind* (trad. it.: *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi, 1976).
- Baur, S. (1997). *The intimate hour*. New York, NY: Houghton Mifflin.
- Bergson, H. (1907). *L'évolution créatrice*. Paris. Trad. it.: Serini P. (a cura di) *L'evoluzione creatrice*. Milano: Mondadori, 1935.
- Bernstein, A. (2001). Beyond countertransference: The love that cures. *Modern Psychoanalysis*, 26(2), 249–256.
- Binswanger, L. (1942). *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*. Zürich: Niehans.
- Bion, W. (1962). *Learning from experience*. New York: Basic Book (trad. it.: *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando, 1970).
- Bion, W. (1963). *Elements of Psychoanalysis*. New York: Basic Book (trad. it.: *Gli elementi della psicoanalisi*. Roma: Armando, 1973).
- Bion, W. (1967). Il pensare: una teoria. In: *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Armando: Roma, 1970.
- Bion, W. (1970). *Attention and Interpretation*. London: Tavistock (trad. it.: *Attenzione e interpretazione*. Roma: Armando, 1982).
- Bodenheimer, D. (2011). An Examination of the Historical and Current Perceptions of Love in the Psychotherapeutic Dyad. *Clinical Social Work Journal*, 39, 39-49.
- Camon, F. (1981). *La malattia chiamata uomo*. Milano: Garzanti.
- Carotenuto, A. (1980). *Diario di una segreta simmetria. Sabina Spielrein tra Jung e Freud*. Roma: Astrolabio.
- Carotenuto, A. (1987). *Eros e Pathos*. Milano: Bompiani.
- Ceccarelli, R. (2003). Il caso Spielrein e l'edificazione freudiana del concetto di "transfert e controtransfert". In: *Scienza e Psicoanalisi* www.psicanalisi.it
- Cremerius, J. (1988). Astinenza: norma ideale e realtà. In: Anonima, *Seduzione sul lettino*. In Damasio A.R., *L'errore di Cartesio*. Milano: Adelphi (1994).
- Crits-Christoph, P., Barber, J.P., e Kurcias, J.S. (1993). The accuracy of therapists' interpretations and the development of the therapeutic alliance. *Psychotherapy Research*, 3, 25-35.
- Crits-Christoph, P. (1997). Il nucleo interpersonale della psicoterapia. Presentato all'incontro annuale della Society for Psychotherapy Research, giugno 1997, Geilo, Norvegia (trad. it. (1998) per gentile concessione della Guilford Press, Inc, New York. *Ricerca in Psicoterapia*, 1(1), 7-28).
- Dahlbender, R.W., Albani, C., Pokorni, D, e Kachele, H. (1998). The Connected Central Relationship Patterns (CCRP): a structural version of the CCRT. *Psychotherapy Research*, 8(4), 408-25.
- Damasio, A.R. (1994). *L'errore di Cartesio*. Milano: Adelphi, 1995.
- Derrida, J. (1992). *Esser giusti con Freud*. Milano: Cortina, 1993.
- Di Chiara, G. (1985). Una Prospettiva psicoanalitica del dopo Freud: un posto per l'altro. *Rivista di Psicoanalisi*, 31(4), 451-61.
- Eco, U. (1979). *Segno*. Milano: Isedi.
- Ellenberger, H.F. (1970). *La scoperta dell'inconscio*. Torino: Boringhieri, 1976.
- Ferenci, S. (1909). Introiezione e transfert. In: *Opere*, Vol. I (1908-1912). Milano: Cortina, 1989.
- Ferenci, S. (1919a). La tecnica psicoanalitica. In: *Opere*, Vol. II. Milano: Cortina, 1990.
- Ferenci, S. (1919b). On the technique of Psychoanalysis: IV. The Control of the Countertransference. In: *Further Contributions on the Theory and Technique of Psychoanalysis*. London: Hogarth Press, 1969.
- Ferenci, S. (1921). Ulteriore estensione della "tecnica attiva" in psicoanalisi. In: *Opere*, vol. III. Milano: Cortina, 1992.
- Ferenci, S. (1932). *Diario Clinico*, Milano: Cortina, 1988.
- Ferro, A. (2002), *Fattori di malattia, fattori di guarigione. Genesi della sofferenza e cura psicoanalitica*. Milano: Raffaello Cortina.

- Fonagy, P., Steele, H., Moran, G., e Higgitt, A. (1991). The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-217.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., e Target (1994). The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 231-57.
- Freud, S. (1892-1895). Studi sull'isteria. In: *Opere*, Vol. II. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud, S. (1901). Frammento di un'analisi d'isteria. In: *Opere*, Vol. IV. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud, S. (1906). Il delirio e i sogni nella 'Gradiva' di Wilhelm Jensen. In: *Opere*, Vol. V. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud, S. (1910). Le prospettive future della terapia psicoanalitica. In: *Opere*, Vol. VI. Torino: Boringhieri, 1974.
- Freud, S. (1912). Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico. In: *Opere*, Vol. VI. Torino: Boringhieri, 1974.
- Freud, S. (1911-1912). Tecnica della psicoanalisi. In: *Opere*, Vol. VI. Torino: Boringhieri, 1974.
- Freud, S. (1914a). Osservazioni sull'amore di Transfert. In: *Opere*, Vol. VII. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud, S. (1914b). Zur Einführung des Narzissmus. (trad. it.: Introduzione al narcisismo. In: *Opere*. Vol. 7. Torino: Boringhieri, 1975).
- Freud, S. (1915). Pulsioni e loro destini. In: *Metapsicologia*, In: *Opere*, Vol. VIII. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud, S. (1915). L'inconscio. In: *Opere*, Vol. VIII. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1918). Il perturbante. In: *Opere*, Vol. IX. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud, S. (1920). Al di là del principio di piacere. In: *Opere*, Vol. IX. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud, S. (1924a). Autobiografia. In: *Opere*, Vol. X. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud, S. (1924b). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. (trad. it.: *Introduzione alla psicoanalisi*. In: *Opere*. Vol. VIII. Torino: Boringhieri, 1976).
- Freud, S. (1937). *Die endliche und die unendliche Analyse*. (trad. it.: *Analisi terminabile e interminabile*. In: *Opere*. Vol. 11. Torino: Boringhieri, 1979).
- Freud, S., e Jung C.G., (1906-1913). *Lettere*. Torino: Boringhieri, 1974.
- Fromm, E. (1976). *Avere o essere?*. Milano: Mondadori, 1977.
- Furlan, P.M. (1978). Presentazione. In: O. Kernberg, (1975), *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Boringhieri.
- Gabbard, G.O. (1994). Sexual excitement and countertransference love in the analyst. *Journal of American Psychoanalysis*, 42, 4-94 (trad. it.: *Eccitamento sessuale e amore controtransferale nell'analista*, Gli Argonauti, 67, 1995).
- Galimberti, U. (1984). *La terra senza il male (Jung: dall'inconscio al simbolo)*. Milano: Feltrinelli.
- Galimberti, U. (1994). L'immaginario sessuale. In: Pasini, W., Crepault, C., e Galimberti, U., *L'Immaginario sessuale*. Milano: Cortina.
- Galimberti, U. (1999). *Enciclopedia di Psicologia*. Torino: Garzanti.
- Giannitelli, S. (1985). Paura di interpretare. *Rivista di Psicoanalisi*, 31(1), 102-06.
- Giubolini, F., e Carlesi, G. (1997). La ragione degli affetti (Controtransfert e amore in psicoterapia). *Quaderni italiani di Psichiatria*, XVI, 2.
- Heimann, P. (1950). Sul controtransfert. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
- Hillmann, J. (1984). *Le storie che curano*. Milano: Cortina.
- Jones, E. (1953). *Vita e opere di Freud*. Milano: Garzanti, 1977.
- Joseph, B. (1975). The patient who is difficult to reach. In: Giovacchini, P. (a cura di), *Tactics and techniques in psychoanalytic therapy*. New York: Jason Aronson.
- Jung, C.G. (1929). I problemi della psicoterapia moderna. In: *Opere*, Vol. XVI. Torino: Boringhieri, 1973.
- Kernberg, O. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Klein, M. (1923). *Analisi infantile*. In: *Scritti 1921-58*. Torino: Boringhieri, 1978.
- Krutzenbichler, H.S., e Essers, H. (1993). *Se l'amore in sé non è peccato*. Milano: Cortina.
- Lagache, D. (1972). *Introduzione alla psicologia*. Milano: Saggi Newton Compton.
- Lampignano, A. (1994). Cura e conoscenza. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXVIII, 2.
- Langs, R. (1976). *The bipersonal field*. New York: Jason Aronson.
- Laplanche, J. (1987). *Problematisques V, Le Baquet: Transcendance du transfert*. Paris: PUF.
- Lieberz, K., Porsch, U. (1997). Countertransference in schizoid disorders. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 47(2), 46-51.
- Liotti, G. (in corso di stampa), Le emozioni del terapeuta come informazioni alla struttura cognitiva del paziente. In Rezzonico, G. (a cura di) *La relazione terapeutica nella psicoterapia cognitiva*.
- Little, M. (1951). Countertransference and the Patient's Response to it. *International Journal of Psychoanalysis*, 32, pp. 32-40 (trad. it.: Il controtransfert e la risposta del paziente a esso. In: *Verso l'unità fondamentale*. Roma: Astrolabio, 1994).
- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme. In: Freedman e S. Grand (Eds.), *Communicative structures and psychic structures*, New York: Plenum Press.
- Luborsky, L., Mc Lellan, A.T., Woody, G.E., et. al. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives General of Psychiatry*, 42, 602-11.
- Matte Blanco, I. (1974). *The Unconscious as Infinite Sets. An Essay in Bi-Logic*. Gerald Duckworth Ed (trad. it.: *L'inconscio come insiemi infiniti*. Torino: Einaudi, 1981)
- Mazzucchelli, A., e Ritorto, F. (1996). La ricerca in psicoterapia: alleanza terapeutica e suoi strumenti di misura. *Psicoterapia*, 2(4), 109-13.
- Meo, O. (1989). *Amore e morte in Freud*. Genova: Il Melangolo.
- Mergenthaler, E. (1998). I patterns di Emozione. Astrazione nei trascritti delle verbalizzazioni: un nuovo approccio per la descrizione dei processi in psicoterapia. *Psicoterapia*, 4(12), 26-38.
- Natoli, S. (1994). *La felicità (Saggio di teoria degli affetti)*. Milano: Feltrinelli.

- Neyraut, M. (1974). *Il Transfert*. Roma: Astrolabio, 1979.
- Normandine, L., e Bouchard, M.A. (1993). The effects of theoretical orientation and experience on rational, reactive, and reflective countertransference. *Psychotherapy Research*, 3(2), 77-94.
- Piper, W., Debbane, G.E., e Carufel, A. (1987). A Sistem For Differentiating Therapist Interpretations From Other Interventions. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51(6), 532-550.
- Pistorio, L. (2005). I fattori fondamentali della relazione analitica. *Doppio Sogno, rivista internazionale di psicoterapia e istituzioni*, 1.
- Platone (1992). *Il Simposio*. Milano: Mondadori.
- Quignard, P. (1995). *Il nome sulla punta della lingua*. Milano: Frassinelli.
- Racker, H.A. (1952). Observaciones sobre la controtransferencia como instrumento técnico. *Revista de Psicoanálisis*, 9(3), 42-354.
- Racker, H.A. (1953). A Contribution to the problem of Countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 313-324.
- Racker, H.A. (1968). *Transference and Countertransference*, New York: International Universities Press (trad. It.: *Transfert e Controtransfert - Studi sulla tecnica psicoanalitica*. Roma: Armando, 1970).
- Riccio, D. (1982). Riflessioni sulla comunicazione inconscia nella coppia analitica. *Rivista di Psicoanalisi*, 28(1), 39-57.
- Rich, A. (1977). *Nato di donna*. Milano: Garzanti.
- Roccatò, P. (1989). La seduzione come relazione collusiva. In: *La seduzione*. Milano: Cortina.
- Rosenbloom, S. (1998). The complexities and pitfalls of working with the countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 67(2), 256-75.
- Rosiello, F. (2003). On lust and loathing: Erotic transference/countertransference between a female analyst and female patients. In: J., Drescher, A., D'Ercole, e E., Schoenberg (Eds.), *Psychotherapy with gay men and lesbians: Contemporary dynamic approaches*. Binghamton, NY: Harrington Park Press/The Haworth Press.
- Safran, J.D., e Segal, Z.V. (1990). *Il processo interpersonale nella terapia cognitiva*. Milano: Feltrinelli.
- Séchaud, E. (1995). Sabina Spielrein, la psychanalyse et l'amour. *L'Evolution psychiatrique*, 60, 1.
- Sessarego, A. (2006). La distanza nel controtransfert. In: *Seminari clinici 2006 del Centro Psicoanalitico di Firenze sul Controtransfert*, www.spi-firenze.it
- Shaw, D. (2003). On the therapeutic action of analytic love. *Contemporary Psychoanalysis*, 39(2), 251-278.
- Spector Person, E. (1992). Introduzione. In: *Studi critici sull'amore di transfert*. Milano: Cortina.
- Spence, D.P. (1993). *Traditional Case Studies and Prescriptions for Improving Them*. In: Nancy E., Miller, Luborsky, L., Barber, J.P., e Docherty, J.P. (a cura di), *Psychodynamic Treatment Research*. New York: Basic Books, 37-52 (trad. It: Ferrario, B., Basile, R., Freni, S. (a cura di) Studi tradizionali di casi clinici e indicazioni per migliorarli. *Psicoterapia*, 8, 29-42, 1997).
- Spielrein, S. (1912). Die Destruktion als Ursache des Werdens. *Jb. Psychoanal. psychopath. Forsch.*, 4, 465 (trad. it.: La distruzione come causa della nascita. *Giornale storico di psicologia dinamica*, 1, 1, 1977).
- Saraval, A. (1989). La seduzione come modalità di relazione. In: *La seduzione*. Milano: Cortina.
- Savater, F. (1996). *La ragione appassionata*. Milano: Frassinelli.
- Scatena, P., e De Cesari, A. (1995). Linguaggio della poesia, linguaggio della follia. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXIX, 2.
- Stone, L. (1973). *La situazione psicoanalitica*. Padova: Piccin, 1986.
- Tauber, E.S. (1954). Exploring the therapeutic use of countertransference data. *Psychiatry*, 17, 331-336.
- Thomä, H., e Kächele, H. (1990). *Trattato di terapia psicoanalitica*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Turillazzi Manfredi, M.S. (1989). La nuova teoria del controtransfert. *Rivista di Psicoanalisi*, 35(3), 617-45.
- Von Benedek, L. (1992). The mental activity of the psychoanalysis. *Psychotherapy Research*, 2(1), 63-72.
- Wallerstein, R. (1975). *Psychoanalysis and psychotherapy: practice, theory and research*. New York: International Universities.
- Winnicott, D.W. (1949). L'odio nel controtransfert. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975.
- Winnicott, D.W. (1960). Il controtransfert. In: *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando, 1983.

Riferimenti Sitografici

- <http://onlinelibrary.wiley.com>
<http://www.aspicpsicologia.org>
<http://www.nicolalalli.it>
<http://www.psicoanalisi.it>
<http://www.psicologi-italia.it>
<http://www.spi-firenze.it>
<http://www.sublimazioni.it>

LE EMOZIONI NELL'EMERGENZA

di Silvia Gioia, Daniela Mesoraca

dottori in psicologia, tirocinanti post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

La psicologia che si occupa di emergenze è quella disciplina che studia il comportamento individuale, gruppale e comunitario in situazioni di crisi e che si interessa di attuare tutti quegli interventi clinici e sociali in situazioni di calamità e disastri, atti terroristici, incidenti provocati dall'uomo, calamità sociali come guerre ed epidemie. Tali eventi critici sono definiti dalla Federal Emergency Management Agency (FEMA) e dall'Emergency Management Institute come eventi che minacciano, o effettivamente rischiano di danneggiare persone o cose. La psicologia in un contesto di eventi critici ha la finalità di preservare e favorire l'equilibrio psichico delle vittime, dei parenti e dei soccorritori, con l'obiettivo specifico di (Cusano e Napoli, 2005):

- facilitare la riparazione del tessuto sociale lacerato;
- promuovere il recupero dell'identità e della sicurezza collettiva;
- coadiuvare gli organismi pubblici e privati nell'attivazione dei loro interventi.

L'attenzione in tale ambito è indirizzata a chi subisce l'impatto diretto della situazione di emergenza, ai parenti e alle persone care ad essi, ai soccorritori, alla comunità, agli individui coinvolti dal punto di vista psicologico e alle persone che sarebbero potute rimanere vittime dell'evento.

Pertanto ogni operazione di psicologia prevede di intervenire sia a sostegno della comunità civile sia dei soccorritori volontari attraverso interventi preventivi di carattere psicosociale. Secondo Giannantonio (2005) un'emergenza psicologica è un momento di perturbazione dell'equilibrio psicologico ed emotivo di una o più persone dovuto ad una o più circostanze scatenanti, tale da richiedere la mobilitazione di risorse e di strategie di adattamento psicologico "nuove", inusuali o difficilmente fruibili.

Trattandosi di un'operazione molto complessa, è evidente che per effettuare interventi di questo tipo, sono necessarie competenze professionali molto diverse tra loro: mediche, psichiatriche, psicologiche, psicoterapeutiche e psicosociali.

Pertanto la psicologia che opera in contesti di emergenza deve valutare l'adeguatezza, ma anche lo sviluppo, di nuove strategie di risposta e di fronteggiamento dell'evento critico da parte del soggetto.

In tale contesto, la psicologia vanta una tradizione scientifica ormai più che quarantennale nel panorama internazionale, soprattutto in ambito nordamericano. Per quanto riguarda i fondamenti scientifici di questo settore, è possibile fare riferimento ad evidenze pionieristiche di Marks et al. (1954), Drayer et al. (1954), Tyhurst (1957), Wolfstein (1957) e Glass (1959), che si soffermano sulle conseguenze psicologiche di eventi disastrosi di diversa natura. Da queste ricerche emerge come la maggior parte delle vittime manifesti diversi tipi di disagi psicologici che si presentano in forma acuta e intensa, ma di solito sono transitori; mentre solo una minima parte riporta manifestazioni psicopatologiche a lungo termine.

Il *Federal Disaster Relief Act* del 1974, che rappresenta una pietra miliare a livello istituzionale, introduce l'erogazione di servizi di assistenza psicologica alle vittime di eventi disastrosi negli Stati Uniti con la costituzione all'interno del *National Institute of Mental Health* di una *Disaster Assistance and Emergency Mental Health Section*.

In ambito italiano la psicologia nelle emergenze si afferma soltanto negli ultimi anni, con la creazione nel 1999 della Società Italiana di Psicologia dell'Emergenza (SIPEM- Onlus).

In particolare, Zuliani (2006) sottolinea come nel contesto italiano si noti uno slittamento

concettuale dal disagio, esperito naturalmente dall'individuo dopo un evento critico, al trauma. Proprio il concentrarsi su quest'ultimo, che si colloca in un contesto clinico autonomo, ridurrebbe la psicologia dell'emergenza agli interventi di prevenzione del trauma stesso, perdendo la possibilità di occuparsi di ambiti più vasti.

Evento critico traumatico e trauma

Come definito da Zuliani (2006), per evento critico si intende ogni situazione atta a creare nell'individuo un grave sconvolgimento e una grave preoccupazione e tra questi si annoverano il coinvolgimento in incidenti automobilistici, catastrofi, atti criminali come vittima o testimone diretto, violenza sessuale, abusi durante l'infanzia, perdita improvvisa di una persona cara, ricovero ospedaliero improvviso. Viene così definito evento critico un qualsiasi incidente che provoca improvvisamente nelle persone coinvolte direttamente o indirettamente un sentimento di paura per la propria incolumità, senso di impotenza e di perdita di controllo; vissuto di incontrollabile rischio e di impotenza che, possiamo affermare essere soggettivo. Infatti per una persona un evento può essere vissuto come trauma, mentre un'altra può non esperire le stesse emozioni, e pertanto non essere traumatizzata.

Come afferma Zuliani (2006), la portata di un evento critico non si misura quindi sulla base dei "danni materiali" o "quantificabili", bensì dal significato che assume per la o le persone coinvolte. Per questo motivo occorre prestare attenzione a non giudicare la sofferenza delle persone sulla base di idee preconcepite o paragoni.

Roger, Solomon e Macy (2003) sostengono che gli eventi critici sono improvvisi, inaspettati, travolgono la nostra sensazione di controllo, comportano la percezione di una minaccia potenzialmente letale, possono comprendere perdite emotive e fisiche e violano infine i presupposti su "come funziona il mondo". Pertanto un evento critico, per gli effetti che può avere sul corpo e sulla psiche, può compromettere le normali abilità della persona di affrontare la vita quotidiana e pertanto lasciarla con un devastante senso di perdita e

impotenza. Molto spesso le reazioni emotive all'evento restano prive di elaborazione, non diventano oggetto di confronto con gli altri, depositandosi così nell'individuo che è privo di strumenti idonei per affrontarle.

Le ricerche condotte negli anni sostengono che la reazione del soggetto all'evento stressante comporta una attivazione fisiologica e psicologica, determina una sintomatologia varia che si distribuisce su quattro aree: fisica, cognitiva, emozionale, comportamentale. Infine ogni persona reagirà presentando un quadro sintomatologico personale e differente.

Spesso ciò che impedisce di divenire consapevoli del proprio trauma è il fatto che gli effetti distruttivi nelle nostre capacità di pensare, di concentrarci, di ragionare, nella nostra attivazione neurovegetativa, nel nostro livello di ansia, nelle capacità di gestire la nostra affettività, nel comunicare con gli altri, nelle abilità sociali, possono sicuramente emergere dopo pochi giorni dall'evento critico, ma possono anche rimanere latenti per mesi o anni, minando così la nostra personalità, e riemergere poi nel tempo. Solomon e Macy (2003), in accordo con quanto detto finora, definiscono evento traumatico qualsiasi situazione che provoca un senso opprimente di vulnerabilità o di perdita di controllo, e ancora Mitchell (1983) lo descrive come qualsiasi situazione che porta le persone a provare reazioni emotive particolarmente forti che interferiscono con le loro capacità di funzionare sia al momento che in seguito.

Possiamo comunque affermare con certezza che si tratta di un'esperienza intensa e imprevedibile con una forte carica emotiva che non fa parte della vita quotidiana e può pertanto superare le capacità di tolleranza dell'individuo.

Il concetto di trauma in seguito ad eventi estremi risulta ampiamente descritto in letteratura, divenuto centrale nel 1980, a partire dall'introduzione nel DSM-III del Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS) in seguito alle pressioni di compagnie assicurative e di associazioni di veterani del Vietnam. Già Seneca (Zuliani, 2006) lo descrive collegato al terremoto di Pompei nel 62 d.C., mentre Lamprecht e Sack (2002) ne sottolineano la

descrizione nell'*Odissea* e nell'*Oliver Twist* di Dickens. Manning parla della condizione dei militari tedeschi nella Prima Guerra Mondiale, mentre Myers nel 1915 introduce la *shell shock syndrome* (trauma a conchiglia), che si evolverà poi, nella Seconda Guerra Mondiale, in *battle fatigue*.

Secondo il DSM-IV il trauma è un fattore violento estremo che implica l'esperienza personale e diretta ad un evento che causa o può provocare la morte o lesioni gravi o altre minacce all'integrità fisica; oppure la presenza ad un evento che comporta morte, lesioni o altre minacce all'integrità fisica di un'altra persona, ma anche il venire a conoscenza della morte violenta e inaspettata di una persona cara; oppure grave danno o minaccia di morte o lesioni sopportate da un membro della famiglia o da altra persona con cui è in stretta relazione. Pertanto gli eventi che secondo il DSM-IV possono essere definiti traumatici sono:

- eventi accaduti direttamente alla persona: combattimenti militari, aggressione personale violenta, rapimento, essere presi in ostaggio, attacco terroristico, tortura, incarcerazione come prigioniero di guerra o in un campo di concentramento, disastri naturali o provocati, gravi incidenti automobilistici, ricevere una diagnosi di malattie minacciose per la vita. Per i bambini, gli eventi traumatici dal punto di vista sessuale che possono includere le esperienze sessuali inappropriate dal punto di vista dello sviluppo senza violenza o lesioni reali o minacciate;
- eventi accaduti in qualità di testimoni: l'osservare il riferimento grave o la morte innaturale di un'altra persona dovuti ad assalto violento, incidente, guerra o disastro, o il trovarsi inaspettatamente di fronte un cadavere o a parti di un corpo;
- eventi di cui si è venuti a conoscenza: aggressione personale violenta, gravi incidenti, gravi lesioni subite o morte inaspettata di un membro della famiglia o di un amico stretto; il venire a conoscenza di una malattia minacciosa per la vita del proprio bambino. Il disturbo può diventare particolarmente grave e prolungato quando l'evento stressante è ideato dall'uomo (per es. tortura o rapimento).

A loro volta gli eventi traumatici sono suddivisi in due grandi categorie: gli eventi individuali e quelli collettivi.

Gli **eventi individuali** sono eventi che coinvolgono singole persone o gruppi ristretti; in essi si distinguono gli eventi *intenzionali*, come ad esempio furti, rapine, violenza fisica e molestie sessuali, e gli eventi *accidentali*, come incidenti automobilistici, incidenti sul lavoro, lutto, diagnosi medica infausta.

Gli **eventi collettivi** coinvolgono l'intera popolazione. Di tale categoria fanno parte le *catastrofi naturali* (che sono tutti quei fenomeni connessi ad alterazioni ambientali), le *catastrofi tecnologiche* (incidenti industriali, nucleari, crolli di immobili) e infine le *catastrofi sociali* (epidemie, carestie, conflitti armati, impiego di armi chimiche o biologiche).

L'elemento qualificante dell'evento traumatico non è solamente la gravità, ma è la risposta soggettiva. Infatti nelle situazioni di emergenza la persona interpreta e valuta sia le caratteristiche dell'evento sia le proprie capacità di fronteggiarlo attraverso il proprio bagaglio di esperienze ed è da tutto questo che dipenderà il modo con cui il soggetto risponderà all'evento. L'ICD-10 fornisce una versione più ristretta del concetto di trauma, in quanto richiede che si tratti di un evento estraneo all'esperienza umana abituale.

Infine alcuni esperti nello studio e nel trattamento dei disturbi post-traumatici hanno adottato categorie diagnostiche non previste né dal DSM-IV né dall'ICD-10, individuando in particolare:

- il *Disturbo Post-Traumatico da Stress Complesso*: si tratta di una sindrome che sembra originare da traumi severi, prolungati e ripetuti, soprattutto di natura interpersonale, come prigionia e tortura, abuso infantile prolungato, maltrattamenti cronici delle donne da parte degli uomini con cui convivono. I sintomi sarebbero quelli del Disturbo Post-traumatico da Stress con caratteristiche marcatamente dissociative, una forte tendenza alla somatizzazione e una particolare instabilità di umore e ansia, con l'aggiunta di sintomi tipicamente ascrivibili a Disturbi di Personalità, come la difficoltà a modulare e regolare le emozioni, l'instabilità del senso

di identità, comportamenti autolesionistici, coinvolgimento cronico in relazioni disfunzionali.

- il *Disturbo Post-Traumatico da Stress in Remissione parziale/sottosoglia*: si prevede la possibilità di diagnosticare un Disturbo Post-Traumatico da Stress che non soddisfi completamente i requisiti richiesti dalla diagnosi attuale. In particolare, si evidenzia la necessità di potere diagnosticare un Disturbo Post-Traumatico anche in assenza del soddisfacimento del criterio D, ovvero la presenza di “sintomi persistenti di aumentato arousal” (non presenti prima del trauma), come indicato da almeno due dei seguenti elementi:
 1. difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno;
 2. irritabilità o scoppi di collera;
 3. difficoltà a concentrarsi;
 4. ipervigilanza;
 5. esagerate risposte di allarme.

Sembra, infatti, che sia possibile sviluppare un Disturbo Post-Traumatico anche in assenza di queste caratteristiche. Oppure, tali caratteristiche sarebbero state presenti nella fase iniziale del Disturbo Post-Traumatico da Stress ma, con il passare del tempo, la persona le avrebbe progressivamente ridimensionate o superate.

La ricerca epidemiologica sostiene che una percentuale che varia dal 40% al 75% della popolazione ha vissuto esperienze traumatiche nel corso della loro vita (Briere, 1997; Berliner, e Briere, 1999), ma solo una ridotta percentuale di queste persone svilupperà a lungo termine una psicopatologia o disturbi riscontrabili clinicamente. Infatti la popolazione esposta potenzialmente al rischio di PTSD varia dall'1% al 5% per il PTSD in atto e dal 10% al 39% per la presenza di un PTSD nel corso della vita (Breslau, Davis, Andreski, et al., 1991; Kilpatrick, e Resnick, 1993; Kulka, Schlenger, e Fairbank, 1990; Norris, 1992).

Inoltre, il National Comorbidity Survey, una ricerca svoltasi negli USA tra il 1990 e il 1992, che coinvolge più di 8000 persone sostiene che solo l'8% degli uomini traumatizzati e il 20% delle donne traumatizzate sviluppa un PTSD

(Kessler, Sonnega, Bromet, Michel, Christopher, e Breslau, 1995).

In ogni caso come afferma Giannantonio (2006) le conseguenze cliniche connesse ad esperienze traumatiche sono diverse, infatti non solo l'esposizione a eventi di vita traumatici produce sintomi che vanno al di là del PTSD, ma lo stesso si presenta in comorbidità con altre patologie. Infine è possibile riscontrare una serie di alterazioni psicologiche ed interpersonali in seguito all'aver vissuto un trauma che possono rappresentare una rilevante limitazione per la persona che ne è coinvolta come ad esempio: aggressività, maggiore vulnerabilità nei confronti di malattie fisiche, alterazione dell'autostima, alterazione della percezione della propria identità e delle relazioni interpersonali; infine, rabbia e vergogna (Carlson, e Dalenberg, 2000).

Le fasi psicologiche dell'emergenza

Alcuni autori si concentrano sullo studio dello sviluppo temporale della risposta psicologica agli eventi traumatici, individuandone un andamento per fasi.

Generalmente, affrontando il tema del disastro, si dà maggior enfasi alla fase acuta, in cui si realizza l'impatto sul territorio o sulla popolazione. Tuttavia sarebbe opportuno ampliare questa visione riduttiva, considerando che le reazioni psicologiche degli individui sono date anche da un insieme di eventi sociali e personali antecedenti.

La prospettiva di analisi dettagliata delle varie fasi psicologiche che potenzialmente colgono una persona o una comunità prima, durante o dopo un evento disastroso appare quindi efficace al fine di progettare strategie di intervento utili.

Vari studi (Young et al., 2002; Drabek et al., 1975; Kafrisse, Heffron, e Zusman, 1975) suddividono le risposte psicologiche ad un disastro all'interno di fasi diverse ed equiparabili. Zuliani (2006) compie un'ulteriore riclassificazione, sottolineando come singoli individui possano avere tempi e modi evolutivi differenti e possano, come già affermato da Tyhurst (1951), ondeggiare ripetutamente tra fasi vicine.

La *fase di avvertimento* riguarda la possibilità che un evento possa essere preannunciabile o prevedibile, attraverso informazioni che provengono dall'esterno, oppure dalla percezione della popolazione di un possibile rischio. Generalmente in questa fase, che può durare da qualche minuto a molti mesi e non sempre conduce all'emergenza vera e propria, gli individui non hanno un'esatta percezione della situazione. Si sottolinea la possibilità che si manifestino comportamenti di negazione dell'evento temuto e reazioni di paura associate ad arousal. Appare fondamentale pertanto la modalità in cui le informazioni e le comunicazioni relative all'evento critico vengono diffuse. Mentre Turner (1983) afferma la necessità di divulgazione delle informazioni, si sottolinea la possibilità che esse possano creare gravi ed inutili problemi sociali (Jones et al., 1975; Sullivan et al., 1980; Rigney, 1980; Miletì, 1993).

La *fase di allarme*, immediatamente precedente all'impatto disastroso, spesso di breve durata, è caratterizzata da stati ansiosi di alta intensità. Gli individui sono orientati all'azione, anche se è possibile una massiccia negazione della presenza del pericolo.

La *fase dell'impatto*, non necessariamente preannunciata dalle prime due, può avere una durata molto variabile, da pochi istanti a parecchi anni. Le reazioni possibili sono pertanto diverse; gli individui coinvolti presentano in genere una distorsione temporanea, una dilatazione, gli stimoli sensoriali si intensificano. Si sottolinea l'importanza di riconoscere la normalità delle eventuali reazioni quali panico, stordimento, fuga e disinteresse per il destino degli altri. Una situazione particolare che può verificarsi in questa fase è il panico collettivo.

Nella *fase successiva, dell'inventario*, i sopravvissuti sono impegnati a verificare le conseguenze dell'evento su se stessi, i familiari e la comunità. Questo implica un'opera di ricerca stressante dal punto di vista fisico ed emotivo. Si possono avere comportamenti di temporaneo disorientamento o vissuti di sollievo per essere sopravvissuti, fino a

raggiungere un senso di euforia (Glass, 1959; Hader e Schwartz, 1966; Wallace, 1956).

Nella *fase eroica* (dal momento dell'impatto fino al quinto, sesto giorno successivo) la popolazione colpita manifesta una forte spinta prosociale ed un'iperattività volta al soccorso degli altri, anche a costo di fronteggiare seri rischi e di sprecare molte energie. Appare qui essenziale il ruolo del soccorritore, che fa da ausilio nel ristabilirsi iniziale e necessario della routine.

Nella *fase della luna di miele* (dalla prima settimana, al secondo/terzo mese dopo l'impatto) gli individui sono caratterizzati da un senso di fiducia e speranza e realizzano un'identificazione euforica con il gruppo. Nonostante le perdite e i lutti, si sviluppa un clima di ottimismo e solidarietà e le differenze sociali sembrano scomparire. Questa situazione è favorita anche dalla disponibilità momentanea di risorse abbondanti e dall'attenzione mediatica per l'evento.

Dopo questa euforia subentra, nella *fase della disillusione* (dal quinto/sesto mese fino ai primi anni dopo il disastro), una consapevolezza della difficoltà dei tempi e dei modi per ripristinare le condizioni di vita precedenti. L'identificazione euforica dei primi mesi si trasforma in un disagio sempre maggiore e le difficoltà inizialmente sottovalutate tendono a essere sottolineate. Il rischio è che il soccorritore colluda con la disillusione della vittima, credendo di esserle di ausilio. In realtà questa fase sembra necessaria per raggiungere la posizione di sopravvissuti. Già Kubler-Ross (1996), nella sua trattazione del lutto, identifica alcuni stadi che la persona deve attraversare: il diniego, la rabbia, la negoziazione, la depressione, l'accettazione. Queste reazioni sono proposte come fasi di adattamento modificabili e reattive, pertanto il soccorritore dovrebbe favorirne il naturale sviluppo verso una risoluzione.

Infine subentra la *fase della ricostruzione*, fisica (di case, servizi, ecc) e psicologica, durante la quale diviene importante ristabilire ogni elemento di normalità, per favorire l'andamento emotivo di adattamento alla nuova situazione. Questa

transizione è facilitata dall'elaborazione di riti di passaggio, che possono rappresentare bisogni di protezione (Galimberti, 1999) poiché aiutano a sopportare e superare le difficoltà quotidiane. La fase della "ricostruzione" è tuttavia fortemente influenzata da fattori esterni quali l'estensione e la gravità delle perdite, le risorse umane disponibili, i fattori di ritardo e quelli di compensazione, il sostegno e la coesione, le credenze filosofiche e religiose.

Le reazioni psicologiche in risposta ad un evento critico

Young et al. (2002) riportano le principali reazioni degli individui alle situazioni di emergenza suddividendole nelle seguenti aree:

- area *emotiva* che comprende: shock, ottundimento emozionale, apatia, anedonia, ansia, angoscia, rabbia, collera, disperazione, senso di colpa che riprende la sindrome del sopravvissuto, vergogna, afflizione o tristezza, irritabilità, euforia, senso di impotenza, sensazione di essere isolati o abbandonati, di essere sopraffatti dalle forti emozioni in gioco, preoccupazione per la propria e altrui sicurezza e riduzione del piacere derivante dalle attività consuete.
- area *cognitiva* nella quale rientrano: il disorientamento, la confusione, il rallentamento del pensiero e della comprensione, la difficoltà nella definizione delle priorità e nella facoltà decisionale, la ridotta capacità di concentrazione, i problemi di memoria che possono comprendere le amnesie parziali o totali relative alla fase peritraumatica, una limitazione delle capacità attentive, distorsioni, un calo dell'autostima e dell'autoefficacia, inoltre pensieri e ricordi intrusivi e perdita dell'obiettività.
- area *comportamentale* che include: aggressività, litigiosità, iperattività o torpore, disturbi del sonno e dell'addormentamento, aumento dell'uso di tabacco, alcool, stupefacenti e farmaci, accresciuta vigilanza sulla sicurezza dell'ambiente, calo dell'appetito, calo della libido e, infine, evitamento di tutte quelle attività o posti che ricordano l'evento traumatico.

- area *somatica* che raggruppa sensazioni di dolore in diverse parti del corpo, cefalea e emicrania, malessere generalizzato, senso di affaticamento, problemi gastrointestinali, nausea e difficoltà respiratorie, senso di costrizione alla gola o di soffocamento.
- area dei *rapporti interpersonali* che comprende: ritiro sociale, aumento dei conflitti nelle relazioni familiari e sociali, problemi in ambito lavorativo e nei rapporti professionali e problemi di tipo scolastico.

Giannantonio (2005) afferma che l'intensità e il tipo della risposta del soggetto dipendono dalla natura dell'evento traumatico. Infatti le reazioni psicologiche negative si verificano con una maggiore probabilità quando l'evento traumatico è imprevedibile, quando si registra un elevato numero di morti e di feriti, in presenza di modalità molto violente di decesso delle vittime, in presenza di potenziali ma sconosciuti effetti dell'evento sulla salute, quando vi è un'elevata probabilità di ripetizione dell'evento e infine in presenza di gravi danni materiali. Tra le altre variabili sono inclusi anche il livello di coinvolgimento del soggetto; le sue caratteristiche, tra cui la precedente esposizione ad eventi traumatici, una precedente storia di condotte di abuso, un basso livello socioeconomico, l'appartenenza a categorie sociali svantaggiate e l'elevata reattività psicosomatica agli stimoli ambientali. Inoltre diversi studi ed osservazioni hanno rilevato che le caratteristiche del sistema sociale di supporto e la tempestività dell'intervento di supporto psicologico influenzano la quantità e la qualità della reazione soggettiva all'evento critico.

A sostegno di quanto appena detto l'esperienza clinica di intervento mostra che le reazioni psicologiche a situazioni di emergenza presentano un alto grado di fluidità, confermando che le manifestazioni di disagio psicologico delle vittime sono mutevoli e si evolvono con grande rapidità in relazione a variabili sia personali che ambientali, potendo osservare nelle vittime una oscillazione di stati d'animo, con il passaggio repentino da stati di abbattimento accompagnato da una generale sfiducia nelle proprie e altrui capacità di recupero, ad uno stato di iperattività associato ad aspettative rosee per il futuro e scarsamente

realistiche o, viceversa, caratterizzato da un estremo pessimismo.

Le ricerche affermano inoltre che le reazioni psicologiche a situazioni di emergenza seguono uno sviluppo temporale che porta a distinguere le reazioni immediate da quelle differite rispetto al momento dell'evento traumatico.

Le prime comprendono le reazioni iperemotive brevi, le reazioni ansiose acute in cui si ritrovano crisi d'ansia e di panico, le reazioni psicotiche cioè il passaggio da stati confusionali transitori a stati deliranti acuti, i comportamenti reattivi che racchiudono paralisi emotiva e cognitiva, comportamenti irrazionali e pericolosi per le vittime stesse e per i soccorritori.

Dalle ricerche empiriche si è rilevato che se tali reazioni non si cristallizzano, stabilizzandosi ed articolandosi in sindromi più o meno specifiche, il soggetto oscilla da una condizione di maggior disturbo ad un minore disagio con un progressivo recupero delle capacità adattive lavorative e di integrazione sociale.

Nelle reazioni differite, anche se il soggetto all'inizio ha presentato una buona capacità di reazione all'evento traumatico, non riportando nessuna compromissione delle sue capacità adattive e mostrandosi quindi una persona capace di dare supporto agli altri, nel tempo può andare incontro alle stesse reazioni che hanno coinvolto altre persone sin dal principio.

Quindi queste persone sul piano psichico oscillano da una condizione di efficienza e stabilità emotiva ad una progressiva perdita delle capacità adattive, registrando un disagio e un malessere sempre più significativo (Giannantonio, 2005).

Seguendo la classificazione di Horowitz e colleghi (1980), si sottolinea l'enfasi data alle principali reazioni psicologiche a un evento critico, che qui sotto si riassumono, con il fine dell'elaborazione di strategie d'intervento specifiche.

Le reazioni emotive nell'emergenza

Dalla paura al panico

La reazione da panico, dal greco *panikos* dal terrore provocato dal Dio Pan, viene descritta

come “una paura collettiva intensa, avvertita simultaneamente da tutti gli individui, caratterizzata dalla regressione delle coscienze ad un livello arcaico, di impulsività e aggressività, che si manifesta con reazioni di fuga folle, di agitazione disordinata, di violenza o di suicidio collettivo” (Girard, Crocq, e Lafebvre, 1966). La paura - dal verbo latino *paveo*, “io sono percosso” - assume per l'essere umano diversi significati (De Mauro, 2000):

- un'emozione spesso improvvisa, che si determina in relazioni a eventi critici;
- un senso di angoscia permanente nei confronti di cose o persone;
- un'emozione collegabile ad una situazione particolare.

Riassumendo, in seguito ad una percezione di pericolo, l'essere umano mette in atto una reazione adattativa alla paura che, secondo il livello di rischio percepito, può essere una reazione di semplice allarme oppure progredire fino al riflesso “combatti o scappa”. In risposta alla percezione di pericolo si attivano quindi reazioni del sistema neurovegetativo ed endocrino che hanno l'obiettivo di preparare il fisico alla risposta pronta del rischio. L'amigdala interagisce con il sistema nervoso simpatico e parasimpatico per la produzione di adrenalina (quando prevale la paura) e noradrenalina (se prevale la rabbia) determinando un aumento dell'attività metabolica, della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa e del ritmo respiratorio. Il cortisolo, secreto sotto stress, aumenta il livello di glucosio nel sangue e invia gli acidi grassi ai muscoli, l'iride si dilata. I sintomi più frequenti in queste circostanze, che facilitano l'esecuzione di grandi movimenti, sono rappresentati da rossore e gonfiore delle mucose, pallore cereo, mani sudate, tremori.

Dal punto di vista psicologico si verifica un'alterazione percettiva dovuta ad uno spostamento dell'attività del processo mentale verso l'elaborazione visiva e motoria. Pertanto appaiono sintomi quali la perdita di coordinamento, la distorsione e la restrizione del campo visivo (visione a tunnel), esclusione uditiva e una percezione rallentata della realtà. Un'altra reazione emotiva registrata viene definita catalessi (Zuliani, 2006), che può arrivare a immobilizzare il soggetto.

Ipotesi di ricerca che indagano il confine tra paura e panico, li descrivono come fenomeni indipendenti e qualitativamente contrapposti, l'uno adattativo e l'altro disadattativo, o lo pongono su un continuum emotivo di crescente attivazione psicofisiologica. Un'altra visione suggerisce un rapporto di inclusione tra i due fenomeni: la paura sarebbe una manifestazione di ordine superiore, termine generale che può tradursi anche in panico, sua manifestazione estrema.

Infatti il panico, già indicato dal dizionario di De Mauro (2000) come "il timore repentino di un pericolo che turba profondamente l'animo impedendo ogni reazione di difesa attiva e suscitando l'impulso incontenibile alla fuga", si caratterizza nell'immaginario come una regressione collettiva ad un livello primordiale, che sfocia in reazioni di fuga e violenza. In realtà si rilevano difficoltà dei ricercatori a darne una chiara definizione (Gantt e Gantt, 2012). Inoltre consistenti ricerche empiriche sottolineano come esagerato il concetto di panico e la credenza che gli individui agiscano in maniera irrazionale in uno scenario di emergenza. Altri studiosi propongono la rimozione del concetto di panico dalla discussione sulle reazioni umane in emergenza, sostenendo come altri concetti descrivessero in maniera più efficace il comportamento di paura estrema (Quarantelli, 2008).

Già Sandman (2005) evidenzia quattro tesi ampiamente dimostrate relativamente al panico in situazioni di emergenza. Ricorda che l'opinione pubblica, i media e le forze dell'ordine tendono ad aspettarsi un'isteria di massa da parte della popolazione colpita, quando in realtà la maggior parte delle persone dimostrano resilienza, risorse protettive e altruismo. Nonostante quindi il panico di gruppo sia raro, viene spesso riscontrato erroneamente, soprattutto quando la popolazione prende decisioni improvvise e diverse da quelle raccomandate.

Queste ipotesi sono confermate da una serie di studi di Glass e Schoch-Spana (2002), in cui dall'analisi dei comportamenti delle popolazioni durante i disastri tecnologici e naturali emerge una reazione in genere efficace e adattabile a poche situazioni di panico. Ad esempio nell'incidente di Three Mile Island del 28 Marzo

1979, in cui sono state evacuate 140 mila persone per un incidente nucleare o negli attentati al World Trade Center del 1993 e del 2001 si riscontrano ben pochi casi di panico, come si è invece abituati a vedere nei film.

Tuttavia, nonostante il panico venga esperito raramente, evidenze empiriche sostengono che ci siano alcune situazioni che generano e facilitano il comportamento di panico, quali la percezione di un'immediata emergenza per sé o per soggetti familiari, la mancanza di una via di fuga e il sentimento di non essere di supporto agli altri durante un'emergenza (Auf der Heide, 2004; Quarantelli, 2008).

Inoltre altre condizioni che sembrano contribuire all'aumento potenziale del comportamento di panico sono rappresentate dalle emergenze in ambienti dove il panico è il risultato naturale (Quarantelli, 2008) o tra gruppi di sconosciuti, piuttosto che in popolazioni con preesistenti legami sociali (Mawson, 2005).

La rabbia

Dopo un evento critico la persona può manifestare rabbia intensa verso i presenti responsabili ma anche verso il personale soccorritore (Lyndy et al., 1983). Sembra che la rabbia agisca come una difesa dai sentimenti di tristezza e disperazione, come protezione verso un'eventuale perdita di una persona cara (Raphael, 1983) e che tale rabbia possa rappresentare una punizione per i responsabili e una cancellazione dell'evento stesso. La rabbia è un'emozione primitiva in cui la persona è spinta ad agire in seguito alla percezione che lei stessa o qualche suo caro sta subendo un'ingiustizia. L'amigdala scarica una grande quantità di ormoni e altre sostanze quali l'adrenalina e la dopamina che, in situazioni di emergenza, trovano sfogo nel distruggere il pericolo o l'agente che provoca l'ingiustizia.

Appare inefficace tuttavia giudicare o biasimare il comportamento di rabbia, mentre sarebbe utile che il soccorritore accettasse di divenire l'obiettivo di questa emozione, poiché sembra rappresentare il bersaglio più adeguato. Inoltre viene sottolineata l'importanza di non

reprimere la rabbia, non esprimere commenti sulla correttezza o erroneità del provarla e non rispondere ad essa con rabbia. Per questo sarebbe necessario incoraggiare in contesti di emergenza la formazione di gruppi di auto aiuto o la trasformazione della rabbia in azioni positive (Zuliani, 2006).

Senso di colpa

La reazione psicologica e somatica caratterizzata dal senso di colpa per essere sopravvissuti viene descritta con ansia, depressione e sentimenti di colpa, accompagnati generalmente da ritiro dalla vita sociale, da un peggioramento della qualità della vita, da disturbi del sonno e perdita di iniziativa. La letteratura fornisce esempi di interviste rilasciate dalla popolazione sopravvissuta di Hiroshima (Lifton, 1976), dove il senso di colpa appare direttamente proporzionale al numero dei morti e alla coscienza di appartenere al gruppo che è colpito. Raphael (1987) descrive come ulteriore elemento scatenante la presenza di situazioni causate dall'uomo, come se fosse più difficile accettare di essere sopravvissuti a "ciò che l'uomo ha fatto all'uomo" (Cuzzaloro e Frighi, 1998). Viene perciò sottolineata la potenzialità distruttiva della minaccia terroristica.

Dai resoconti dei superstiti appare generalmente anche la fatica di dare una colpa a ciò che è avvenuto al caso, poiché contrasta con il bisogno delle persone di spiegare, di dare un senso ad eventi drammatici. Il senso di casualità (Zuliani, 2006) rappresenta infatti un'acquisizione evolutiva che spesso viene negata anche nello stesso linguaggio quotidiano e che si manifesta con un rimuginare ossessivo di sensi di colpa per sottrarsi all'idea terrorizzante di essere impotenti.

Altre volte il dolore provato viene sostituito da una critica e da un'autorecrimazione verso il proprio comportamento prima e durante l'evento critico. Generalmente si tratta di situazioni provvisorie, ma si può giungere a condotte autodistruttive se il superstite dovesse trovare conferma del suo presunto comportamento. Per questo si sottolinea l'attenzione necessaria dell'atteggiamento del personale di soccorso. In altre situazioni può

avvenire che ci siano comportamenti concreti assunti dalle persone in contesti di emergenza che possono provocare sentimenti di vergogna, quali la fuga. Sembra utile in questi casi assumere un atteggiamento di calda comprensione dei sentimenti provati e della sofferenza che comportano ed evitare di riportare l'attenzione su quanto è accaduto.

Inibizione dei sentimenti

Nonostante appaia accettabile la disperazione di un sopravvissuto davanti ad un evento tragico, la realtà porta spesso a reazioni di estraneità apparente ad ogni partecipazione e manifestazione di dolore. La vittima appare infatti non addolorata, distaccata dagli avvenimenti e manifesta talvolta un'intensa attività del tutto non idonea all'evento. Questo fenomeno viene descritto come una manifestazione del tentativo di inibire i propri sentimenti di fronte alla perdita subita, sentiti come troppo intensi e capaci di provocare enormi danni. L'isolamento affettivo può infatti essere considerato un meccanismo di difesa secondo il quale la persona riconosce la gravità dell'evento, ma lo slega dalle emozioni corrispondenti.

Confusione e stordimento cognitivo

Il sopravvissuto può presentarsi inebetito, apatico, può vagare senza meta e mostrare indifferenza per l'ambiente circostante. Queste reazioni sono interpretabili come meccanismi di difesa atte a permettere all'individuo di non affrontare subito un'esperienza troppo traumatica. Questa finestra temporale, che la persona si concede per lasciare che la realtà entri dentro di sé e per trarne delle conseguenze, appare necessaria e viene indicata con una funzione protettiva. Nella stessa maniera sono considerate le alterazioni sensoriali che si possono manifestare durante la fase dell'impatto, come la visione a tunnel e l'esclusione auditiva, che mantengono l'attenzione dell'individuo solamente sulla fonte del pericolo rendendo molto difficile vedere la possibile via di fuga o sentire le indicazioni che provengono dai soccorritori. In queste

situazioni appare necessario porsi all'interno del campo sensoriale della persona per avere la possibilità di comunicare con essa e distrarla dalla sua attenzione selettiva di fronte al pericolo. L'esperienza di vivere un evento critico può anche offuscare ricordi ed emozioni.

Sconforto per la propria vulnerabilità

La tematica della vulnerabilità umana di fronte ad eventi catastrofici ha assunto un carattere più evidente grazie alla copertura mediatica di eventi quali l'attentato terroristico dell'11 settembre 2001 a New York e lo Tsunami del 2004.

Zuliani così descrive l'11 settembre: "In quel giorno fu perpetrato un crimine di terribile gravità: nel giro di pochi minuti migliaia di persone innocenti, di varie provenienze etniche, furono orrendamente massacrate. Da allora, la gente in tutto il mondo ha sperimentato con intensità nuova la consapevolezza della vulnerabilità personale ed ha cominciato a guardare al futuro con un senso fino ad allora ignoto di intima angoscia".

Le reazioni provocate dai vissuti di vulnerabilità personale e sociale risultano pertanto connesse non più al tema della paura, considerato un meccanismo di difesa dal pericolo, ma all'angoscia, che è un sentimento paralizzante di chi si sente di fronte ad un pericolo indeterminato e improvviso. In genere, sembra che la natura del disastro e l'angoscia per la propria vulnerabilità siano essere più predittive per lo sviluppo di un trauma e di una futura psicopatologia rispetto alle caratteristiche delle singole vittime (Sundin e Horowitz, 2003). Gli studi che identificano i fattori che rendono molto stressate un evento critico citano infatti come importanti caratteristiche la violenza di massa (Norris et al., 2002), l'esperienza di terrore ed orrore (Bolin, 1985), la durata del disastro (Baum e Davidson, 1985; Bolin, 1985) e l'imprevedibilità e la mancanza di controllo (Baum e Davidson, 1985; Thoits, 1983).

Dolore per le perdite subite

I superstiti si trovano spesso ad affrontare in maniera simultanea i sentimenti devastanti

come il dolore per la perdita delle vittime e il tentativo di rispondere in maniera adeguata alle richieste del momento. L'evento decisivo della morte sconvolge in un attimo il proprio panorama di vita. Evidenze empiriche (Ursano e McCarroll, 1990; Frazer e Taylor, 1982) sottolineano come la vista dei morti rappresenti uno dei maggiori fattori di rischio di disagio mentale prolungato sia per i sopravvissuti che per il personale di soccorso. Lindy (1981) parla di identificazione con la vittima come di un alto fattore di rischio per l'istaurarsi di sintomi psichiatrici. La morte infatti rappresenta l'unico momento della vita che nessuno è capace di descrivere con cognizione di causa (Zuliani, 2006): l'istante del decesso rimane sempre inaccessibile e nell'esperienza psicologica si percepisce come collegato al soffrire. Si ricorda inoltre che sul piano personale, ci sono delle situazioni - quali la morte che colpisce un bambino, un collega o una vittima che si è cercato di salvare - che rendono ancora più difficile l'esperienza di elaborazione del lutto.

Meccanismi di Difesa

In risposta a situazioni di emergenza vengono attivati i cosiddetti meccanismi di difesa.

Pertanto Baelz (1894) parla di *paralisi emotiva*, che consiste in un'improvvisa sospensione di tutto l'apparato emozionale con cui di solito l'individuo risponde ad un evento. In pratica il soggetto assume uno stato psichico costituito dall'osservazione degli eventi e dalla loro registrazione oggettiva in assenza di partecipazione emotiva.

Wolfenstein (1957) parla invece di *utopia post-traumatica*, vale a dire uno stato psichico in cui vivono le persone di una comunità a seguito di un evento catastrofico collettivo. I membri di tale comunità colpita dalla situazione di emergenza vivono tra loro un senso di unione vicinanza, sintonia e benevolenza reciproca. Tale meccanismo di difesa permette loro di viverci come un gruppo omogeneo e compatto, e non come singoli individui che fronteggiano l'evento. Tutto questo porta a una forte riduzione del senso di impotenza dell'ansia e della depressione.

Stierlin (1909) descrive l'*euforia post-traumatica*, come quell'attivazione di stati di euforia in

soggetti che hanno vissuto da poco tempo eventi traumatici, ma quando la situazione non li giustifica, attivati dalle vittime in modo da potersi difendere dalla comparsa di vissuti disforici disturbanti.

Inoltre nelle persone che esperiscono, per lunghi periodi di tempo, gravi situazioni d'emergenza si può attivare la *primitivizzazione*, che consiste nel progressivo distacco della vittima da ciò che non è finalizzato alla sopravvivenza. Infatti il soggetto pone la propria attenzione a ciò che serve per soddisfare i bisogni più primitivi, come mangiare, bere e proteggersi dal caldo o dal freddo (Frankl, 1946).

Interventi psicologici per le vittime

Molti autori si dedicano allo studio di interventi di prevenzione e gestione delle emergenze in una prospettiva psicologica (Ehrenreich, 2001; Jacobs, 1995; Roberts, 2000; SAMHSA, 2000). In particolare, Caplan (1964), padre della psicologia di comunità, sviluppa un modello di prevenzione dei disturbi mentali, che considera la riduzione dello stress ambientale il miglior metodo preventivo di psicopatologia.

Appare necessario (Gibbs e Montagnino, 2001) già nella prevenzione primaria il coinvolgimento di figure specializzate in psicologia, nello sviluppo di campagne preventive, educative e di preparazione all'emergenza.

Nella prevenzione secondaria, che si occupa di identificare e intervenire sulla popolazione a rischio, gli psicologi conducono una iniziale quantificazione dei danni psicologici possibili nei primi momenti successivi all'evento critico. Caplan (1964) sostiene che una crisi è un punto di svolta e che gli individui in crisi hanno la possibilità di affrontarla in modo sia da acquisire ulteriore fiducia in se stessi sia da adottare tentativi di coping maladattivi, che portano alla perdita del funzionamento psicologico.

Appare inoltre critico nel periodo post emergenza la disponibilità di risorse, materiali e sociali, che Caplan identifica come il maggior intervento per la risoluzione di una crisi. In particolare viene da più autori enfatizzata l'importanza del coping individuale e i numerosi

studi che si dedicano alla discussioni di diversi modelli (McGee, 1992; Rober, 2000) sottolineano come strategie attive di problem solving (Lazarus e Folkman, 1980) siano più efficaci di quelle passive.

Un tipo di intervento applicativo attuabile in caso di disastro è rappresentato dal debriefing da stress da evento critico (CISD): sviluppato da Jeffrey Mitchell (1982) e attentamente monitorato in seguito, ha un programma strutturato ed è applicabile alle vittime, ai loro familiari e ai soccorritori. La conduzione avviene per gruppi e include sette fasi, quali l'introduzione, la ricognizione dell'accaduto, un assessment dei pensieri, dei sentimenti relativi alla crisi e dei sintomi conseguenti, la formazione sullo stress, una riunione post debriefing e un successivo follow up (Mitchell e Everly, 2000).

La psicoterapia tradizionale in seguito ad eventi critici, nella categoria di prevenzione secondaria, si è sviluppata in parecchi interventi soprattutto per le vittime con PTSD. Similmente che per il trattamento di altri disturbi d'ansia, i terapeuti utilizzano la tecnica dell'exposure (Foa e Kozak, 1986) per richiedere ai pazienti di rivisitare il trauma dell'esperienza del disastro. Questa teoria si basa sulla tesi che le strategie di evitamento utilizzate per ridurre il dolore provocato dall'esperienza traumatica siano parte del quadro dei sintomi. Altri terapeuti di stampo psicodinamico sembrano lavorare con le vittime di disastri confrontando le loro emozioni relative all'esperienza vissuta e utilizzando un approccio differente, ma svolgendo un compito simile. Anche la ristrutturazione cognitiva è solitamente utilizzata nella terapia per i superstiti. Infatti è dimostrato (Janoff-Bulman e Frieze, 1983) che gli eventi critici conducono a una perdita cognitiva e che le vittime spesso hanno credenze distorte relative al loro essere salvi e ai possibili rischi di altri disastri. Altre forme di terapia sono inoltre sviluppate per altri disordini, quali la depressione e l'ansia, che possono presentarsi nelle vittime di eventi critici.

Appare estremamente importante (Gibbs e Montagnino, 2006) inoltre che i responsabili delle emergenze - politici, dirigenti sanitari, medici, psicologi e dirigenti di comunità - siano

in grado di provvedere alla popolazione colpita con interventi terapeutici mirati per le vittime e per i soccorritori anche negli anni dopo le emergenze. Caplan (1964) parla in questo caso di prevenzione terziaria, non rilevante nell'emergenza immediata, ma indispensabile nel prevenire un ulteriore deterioramento delle vittime già emotivamente disturbate. Gibbs e Montagnino (2006) suggeriscono un esempio di applicazione a lungo termine con i veterani della guerra del Vietnam, in cui i problemi sembrano persistere e che continuano ad avere bisogno di nuove e non sviluppate forme di trattamento.

Valutazioni di interventi psicologici per le vittime di disastri

La psicologia ha una lunga storia nella ricerca valutativa che sembra essere di aiuto al bisogno di assessment dell'efficacia di pianificazioni e interventi terapeutici nelle emergenze. Investigazioni empiriche sembrano proporre risultati diversi. Utilizzare il modello di Caplan (1964) appare utile perché fornisce una prospettiva sulla moltitudine di interventi possibili per la psicologia che si occupa di emergenza. Il focus recente sul CISD, solo di recente empiricamente indagato in maniera intensa, sembra togliere enfasi da altri efficaci tipi di interventi sviluppati nell'ambito della salute mentale.

L'efficacia dei diversi approcci appare essere attualmente indagata non solo per le vittime di disastri. Mitchell e Everly (2000) sostengono che i risultati di tali ricerche appaiono contrastanti proprio per la variabilità di popolazione e di compiti utilizzati. Molti studi, tuttavia, non riscontrano risultati positivi rispetto alla condizione placebo (Humphries e Carr, 2001; Rose, Brewin, Andrews, e Kirk, 1999) o a quella di non trattamento (Conlon, Fahy, e Conroy, 1998; Kenardy, Webster, Lewin, Carr, Hazell, e Carter, 1996). Altri studi con gruppi randomizzati sembrano dimostrare che le vittime di eventi critici che svolgono un debriefing mostrano più alti livelli di sintomi della popolazione senza trattamento (Bisson, Jenkins, Alexander, e Bannister, 1997; Mayou, Ehlers, e Hobbs, 2000).

Tali evidenze empiriche raggiungono l'opinione pubblica con la pubblicazione nel "New Yorker" di un articolo sulla mancanza di benefici dovuti al debriefing nelle vittime dell'attacco al World Trade Center dell'11 settembre (Groopman, 2004) e nella discussione comparsa sul "New York Times" relativa all'aiuto psicologico inappropriato per i sopravvissuti non occidentali (Satel, 2005). Alcune rassegne (Arendt e Elklit, 2001; Ehlers e Clark, 2003; Emmerik, Kamphuis, Hulsbosch, e Emmelkamp, 2002; Litz, Gray, e Adler, 2002; Raphael, 2000) sembrano concludere che la possibile mancanza di efficacia del debriefing nelle vittime di eventi critici dovrebbe portare ad un uso di esso non compulsivo ma cauto, ed esprimono la necessità di future evidenze empiriche. Poiché il CISD rappresenta la tecnica primaria utilizzata in seguito a disastri, tali risultati impongono alla psicologia l'esigenza di dare una risposta alla questione.

È importante notare che la stessa psicoterapia sembra efficace nel trattamento delle vittime (Lambert e Ogles, 2004) e in quello dei pazienti con PTSD (Marks, Lovell, Noshirvani, Lavanou, e Thrasher, 1998).

Sembrano pertanto esserci diverse possibili spiegazioni per la disparità tra l'efficacia del CISD e della psicoterapia nel trattamento di PTSD (Gibbs e Montagnino, 2006):

- Il CISD potrebbe essere troppo breve e non focalizzato per avere un forte impatto. Litz et al. (2002) e Ehlers e Clark (2003) comparano il debriefing con la terapia cognitiva comportamentale, più lunga e più focalizzata sui sintomi, e mostrano come quest'ultima risulti più efficace nel miglioramento dei sintomi del trauma.
- La psicoterapia avrebbe bisogno di essere adattata alla situazione delle vittime di disastro.
- Le caratteristiche di un evento critico sembrano essere diverse da altri stress traumatici, rendendo l'intervento più difficoltoso.

Tuttavia nuovi approcci all'evento critico sono stati sviluppati. Uno di essi, è l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR, vedi box), relativo ai movimenti oculari dei pazienti. Le ricerche sull'efficacia dell'EMDR mettono in

evidenza risultati contrastanti (Taylor, Thordarson, Maxfield, Federoff, Lovell, e Ogrodniczuk, 2003): il meccanismo esplicativo per cui la tecnica dovrebbe funzionare, e trovare dunque evidenze empiriche in proposito, sembra infatti non convincere molti psicoterapeuti.

Per le vittime di incendi, Krakow, Melendrez, Johnston et al. (2002) descrivono una terapia del sonno dinamica, che coinvolge approcci psicoeducativi al sonno, rivelatasi utile per alleviare sia sintomi ansiosi e depressivi, sia quelli che compaiono nelle ore notturne. Basoglu, Livanou e Salcioglu (2003) riportano come una sola scossa di simulazione di terremoto provochi sintomi di stress traumatico nelle vittime di un evento sismico. Smyth, Hockemeyer, Anderson et al. (2002) somministrando il compito di scrivere relativamente alle esperienze traumatiche nell'uragano Floyd del 1999, riscontrano come esso riduca la relazione tra pensieri intrusivi e sintomi, ma non in modo così netto come riportato da Pennebaker e Harber (1993). Lange, Rietdijk, Hudcovicova, van de Ven, Schrieken e Emmelkamp (2003) incorporano compiti di scrittura ad un trattamento in Internet con risultati positivi. Newner, Schauer, Klaschik, Karunakara e Elbert (2004) descrivono come efficace una terapia di exposure narrativo in rifugiati sudanesi, in cui le vittime descrivono gli eventi della loro vita.

Conclusioni

La psicologia appare estremamente utile nell'affrontare situazioni critiche. Essere vittime di un evento traumatico può causare severi disturbi psicopatologici, con vittime che possono sperimentare sintomi ansiosi e depressivi, fino ad arrivare a pazienti con PTSD. Sembrano tuttavia necessarie ulteriori evidenze empiriche per determinare in maniera più appropriata il range dei disturbi e la frequenza con cui essi compaiono. Infatti la gravità e la durata della situazione di emergenza determina l'estensione delle reazioni. I fattori individuali di vulnerabilità, quali il sesso, l'età, il livello di psicopatologia precedente, la condizione economica e sociale, la razza e il supporto sociale correlano in maniera elevata

con l'estensione di una psicopatologia successiva ad evento critico nei pazienti. Queste variabili interagiscono in modi differenti e complessi.

L'esigenza di nuovi sviluppi relativi alla psicologia che opera nei contesti di emergenza appare estremamente utile sia negli interventi di prevenzione e pianificazione del rischio sia nei trattamenti di debriefing, psicoterapia della crisi post-disastro e la relativa valutazione. Recenti evidenze empiriche suggeriscono la creazione di nuovi tipi di interventi per le vittime e i soccorritori di un disastro. Infatti le caratteristiche speciali di un evento critico rendono indispensabili trattamenti strutturati per rispondere alle esigenze della popolazione coinvolta. Nonostante lo sviluppo della psicologia dell'emergenza degli ultimi anni, i bisogni delle vittime (Gibbs e Montagnino, 2006) continuano a essere individuati prettamente come fisici ed economici piuttosto che come emozionali, specialmente nella cultura non occidentale (Satel, 2005). I problemi emotivi emergono anche anni dopo, come nel caso di molti veterani del Vietnam. Dovrebbero essere gli psicologi, insieme ai responsabili delle emergenze e della sicurezza, ad educare gli individui alle possibili reazioni emotive, piuttosto che cercare di intervenire in maniera rapida sulla popolazione indistintamente.

Si è già notato che la maggior parte dei tentativi di intervento hanno l'obiettivo di aiutare le vittime a sviluppare attive strategie di coping, piuttosto che passive e fatalistiche. Accade che in caso di disastro non ci siano strategie univoche da attuare, ma interventi mirati allo stile e ai bisogni della singola vittima (Gibbs e Montagnino, 2006).

Un'altra questione relativa all'aiuto delle vittime di emergenza riguarda la credenza che avere bisogno di aiuto da uno psicologo possa essere stigmatizzante. Jenkins (1998) riporta, per esempio, che i soccorritori sono le figure più frequentemente ricercate dopo un evento critico come fonte di supporto emotivo (riporta un caso in cui il 94% delle vittime scelse il soccorritore piuttosto che lo psicologo). Sembra perciò necessaria un'educazione sulle possibili conseguenze psicologiche di un disastro, che renderebbe più semplice per le

vittime rivolgersi ad uno psicologo.

Gray, Maguen e Lidz (2004) sottolineano infine che la psicologia dell'emergenza sembra focalizzarsi sul PTSD e sulla sua prevenzione ma che l'ampio numero di vittime coinvolte nelle emergenze richieda diversi e nuovi tipi di interventi. Si ricorda inoltre che poche ricerche

e studi indagano i bisogni dei bambini coinvolti nei disastri (Wooding e Raphael, 2004) e i relativi interventi diretti ad essi e ai genitori (Norris, 2001).

Box #1

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Nelle ultime due decadi l'EMDR è diventato un trattamento di elezione per i disturbi post-traumatici conseguenti a disastri naturali, incidentali o causati dalla mano dell'uomo.

Come sostengono Shapiro, Kaslow e Maxfield (2011) anche in campo clinico gli psicoterapeuti hanno riscontrato la chiara utilità della sua applicazione in conseguenza ad episodi emotivamente traumatici che i pazienti descrivevano come caratteristici della loro famiglia d'origine. Inoltre possiamo affermare con certezza che spesso i sistemi familiari non solo non sono in grado di proteggere i loro membri in età evolutiva da eventi esterni e interni traumatici ma essi stessi sono una potenziale fonte di stress traumatico. Pertanto l'EMDR ha un'ampia applicazione per il trattamento delle conseguenze di queste dinamiche. Con il tempo è diventato così sempre più frequentemente applicato su individui e famiglie che soffrono di traumi cronici e legati a relazioni interpersonali traumatiche.

Nel 1989 a seguito della pubblicazione di uno studio randomizzato, che ha valutato gli effetti di una seduta di trattamento con persone che avevano subito un trauma, è stato introdotto l'EMDR (Shapiro, 1989). Inizialmente chiamato Eye Movement Desensitization, in quanto si riteneva che i movimenti oculari fossero specifici nel provocare una desensibilizzazione efficace. Pertanto gli effetti del trattamento erano visti in termine di riduzione della paura e dell'ansia provenienti dal trauma. Nel corso di ulteriori studi condotti negli anni (Shapiro, 2001) ci si è resi conto che altre forme di stimolazione bilaterale, come i tamburellamenti sulle mani e gli stimoli uditivi, fossero ugualmente efficaci e che i cambiamenti nella percezione dell'ansia e della paura così come l'intero processo di desensibilizzazione non erano altro che il prodotto di una rielaborazione completa dell'esperienza dell'individuo.

Quindi si è osservato che le emozioni negative venivano sostituite da quelle positive e che emergevano gli insight più profondi. Inoltre le sensazioni corporee cambiavano e successivamente comparivano spontaneamente nuovi comportamenti congiuntamente ad un nuovo senso di sé.

Pertanto si è potuto notare che i traumi mutavano in esperienze di apprendimento, andando a rafforzare la persona, facendola così trasformare da vittima a sopravvissuto a individuo sano e robusto.

Shapiro (2001) per rendere visibili questi cambiamenti ha inserito nell'EDMR la parola Reprocessing, divenendo così l'EDMR che conosciamo.

Shapiro, Kaslow e Maxfield (2011) sostengono che l'efficacia dell'EDMR per il trattamento del trauma è stata dimostrata tramite studi controllati condotti in circa venti anni dove tale trattamento è stato messo a confronto con quello farmacologico e con diverse forme di psicoterapia. Nel corso degli anni l'American Psychiatric Association e il Departments of Veterans Affairs and Defense (2004) riconoscono l'EDMR come una delle

tecniche più efficaci.

L'EDMR è un approccio psicoterapico che prevede un modello di trattamento a otto fasi per affrontare l'intera gamma di disturbi clinici causati o esacerbati da esperienze negative precedenti (Shapiro, Kaslow e Maxfield, 2011).

Pertanto le otto fasi di tale tecnica forniscono un modo sistematico per esplorare ed elaborare le esperienze disfunzionali e per fare riaffiorare le esperienze positive utili per restituire una condizione di benessere al paziente. Verranno di seguito descritte le otto fasi:

- 1) *Anamnesi del paziente e raccolta informazioni*: l'obiettivo è quello di ottenere il maggior numero di informazioni sul passato dell'individuo per poter valutare la sua idoneità al trattamento e indicare i target da elaborare che sono legati ad eventi positivi e negativi accaduti nel corso della sua vita. Pertanto bisogna somministrare sia questionari per la raccolta delle informazioni di vita del paziente che strumenti psicometrici. Inoltre è utile fare un riesame dei criteri considerati e delle risorse disponibili. Infine Shapiro, Kaslow e Maxfield (2011) affermano che è necessario fare domande circa gli eventi del passato che hanno gettato le basi per la patologia, sugli attuali eventi scatenanti e sulle esigenze per il futuro.
- 2) *Preparazione* avente come finalità la conduzione dei pazienti ad elaborare le esperienze target, a stabilizzare il soggetto e migliorare l'accesso alle emozioni giungendo così all'aumento di quelle positive. Per raggiungere tale obiettivo è opportuno eseguire una psicoeducazione rispetto al quadro dei sintomi, insegnare pertanto metafore e tecniche che inducono la stabilità, un senso di autocontrollo e di padronanza di sé. Quindi gli elementi basilari di tale fase sono: la stabilizzazione del paziente, l'incremento della sua autostima e la costruzione di una solida relazione terapeutica.
- 3) Nell'*Assessment* il target viene elicitato in modo controllato, vengono determinati i componenti del ricordo e vengono fissati i valori della linea di base. È opportuno accedere agli eventi target per poterli elaborare usando l'EMDR tramite la stimolazione di elementi primari del ricordo. Complessivamente la fase di Assessment comprende:
 - la sollecitazione dell'immagine;
 - la convinzione negativa su di sé;
 - le credenze positive desiderate;
 - le emozioni attuali;
 - le sensazioni fisiche localizzate nello stomaco e nella testa;
 - le misure sulle scale Validity of Cognition Scale (VOC) e Subjective Units of Disturbance (SUB).
- 4) Nella *Desensibilizzazione* si elaborano le esperienze e gli eventi scatenanti per poter giungere a una risoluzione adattiva. Si procede con l'analisi di tutti i canali per consentire una completa assimilazione dei ricordi, e si aiuta il paziente ad introiettare modelli per le esperienze positive. Per raggiungere tale obiettivo bisogna elaborare il passato, il presente e il futuro del soggetto, utilizzando il protocollo standardizzato che permette l'emergere spontaneo di insight, emozioni, sensazioni corporee e altri ricordi, e infine usare la "Cognitive Interweave", ovvero "Intervento Cognitivo Integrativo", che permette di favorire le elaborazioni bloccate stimolando nuove informazioni adattive.
- 5) L'*Installazione* ha la finalità di aumentare le connessioni con le reti cognitive positive e quindi aumentare la generalizzazione nell'ambito dei ricordi associati tramite l'identificazione della cognizione positiva più adatta e il potenziamento della validità della credenza positiva.
- 6) La *Scansione Corporea* identifica qualsiasi residua sensazione fisica. Al paziente viene chiesto di pensare al target, unitamente alla cognizione positiva e di ripercorrere

mentalmente il proprio corpo dalla testa ai piedi, facendo attenzione alle sensazioni provate. Successivamente ci si concentra su ciascuna sensazione provata, che viene così elaborata fino a quando la sensazione sparisce. Bisogna aggiungere che a volte una sensazione può essere legata ad un'informazione disfunzionale e può rievocare un altro ricordo, che viene a sua volta identificato e rielaborato. Altre volte il paziente può provare una sensazione piacevole. Tale fase si ritiene conclusa quando il soggetto ottiene una scansione del proprio corpo priva di qualsiasi sensazione negativa.

- 7) Nella fase di *Chiusura* il terapeuta deve assicurarsi che il paziente provi un sostanziale senso di equilibrio alla fine della seduta e sia in grado di mantenere questa stabilità tra una seduta e l'altra. Si nota che, se l'elaborazione è incompleta e il paziente si presenta in qualche modo turbato, viene usata una delle tecniche di autocontrollo o di immaginazione guidata per tranquillizzarlo. In tale fase del trattamento i pazienti sono informati su ciò che potrebbe accadere tra una seduta e l'altra e viene ricordato loro di usare il diario degli eventi scatenanti, delle immagini, delle credenze, delle emozioni e delle sensazioni, in modo da darne un accurato resoconto al terapeuta e poterle successivamente elaborare insieme.
- 8) *Rivalutazione*. In tale fase bisogna accertarsi che gli effetti del trattamento si siano mantenuti ed è necessario decidere se si devono indagare altre questioni. Un ulteriore scopo di quest'ultima fase è capire come funziona attualmente il soggetto all'interno del suo sistema interpersonale. Sappiamo che appena le esperienze target vengono elaborate, le sue reazioni automatiche e i suoi comportamenti mutano. I terapeuti a loro volta devono essere sintonizzati per accertarsi che il paziente abbia elaborato ciò che era disfunzionale, se è aumentato ciò che era positivo e se gli è stata offerta una giusta psicoeducazione e il supporto necessario per superare i deficit precedenti. Tutto questo è possibile non solo tramite l'osservazione di ciò che accade durante le sedute ma ciò può essere accertato rilevando i progressi avvenuti nella vita reale tramite l'uso del diario.

Box #2

Criteri diagnostici per il Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD) secondo il DSM IV-TR

A) La persona è stata esposta ad un evento traumatico nel quale erano presenti entrambe le caratteristiche seguenti:

- La persona ha vissuto, ha assistito, o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri;
- La risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore. **Nota:** Nei bambini questo può essere espresso con comportamento disorganizzato o agitato;

B) L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente in uno (o più) dei seguenti modi:

- Ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, che comprendono immagini, pensieri, o percezioni. **Nota:** Nei bambini piccoli si possono manifestare giochi ripetitivi in cui vengono espressi temi o aspetti

riguardanti il trauma;

- Sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento. **Nota:** Nei bambini possono essere presenti sogni spaventosi senza contenuto riconoscibile;
- Agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (ciò include sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, ed episodi dissociativi di flashback, compresi quelli che si manifestano al risveglio o in stato di intossicazione). **Nota:** Nei bambini piccoli possono manifestarsi rappresentazioni ripetitive specifiche del trauma;
- Disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico;
- Reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.

C) Evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma e attenuazione della reattività generale (non presenti prima del trauma), come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:

- Sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma;
- Sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma;
- Incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma;
- Riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative;
- Sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri;
- Affettività ridotta (per es. incapacità di provare sentimenti di amore);
- Sentimenti di diminuzione delle prospettive future (per es. aspettarsi di non poter avere una carriera, un matrimonio o dei figli, o una normale durata della vita).

D) Sintomi persistenti di aumentato arousal (non presenti prima del trauma), come indicato da almeno due dei seguenti elementi:

- Difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno;
- Irritabilità o scoppi di collera;
- Difficoltà a concentrarsi;
- Ipervigilanza;
- Esagerate risposte di allarme.

E) La durata del disturbo (sintomi ai Criteri B, C e D) è superiore a 1 mese.

F) Il disturbo causa un disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

Specificare se:

- **Acuto:** se la durata dei sintomi è inferiore a 3 mesi.
- **Cronico:** se la durata dei sintomi è di tre mesi o più

e/o specificare se:

- **Ad Esordio Ritardato:** se l'esordio dei sintomi avviene almeno sei mesi dopo l'evento stressante.

Riferimenti Bibliografici

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Auf der Heide, E. (2004). Common misconceptions about disasters: Panic, the disaster syndrome and looting. In M. O'Leary (Ed.), *The first 72 hours: A community approach to disaster preparedness* (Chapter 27). Lincoln, NE: iUniverse.
- Baum, A., Fleming, R., e Davidson, L. M. (1983). Natural disaster and technological catastrophe. *Environment and Behavior*, 15, 333-354.
- Bisson, J. I., Jenkins, P.L., Alexander, J., e Bannister, C. (1997). Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry*, 171, 78-81.
- Breslau, N., Davis, G., e Andreski, P. (1997). Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1044-1048.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Andreski, P. et al. (1991). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in a urban population of young adults. *Archives General of Psychiatry*, 48, 216-222.
- Briere, J. (1997). *Psychological Assessment of Adult Posttraumatic States*. Washington: American Psychological Association.
- Bromet, E. (1982). Mental health of residents near the Three Mile Island reactor: A comparative study of selected groups. *Journal of Preventive Psychiatry*, 1, 225-276.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carlson, E.B., e Dalenberg, C.J. (2000). A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. *Trauma, Violence, Abuse*, 1,1, 4-28.
- Conlon, L., Fahy, T.J., e Conroy, R. (1998). PTSD in ambulant RTA victims: A randomized controlled trial of debriefing. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 37-44.
- Cusano, M. (2002). Psicologia dell'Emergenza, specificità e dimensioni. *La professione di Psicologo*, 5, 9-12.
- Cusano, M., e Napoli, A. (2003). Fondamenti di psicologia dell'emergenza. In M. Giannantonio (a cura di) (2003), 327-343.
- Drayer, C., Cameron, D., Woodward, W., e Glass, A. (1954). Psychological first aid in community disaster. *Journal of the American Medical Association*, 156, 1, 36-41.
- Ehlers, A., e Clark, D.M. (2003). Early psychological interventions for adult survivors of trauma: A review. *Biological Psychiatry*, 53, 817-826.
- Ehrenreich, J.H. (2001). Disasters: A guidebook to psychosocial intervention. <http://www.massey.ac.nz>
- Foa, E.B., e Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Frankl, V. (1946). *Uno psicologo nei Lager*. Trad. it. Milano: Ares, 1967.
- Fullerton, C.S., Ursano, R.J., Vance, K., e Wang, L. (2000). Debriefing following trauma. *Psychiatric Quarterly*, 71 (3), 259-276.
- Gantt, P., e Gantt, R. (2012). Disaster Psychology. Dispelling the myths of panic. *Professional Safety*, 9, 42-49.
- Glass, A. (1959). Psychological aspects of disaster. *Journal of the American Medical Association*, settembre, 188.191.
- Glass, T.A., e Schoch-Spana, M. (2002). Bioterrorism and the people: how to vaccinate a city against the panic. *Clinical Infectious Diseases*, 34, 217-223.
- Giannantonio, M. (a cura di) (2003). *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*. Salerno: Ecomind.
- Gibbs, M. S. (1989). Factors in the victim that mediate between disaster and psychopathology: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 489-513.
- Gibbs, M. S. (1992). Disasters: Their impact on psychological functioning, and mediating variables. In Gibbs, M. S., Lachenmeyer, J. R., e Sigal, J. (a cura di) *Community Psychology and Mental Health* (pp.195-213). New York: Gardner.
- Gibbs, M. S., Lachenmeyer, J. R., Broska, A. and Deucher, R. (1996). Effects of the AVIANCA Air crash on Disaster Workers. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters* 14 (1): 23-32.
- Gibbs, M. S., e Montagnino, K. (2006). Disasters, A Psychological Perspective. In McEntire, D.: *Disciplines, disasters and emergency management: the convergence and divergence of concepts, issues and trends from the research literature*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Jacobs, G. A. (1995). The development of a national plan for disaster mental health. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 543-549.
- Janoff-Bulman, R., e Frieze, I. H. (1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*, 39, 1-17.
- Kenardy, J. A., Webster, R. A., Lewin, T. J., Carr, V. J., Hazell, P. L., e Carter, G. L. (1996). Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 37-49.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Micheal, H., Huges, M., e Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Krakow, B. J., Melendrez, D. C., Johnston, L. G., Clark, J. O., Santana, E. M., Warner, T. D., Hollifield, M. A., Schrader, R., Sisley, B. N., e Lee, S. A. (2002). Sleep dynamic therapy for Cerro Grande fire evacuees with posttraumatic stress symptoms: A preliminary report. *Journal of Clinical Psychiatry* 63, 673-683.
- Kulka, R. A., Schlenger, W.E., Fairbank, J. A. (1990). *Trauma and the War Vietnam Generation*. New York: Brunnel/Mazel.
- Lambert, M. J. e Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In Lambert, M. J. (a cura di) *Bergen and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change (5th Edition)* (pp. 139-193). New York: Wiley.

- Lazarus, R. e Folkman, S. (1994). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Litz, B. T., Gray, M. J., Bryant, R. A., e Adler, A. B. (2002). Early interventions for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (2), 112-134.
- Marks, E. et al. (1954). *Human reactions in disaster situation*. Chicago: National Opinion Research Center, University of Chicago.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., e Thrasher, S. (1998). Treatment of post-traumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317-325.
- Mawson, A. (2005). Understanding mass panic and other collective responses to threat and disaster. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 68(2), 95-113.
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes... The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 8, 36-9.
- Mitchell, J. T. e Everly, Jr. G. S., (2000). CISM and CISD: Evolutions, effects and outcomes. In Raphael, B. e Wilson, J. P. (a cura di) *Psychological debriefing: Theory, practice and evidence*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Norris, F. (1992). Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 3, 409-418.
- Norris, F., Perilla, J., Ibanez, G., e Murphy, A. (2001). Sex differences in symptoms of posttraumatic stress: Does culture play a role? *Journal of Traumatic Stress*, 14, 7-28.
- Norris, F., Perilla, J., Riad, J., Kaniasty, K., e Lavizzo, E. (1999). Stability and change in stress, resources, and psychological distress following natural disaster: Findings from Hurricane Andrew. *Anxiety, Stress e Coping: An International Journal*, 12, 363-396.
- North, C. S. (2002). Somatization in survivors of catastrophic trauma: A methodological review. *Environmental Health Perspectives*, 110, 636-640.
- Pennebaker, J. W. e Harber, K. (1993). A social stage model of collective coping: The Loma Prieta Earthquake and the Persian Gulf War. *Journal of Social Issues*, 49 (4), 125-146.
- Quarantelli, E. (2008). Conventional beliefs and counterintuitive realities. *Social Research: An International Quarterly*, 75(3), 873-904.
- Raphael, B. (2000). Conclusion: Debriefing – science, belief and wisdom. In Raphael, B e Wilson, J. (Eds) *Psychological debriefing: Theory, practice and evidence*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Roberts, A. R. (2000). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research (2nd edition)*. Oxford, U.K.: Oxford University Press.
- Rose, S., Brewin, C., Andrews, B., e Kirk, M. (1999). A randomized controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violent crime. *Psychological Medicine*, 29, 793-799.
- SAMHSA (2000). *Field Manual for Mental Health and Human Service Workers in Major Disasters*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: McGraw Hill.
- Smyth, J. M., Hockemeyer, J., Anderson, C., Strandberg, K., Koch, M., O'Neill, H. K., e McCammon, S. (2002). Structured writing about a natural disaster buffers the effects of intrusive thoughts on negative affect and physical symptoms. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2002-1. <http://www.massey.ac.nz>
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures (2nd ed.)*. New York: Guilford Press
- Shapiro, F., Kaslow, F. W., e Maxfield, L. (a cura di) (2011). *Manuale di EDMR e terapia familiare*. Milano: Edizione Ferrari Sinibaldi.
- Solomon, R. M., e Macy, R. D. (2003). *La gestione dello stress da eventi critici*. In M. Giannantonio (a cura di) (2003), 365-387.
- Solomon, S. Smith, E. e Robins, L. (1987). Social involvement as a mediator of disaster-induced stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 1092-1112.
- Stierlin, A. (1990). *Ueber die medizinischen Folgezustände der Katastrophe*. Berlin: von Courrieres.
- Sundin, E. C. e Horowitz, M. J. (2003). Horowitz's Impact of Events Scale: Evaluation of 20 years of use. *Psychosomatic Medicine*, 65, 870-876.
- Tyhurst, J. (1957). Psychological and social aspects of civilian disaster. *Canadian Medical Association Journal*, 76, 385-393.
- Wolfenstein, M. (1957). *Disaster: a psychological essay*. Glencoe, California: Free Press.
- Young, B. H., Ford, J. D., Ruzek, J. I., Friedman, M. J., e Gusman, F. D. (2002). *L'assistenza psicologica nelle emergenze*. Trad. it. Trento: Erickson.
- Zuliani, A. (2006). *Manuale di psicologia dell'emergenza*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.

Master in Psicologia Giuridica

Il ruolo della psicologia in ambito giuridico civile e penale

1 anno - 240 ore - riservato a laureati in Psicologia

prossima edizione: gennaio - dicembre 2014

Patrocinato dal Ministero della Giustizia



Informazioni e iscrizioni:

www.spc.it - segreteria@spc.it - tel. 0552479220



EMPATIA E NEURONI SPECCHIO: UNA PROSPETTIVA NEUROBIOLOGICA DELL'INTERSOGGETTIVITÀ

di Glenda Mazza, Alessia Targioni

dottori in psicologia, tirocinanti post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

Quando interagiamo con i nostri simili non ci limitiamo ad osservare le azioni che vengono messe in atto durante questo scambio, ma per ogni comportamento osservato ne cogliamo anche gli aspetti più prettamente emotivi e sensoriali. Questo legame affettivo interpersonale che si instaura tra coloro che interagiscono all'interno di un contesto sociale è dettato dall'empatia. È tramite l'empatia che tale legame riesce a svilupparsi. Per empatia si intende la capacità di comprendere lo stato d'animo di un'altra persona, e quindi le emozioni da essa esperite. L'empatia si caratterizza come una capacità tipicamente umana, che permette di immedesimarsi nei panni degli altri comprendendo istantaneamente pensieri e stati d'animo altrui. Infatti, come sottolinea Fortuna (1999, p. 11), empatia significa “sentire dentro” le emozioni provate da altri. Si tratta quindi di una modalità molto profonda di comprensione perché prevede l'immedesimazione nei sentimenti di un altro individuo. L'empatia è un meccanismo complesso, poiché tramite essa si passa da un atteggiamento di osservazione esterna dell'altro al tentativo di comprensione di come, invece, costui si sente interiormente.

Studi recenti sui neuroni specchio, scoperti da Giacomo Rizzolatti, confermano che l'empatia non nasce da uno sforzo intellettuale, è bensì parte del corredo genetico della specie umana. La ricerca scientifica negli ultimi anni si sta interessando di conoscere le basi biologiche dell'empatia. A questo scopo sono stati condotti esperimenti, illustrati in seguito all'interno di questo articolo, mediante tecniche

di *neuroimaging* ed elettrofisiologiche, al fine di indagare il possibile legame fra l'empatia ed i neuroni specchio nell'uomo, i quali potrebbero avere un ruolo funzionale nel meccanismo empatico. Questi neuroni, come risulta dalle ricerche eseguite da Rizzolatti, si attivano sia quando un'azione viene effettuata da un individuo, sia quando questo stesso individuo osserva la medesima azione eseguita da un altro soggetto (Rizzolatti, 2005).

Gli esseri umani percepiscono le emozioni tramite un meccanismo di rappresentazione delle azioni altrui che permette lo sviluppo dell'empatia modulando il nostro vissuto emotivo. L'empatia riveste perciò un notevole ruolo sociale poiché permette la condivisione di esperienze, bisogni ed obiettivi tra gli individui (Carr et al., 2003). Vittorio Gallese (2001), esperto di neuroni specchio, sostiene che la capacità di sentire emozioni e di intrattenere relazioni sociali con altri individui sia facilitata dall'abilità di rispecchiarsi nel comportamento altrui, riconoscendo l'altro come nostro simile, proprio grazie alle competenze empatiche che possediamo.

“Empatia” è una parola che deriva dalla traduzione inglese della parola tedesca “*einfihlung*”, introdotta da Theodore Lipps (1903), che venne utilizzata per indicare la relazione esistente tra un'opera d'arte e il suo osservatore, il quale proietta l'immaginazione nell'oggetto contemplato. Lipps (1903) estese poi il significato di empatia anche all'intersoggettività che si crea con “l'imitazione interiore” (*inner imitation*) dei movimenti altrui percepiti. L'osservazione di tali movimenti provoca infatti in prima persona la nascita di

reazioni sensoriali ed emotive (Lipps, 1903, in Gallese, 2001).

Secondo la filosofa tedesca Edith Stein (1964) il concetto di empatia non si limita alla semplice comprensione dei sentimenti e delle emozioni: l'altro da noi è vissuto come se si trattasse di noi stessi, attraverso un apprezzamento di somiglianza che risiede nell'esperienza dell'azione comune. Di conseguenza si può affermare che la capacità di afferrare il significato del mondo non sia unicamente affidata alla rappresentazione visiva, ma sia influenzata dall'azione senso-motoria legata ai processi mentali (Gallese, 2001). George Herbert Mead (1934) sostiene che l'unico modo per oggettivare se stessi è assumere la prospettiva dell'altro, come guardare la propria immagine riflessa in uno specchio. Quando osserviamo il comportamento delle altre persone si crea, infatti, un legame affettivo interpersonale dotato di significato; l'empatia è esattamente la capacità di stabilire questo legame (Gallese, 2003a). Il legame empatico non si esaurisce nella capacità di comprendere le emozioni altrui, ma consente anche di conoscere implicitamente le sensazioni esperite da costoro. In letteratura sono riportate ricerche sull'età evolutiva che hanno permesso di scoprire che bambini instaurano dal secondo mese di vita ciò che Stern (1985) definisce "consonanza affettiva": un tipo particolare di corrispondenza cross-modale delle espressioni affettive interpersonali. Viene cioè riprodotto, in modo sincronizzato, un aspetto del comportamento che riflette lo stato affettivo della persona (Stern, 1985). Tali espressioni affettive (come movimenti corporei, espressioni facciali, vocalizzazioni) differiscono nella forma e nell'intensità, ma condividono sempre la stessa dimensione di risonanza emotiva; ed è perciò che Lipps (1903) considera l'empatia come una forma di "imitazione interiore" (si veda Gallese, 2003a).

Vittorio Gallese (2003a, p. 29) ritiene che "quando osserviamo il comportamento di altri individui e ne esperiamo la piena gamma espressiva (dal modo in cui essi agiscono, alle emozioni o sensazioni che manifestano) si viene a creare automaticamente un legame interpersonale dotato di significato intellegibile.

Possiamo quindi ipotizzare che ogni individuo decodifichi la qualità delle sensazioni e delle emozioni contenute ed espresse dal comportamento altrui senza la necessità di sforzi cognitivi. Il significato delle espressioni del comportamento affettivo viene perciò compreso automaticamente e implicitamente dall'osservatore (Gallese, 2003a).

Alcune considerazioni sull'empatia

Alcune importanti ricerche avvenute in ambito neuroscientifico hanno rivelato la presenza, prima nel cervello delle scimmie e successivamente in quello dell'uomo, di una specie molto particolare di neuroni chiamati "neuroni specchio", la cui caratteristica è quella di attivarsi sia quando un soggetto compie una determinata azione, sia quando è un altro individuo a compierla innanzi ai suoi occhi (Rizzolatti, e Sinigaglia, 2006; in Bracco, 2005). La base biologica dell'empatia potrebbe trovare riscontro proprio in questo assunto, poiché le strutture neuronali che si attivano quando esperiamo alcune sensazioni ed emozioni sono le stesse di quando attribuiamo a qualcun'altro questi sentimenti consentendoci di comprendere il vissuto altrui. Ma questo meccanismo non si attiva soltanto mentre osserviamo una certa azione ma anche solo ascoltando i rumori che essa produce o la descrizione che ci viene data della stessa (per approfondimenti si veda: Buccino et al., 2005; Kohler et al., 2002; Tettamanti et al., 2004.).

Vittorio Gallese, come spiegheremo in seguito, sostiene che alla base del processo di empatia vi sia una "simulazione incarnata" (Gallese, 2005b). Egli ritiene infatti che: "percepire un'azione, e comprenderne il significato, equivale a simularla internamente" (Gallese, 2006c, pp. 236-243). La comprensione delle azioni umane deriva dalla capacità di cogliere negli altri una certa somiglianza con noi stessi e ciò produce un sentimento di familiarità fra noi e loro. C'è differenza infatti tra provare empatia nel vedere una mano, rispetto all'empatia provata vedendo la zampa di un cane poiché anche in questo caso c'è una certa immedesimazione, ma sicuramente diversa da quella umana (Bracco, 2005).

Husserl (1973; in Bracco, 2005) ritiene che quando percepiamo il corpo degli altri come somigliante al nostro, compiamo una *trasposizione analogica*, la quale consente di attribuire all'altro percezioni, pensieri e stati d'animo simili ai nostri. L'empatia è dunque un particolare vissuto che implica non soltanto il riconoscimento di una somiglianza esteriore tra noi e gli altri, ma un'analogia più profonda. La somiglianza che riscontriamo in un altro individuo realizza con esso un possibile contatto, sebbene Husserl (1994; in Bracco, 2005) spieghi che la *trasposizione analogica* alla base dell'empatia a volte rappresenti anche un problema, poiché l'appercezione dei vissuti altrui, resa possibile dall'atto empatico, non colma sufficientemente la distanza che c'è tra il proprio corpo fisico e quello dell'altro. Grazie all'empatia la nostra coscienza comprende i vissuti altrui anche se non totalmente, poiché è chiaro che la totalità di un'altra persona rimane sempre inaccessibile. È sulla base dell'esperienza passata che si crea una certa aspettativa empatica rispetto ad azioni o sentimenti manifestati dalle altre persone. L'empatia stessa poi si modifica a seconda che le nostre aspettative vengano soddisfatte o meno: se ci prospettiamo che un individuo si comporti secondo una certa modalità e invece questi mostra un comportamento opposto a quello previsto, la nuova esperienza delle sensazioni altrui creerà nel nostro cervello un nuovo schema che prenderà il posto di quello precedente (Bracco, 2005).

Secondo Edith Stein (1998) la vita psichica dell'altro ci permette, in un certo senso, di conoscere anche la nostra, chiarendo alcuni tratti del nostro vivere che potrebbero essere sfuggiti alla nostra esperienza personale ma che sono comunque visibili dall'esterno (in Bracco, 2005). Quindi l'empatia rappresenta un'esperienza che consente di scoprire nuovi aspetti di noi stessi e della relazione con il mondo in cui siamo coinvolti, costruendo dinamicamente la nostra soggettività (Bracco, 2005).

Theodore Lipps (1903) descrisse, come precedente detto, il meccanismo empatico in riferimento alla simulazione interiore delle azioni altrui. In linea col suo concetto, esperimenti riportano che i soggetti

maggiormente empatici possiedono una mimica non cosciente di posture, manierismi ed espressioni facciali manifestate da altre persone (*effetto camaleonte*) in misura maggiore dei soggetti meno empatici (Chartrand e Bargh, 1999). Pertanto, l'empatia potrebbe riprodursi attraverso un meccanismo di rappresentazione dell'azione che modula e modella i contenuti emozionali (Carr et al., 2003).

Husserl sostiene che il corpo sia lo strumento principale della nostra capacità di condividere esperienze con gli altri (Sheets-Johnson, 1999; in Gallese, 2003c). Dalla nascita in poi il mondo, abitato da esseri viventi, costituisce il parco giochi delle nostre interazioni. L'empatia risulta quindi essere profondamente radicata nell'esperienza del nostro corpo vissuto, ed è questa esperienza che ci permette di riconoscere direttamente gli altri non come corpi dotati di una mente, ma come persone simili a noi stessi (Gallese, 2003c).

La scoperta dei neuroni specchio ha permesso di evidenziare un'attivazione neurale comune tra quando un dato comportamento è effettuato in prima persona e quando invece questo viene osservato eseguito da altri. Vittorio Gallese (2003c) sostiene che proprio questo meccanismo potrebbe originare la nostra capacità di condividere sentimenti ed emozioni con gli altri e quindi, secondo questa ipotesi, l'empatia potrebbe essere l'espressione funzionale di meccanismi neurali condivisi che trovano un riscontro sperimentale all'interno del meccanismo dei neuroni specchio.

La scoperta dei neuroni specchio

I neuroni specchio vennero scoperti grazie alle ricerche di Giacomo Rizzolatti e della sua équipe svolte nel corso degli anni Novanta presso l'Università di Parma. Dopo la scoperta i neuroscienziati si impegnarono ad indagare ed analizzare, mediante ricerche empiriche, il funzionamento neurale del meccanismo dei neuroni *mirror*.

Per comprendere questa eccezionale scoperta occorre fare una breve premessa, spiegando, innanzi tutto, cosa sono i neuroni specchio: si tratta di una categoria specifica di neuroni che scaricano producendo impulsi elettrici quando un individuo compie un'azione volontaria,

attivandosi in egual modo anche quando il soggetto sta osservando un'azione simile svolta da un'altra persona (Rizzolatti, 2005).

Questi neuroni vennero dapprima individuati nelle scimmie macaco e successivamente vennero identificati anche nel cervello umano. Data l'impossibilità di usufruire di strumenti d'indagine che andassero a monitorare direttamente l'attività dei singoli neuroni, come avvenne invece per gli esperimenti sui macachi, nel cervello umano i neuroni specchio sono stati studiati indirettamente mediante tecniche elettrofisiologiche e di *neuroimaging* che hanno rivelato l'attivazione di aree omologhe a quelle che si innescavano nella scimmia durante l'osservazione di azioni volontarie obbiettivo-dirette (Rizzolatti e Craighero, 2004).

Negli ultimi anni, sono state avanzate varie ipotesi sul ruolo funzionale dei neuroni specchio. Infatti, potrebbero essere implicati nella comprensione delle azioni, nell'imitazione e nell'apprendimento imitativo, nella comprensione delle intenzioni altrui, ed inoltre potrebbero avere un ruolo importante anche per quanto riguarda l'empatia (Rizzolatti e Craighero, 2004; Gallese, Keysers, e Rizzolatti, 2004).

Benché Rizzolatti (2005) sostenga che i neuroni mirror non possiedano uno specifico ruolo funzionale, si ritiene che il sistema dei neuroni specchio possa rappresentare un possibile meccanismo neuronale di base dal quale si sia sviluppato il linguaggio (Rizzolatti e Arbib, 1998). La prima ipotesi proposta sul ruolo funzionale di questo meccanismo riguarda infatti la comprensione delle azioni altrui (Gallese, Fadiga, Fogassi, e Rizzolatti, 1996; Rizzolatti, Fadiga, Gallese, e Fogassi, 1996; entrambi in Rizzolatti, 2005). Questa ipotesi è stata empiricamente dimostrata mediante esperimenti eseguiti con risonanza magnetica funzionale (fMRI) che hanno altresì dimostrato che le aree specchio, oltre alla comprensione delle azioni, mediano anche la comprensione delle intenzioni altrui (Iacoboni et al. 2005, in Rizzolatti, 2005).

Il riconoscimento dell'azione coinvolge l'attivazione del sistema motorio, infatti la semplice percezione visiva dell'azione in sé, senza il coinvolgimento del sistema motorio, consentirebbe unicamente una descrizione degli

aspetti visibili dei movimenti agiti, in cui non sarebbero fornite le informazioni sulle componenti intrinseche dell'azione osservata, sullo specifico significato dell'azione compiuta e sui collegamenti con altre azioni osservate ad essa collegate (Rizzolatti, 2005). L'attivazione parietale-premotoria del circuito specchio è fondamentale per fornire all'osservatore una reale comprensione dell'azione osservata: (Rizzolatti, 2005). La comprensione delle intenzioni legate allo svolgimento di una determinata azione rappresenta quindi il "perché" quell'azione viene messa in atto (Rizzolatti, 2005).

Le funzioni mediate dal meccanismo dipendono dalle proprietà anatomico-fisiologiche del circuito in cui questi neuroni sono collocati. Nei primi studi sperimentali vennero analizzate azioni prive di contenuto emotivo, di conseguenza l'attivazione di tali neuroni fu trovata in circuiti parietali e premotori connessi al controllo motorio delle azioni (Rizzolatti, 2005). Molti laboratori si sono interessati successivamente anche allo studio della possibile connessione fra i meccanismi mirror e gli aspetti affettivo-emotivi delle azioni svolte ed osservate. Le evidenze sperimentali ottenute hanno poi dimostrato il ruolo funzionale dei neuroni specchio nella capacità umana dell'empatia.

Empatia: una possibile manifestazione della simulazione incarnata

Come abbiamo precedentemente descritto, i neuroni specchio permettono di creare a livello cerebrale una rappresentazione senso-motoria di ciò che osserviamo eseguire dagli altri. Si crea quindi un'attività cerebrale riflessa degli agiti altrui, proprio come se fossimo noi stessi ad agire in prima persona l'azione osservata. Gli atti motori che compongono l'azione stessa sono accompagnati anche da aspetti prettamente sensoriali ed emotivi. Di conseguenza l'azione osservata viene rivissuta con il suo corredo emotivo-sensoriale. Tali evidenze empiriche trovano un riscontro teorico all'interno della corrente psicologica dell'*embodied cognition* (o cognizione incarnata). L'approccio cognitivo della cognizione

incarnata riporta la centralità di corpo ed esperienza nel meccanismo della cognizione. Come analizzato da Grafton (2009), esistono molteplici definizioni di questo costrutto, la più accreditata esplicita l'esistenza di un sistema di memoria che codifica la conoscenza di competenze fisiche da persona a persona, mettendo l'essere umano in grado di interagire col mondo circostante. Da questa prospettiva deriva il concetto di *simulazione incarnata*, che si ritiene essere il meccanismo funzionale alla base dell'attivazione specchio riportata dai substrati neurali contenenti i neuroni mirror (Gallese, Migone, e Morris, 2006). L'attività neurale riflessa dei neuroni specchio, prodotta per mezzo dell'osservazione, permette di rivivere tramite la mappatura corticale del medesimo substrato nervoso le azioni esperite dagli altri, accompagnate dalle emozioni e sensazioni che le caratterizzano. L'osservazione causa, pertanto, una simulazione incarnata, ovvero legata all'esperienza che facciamo per mezzo del nostro corpo, dell'azione osservata (Gallese, 2003a). Siccome il termine in sé può assumere connotazioni diverse, in questa trattazione ci atterremo all'accezione di simulazione utilizzata da Vittorio Gallese (2003a, p. 33), il quale ritiene che il termine "connoti il tentativo di imitare le caratteristiche di un processo o situazione, impiegando mezzi o strategie analoghe, col fine di comprenderlo meglio". La simulazione è perciò intesa come un processo di modellizzazione di eventi o situazioni, volto ad una loro comprensione generata all'interno di noi stessi per mezzo di funzionalità neurali specifiche. Occorre sottolineare che la simulazione incarnata non è una caratteristica esclusivamente intrinseca nel sistema motorio, bensì è uno strumento che permette ad ogni essere umano di conoscere il mondo circostante tramite le interazioni effettuate verso di esso (Gallese, 2003a). Possiamo presumere quindi che la realtà si configuri come una rappresentazione mentale creata per mezzo delle interazioni intraprese, determinando di conseguenza la nascita di una "consonanza intenzionale" che ci consente di provare un senso di familiarità verso gli altri (Gallese, 2006a).

Il significato degli stati emotivi altrui sembra quindi essere compreso secondo una modalità

implicita ed automatica, per mezzo di un meccanismo che non necessita di alcuna mediazione cognitiva. Da quanto analizzato possiamo infine supporre che la simulazione incarnata, intesa come un tipo di riproduzione automatica, non consapevole e pre-riflessiva, possa caratterizzarsi come un correlato funzionale dell'empatia, e di conseguenza possa essere mediata a livello cerebrale dai substrati neurali basati su reti costituite da neuroni mirror.

Empatia e neuroni specchio: le evidenze empiriche

Le indagini neuroscientifiche hanno permesso, mediante l'ausilio di tecniche di neuroimmagine ed elettrofisiologiche, di individuare la localizzazione anatomica delle aree cerebrali comprendenti i neuroni specchio. Il sistema specchio è costituito da due reti corticali. La prima rete è composta dal lobo parietale, dalla corteccia premotoria e dalla sezione caudale del giro frontale inferiore. Questa rete neurale è chiamata *sistema specchio parieto-frontale*. La seconda rete è invece rappresentata dall'insula e dalla corteccia frontale mesiale anteriore. Tale rete rappresenta invece il *sistema specchio limbico*. Si ipotizza che il sistema specchio parieto-frontale sia connesso con il riconoscimento del comportamento volontario, mentre il sistema specchio limbico sia coinvolto nel riconoscimento del comportamento caratterizzato da aspetti emotivi. Proprio per questo legame mostrato dai neuroni specchio verso i comportamenti con connotati emotivi i neuroscienziati hanno indagato le basi biologiche del possibile legame tra queste reti neurali e il costrutto psicologico dell'empatia. Il complesso limbico, strettamente connesso al sistema emotivo-affettivo, include l'*insula* che si suddivide in una regione anteriore viscerale (che include l'insula agranulare e l'insula disgranulare anteriore) ed in una posteriore polimodale (insula granulare ed insula disgranulare posteriore) (Mesulam, e Mufson, 1982a; 1982b; in Gallese, e Sinigaglia, 2006). La porzione anteriore insulare riceve inoltre informazioni provenienti dalla regione ventrale del *solco temporale superiore* (STS), regione cerebrale che risponde alla vista dei volti (si presuppone che per mezzo del lobo parietale la corteccia

prefrontale riesca ad ottenere le informazioni visive che permettono l'attivazione dei neuroni mirror, infatti il lobo parietale è in stretta comunicazione sia con le aree prefrontali che con le regioni visive e per esattezza proprio col solco temporale superiore) (Bruce, Desimone, e Gross, 1981; Desimone et al., 1984; Perrett et al., 1984; in Gallese, e Sinigaglia, 2006).

Prove sperimentali hanno dimostrato che la sezione anteriore dell'insula si attiva anche con l'osservazione di espressioni facciali di disgusto (per approfondimenti Philipps et al., 1997; 1998). Studi clinici accreditano tali evidenze. Calder (2000) descrive il caso di un suo paziente che riportava danni a livello dell'insula sinistra e del putamen, causati da un'emorragia cerebrale e studiati mediante analisi con risonanza magnetica funzionale (fMRI).

Il danneggiamento di tale sistema neurale causò il malfunzionamento del riconoscimento dei segnali sociali di disgusto manifestato dagli altri mediante diverse modalità. Infatti il soggetto oltre a non riconoscere le espressioni facciali non riusciva nemmeno ad identificare l'emozione ascoltando suoni non verbali che rimandassero all'emozione del disgusto, come ad esempio il suono di conati di vomito. Ciò avveniva esclusivamente per l'emozione del disgusto. Il deficit polimodale del soggetto presentava una complementarietà sul piano personale, infatti egli raccontava che nelle sue esperienze emozionali riusciva a provare un senso del disgusto molto lieve e tenue. Tale condizione non veniva però riportata per altre emozioni, come ad esempio la felicità o la paura. Il danno all'insula e alle sue zone circostanti determina perciò un deficit cross-modale selettivo per un'unica emozione, ed il substrato neurale coinvolto sembra mediare sia per l'espressione dell'emozione in prima persona che per la sua comprensione quando manifestata da altri.

Anche Adolphs (2003) e colleghi indagarono su un caso analogo. Il paziente B. presentava lesioni estese bilaterali dell'insula. Come il soggetto precedente, il paziente B. mostrava incapacità nel riconoscimento di espressioni facciali che mostrassero il disgusto. Il malfunzionamento si presentava con modalità polimodale. Esso si manifestava sia per stimoli visivi, statici o dinamici, che per stimoli verbali,

come il racconto di storie che descrivevano atti motori connessi ad azioni. Quando B. ascoltava storie di persone che vomitavano credeva che mostrassero fame oppure sosteneva che vomitassero perché il cibo fosse delizioso. Era quindi del tutto incapace di associarvi l'emozione del disgusto. Non reagiva nemmeno alla visualizzazione di cibi considerati disgustosi. Anche B. era incapace di provare disgusto, infatti si alimentava indiscriminatamente, mangiando anche oggetti non commestibili. I dati ricavati da questi studi ci permettono di ipotizzare l'esistenza di un substrato neurale comune insito nell'insula per poter esperire in prima persona ed identificare l'emozione del disgusto quando viene manifestata dagli altri. Le evidenze qui riportate restano comunque prevalentemente indirette per poter identificare la presenza di un meccanismo specchio funzionale della capacità empatica.

Nel 2003, Wicker e colleghi strutturano un esperimento che indagasse, mediante fMRI, il meccanismo neurale sottostante la capacità di comprensione delle emozioni altrui per mezzo dell'analisi fenomenica dell'esperienza del disgusto. I volontari vennero sottoposti a due sessioni sperimentali di compiti visivi e a due di compiti olfattivi. Durante le prime due dovevano osservare la manifestazione del disgusto e del piacere. I volontari infatti visualizzavano filmati in cui delle persone odoravano un liquido trasparente in un contenitore e di conseguenza provavano disgusto o piacere, assumendo quindi espressioni facciali congrue all'emozione esperita. Nelle sessioni olfattive invece i soggetti erano sottoposti all'inalazione, in prima persona, di odori piacevoli o disgustosi. La stimolazione olfattiva determinò l'attivazione di insula e amigdala. Ma mentre l'amigdala si attivava in entrambe le condizioni in egual modo, presentando una sovrapposizione delle attivazioni neurali, l'insula presentava attivazioni nettamente distinte. Odori sgradevoli causavano l'attivazione del settore anteriore dell'insula, destra e sinistra, mentre odori piacevoli determinavano un'attivazione prevalentemente posteriore della regione destra dell'insula. Per quanto riguarda invece la sessione sperimentale visiva, l'insula si attivava

esclusivamente per la visualizzazione di espressioni di disgusto. Il dato più importante fu proprio l'attivazione insulare riscontrata nella regione anteriore sinistra, che coincideva esattamente con quella riportata dalla stimolazione in prima persona mediante odori disgustosi. Sovrapposizioni nelle attivazioni cerebrali, fra le due condizioni sperimentali, sono state identificate anche nella zona di transizione tra l'insula e il giro frontale inferiore, e nella corteccia cingolata anteriore dell'emisfero destro. L'amigdala invece non presentava alcuna attivazione durante l'osservazione del disgusto (si veda la Figura 1) (Wicker et al., 2003).

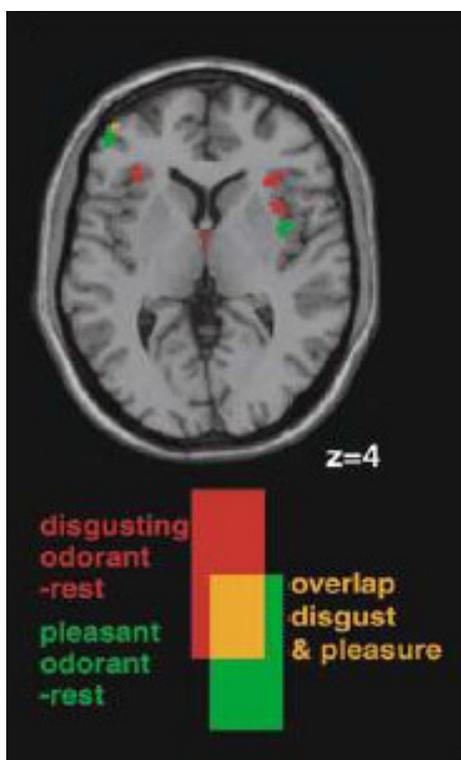


Fig. 1. Porzione assiale che mostra gli effetti dell'inalazione di odori nell'insula. L'attivazione è bilaterale e anteriore nel caso di odori disgustosi ed è confinata in una regione più posteriore dell'insula destra nel caso di odori piacevoli. Non c'è sovrapposizione nell'insula tra le attivazioni determinate dai due tipi di odore. La codificazione dei colori è indicata in basso a destra (Wicker et al., 2003).

Ciò è in accordo con studi precedenti che ipotizzano una dissociazione tra le basi neurali del riconoscimento della paura, in cui l'amigdala è principalmente coinvolta, e in quella del disgusto, in cui l'amigdala non sembrava giocare un ruolo cruciale (Calder, Lawrence, e Young, 2001). Le evidenze suggeriscono quindi la presenza di un substrato neurale mirror situato

nella porzione insulare posteriore sinistra, che si attiva sia quando l'emozione del disgusto viene esperita soggettivamente, sia quando invece quest'ultima è riconosciuta mediante l'osservazione di espressioni facciali altrui che indicano questa emozione. È possibile quindi leggere, secondo la prospettiva della simulazione incarnata come manifestazione funzionale dei neuroni specchio, il caso clinico proposto da Calder (2000) precedentemente analizzato. Anche nel caso del paziente B., l'incapacità di provare le esperienze emotive in prima persona correlava all'impossibilità di identificarle quando venivano manifestate dagli altri (Adolphs, Tranel, e Damasio, 2003).

Oltre al disgusto, l'osservazione di altre espressioni facciali con valenza emotiva attivano le regioni dell'insula anteriore e dell'operculum frontale adiacente (I/FO), coinvolte nell'esperienza in prima persona di emozioni simili innescate da stimoli olfattivi, gustativi e nocicettivi (Keysers e Gazzola, 2009). Molti ricercatori si sono interessati allo studio della percezione e dell'esperienza del dolore. Evidenze preliminari hanno ipotizzato l'esistenza negli esseri umani di un sistema di neuroni che rispondono al dolore con un meccanismo dotato di caratteristiche specchio (Gallese, 2003a). Hutchinson (1999) e colleghi hanno analizzato in esseri umani l'attività di singoli neuroni sottoposti a stimoli di tipo nocicettivo. I neuroni registrati erano situati nella corteccia cingolata, posta nella superficie mesiale del lobo frontale. Questo tipo di analisi è stato possibile poiché gli 11 soggetti analizzati dovevano essere sottoposti ad un intervento di ablazione parziale della corteccia cingolata per il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo e di alcune forme di depressione grave. Prima della cingolotomia della corteccia frontale, Hutchinson e la sua équipe registrarono l'attività neurale di singoli neuroni su pazienti vigili ed anestetizzati solo localmente. I risultati dello studio riportano che un neurone che rispondeva all'applicazione di stimoli dolorosi, generati con microelettrodi sulla mano del soggetto in analisi, rispondeva in modo analogo quando il soggetto stesso osservava il neurochirurgo applicare uno stimolo nocicettivo alle dita della propria mano. Gli stimoli dolorosi evocavano a livello neurale lo

stesso tipo di risposta, indipendentemente dal fatto che fossero indotti in prima persona o osservati quando applicati su un altro soggetto. Gli stimoli dolorosi a cui vennero sottoposti i pazienti erano di vario genere (caldo doloroso, freddo doloroso, dolore meccanico prodotto da punture di spillo) e le risposte neurali stimolo-specifiche vennero registrate nella corteccia cingolata anteriore (area di Brodmann 24b), includendo le cellule neuronali che scaricavano preferenzialmente agli stimoli di punture di spillo. Anche queste scaricavano sia quando il dolore era applicato sulla mano del soggetto, sia quando era somministrato allo sperimentatore. Si può ipotizzare quindi che il fenomeno osservato possa essere riconducibile a un processo di simulazione neurale, in questo caso a una simulazione dell'esperienza del dolore (Hutchinson et al. 1999; Morrison, Lloyd, Di Pellegrino, e Roberts, 2004; Gallese, 2003a).

Altri laboratori si interessarono allo studio della nocicezione utilizzando però tecniche di indagine più dirette. Tania Singer (2004) e collaboratori condussero un esperimento di analisi del dolore utilizzando la fMRI, basandosi sul costrutto di empatia, mediante la quale è possibile rivivere il dolore vissuto da altre persone. Le condizioni sperimentali a cui erano sottoposti i volontari erano strutturate secondo la seguente procedura: nella prima condizione essi ricevevano uno shock elettrico doloroso, mediante elettrodi posti sul dorso della loro mano, mentre nella seconda potevano vedere una persona cara sulla cui mano erano posti gli stessi elettrodi che prima erano stati usati sulla mano del soggetto in esame e veniva riferito loro che i soggetti osservati avrebbero subito lo stesso tipo di procedimento a cui erano stati sottoposti loro precedentemente. I risultati mostrarono che in entrambe le condizioni sperimentali si attivavano porzioni dell'insula anteriore, bilateralmente, e la porzione rostrale della corteccia cingolata anteriore (si veda la Figura 2).

La percezione del dolore proprio e di quello altrui, evocato dall'osservazione, sembra essere mediata da un meccanismo specchio molto simile a quello che è stato riscontrato negli esperimenti sul disgusto precedenti (Singer et al., 2004; Gallese, 2003a).

Anche Morrison (2004) e colleghi ottennero risultati simili. Infatti, le analisi riscontrate

mediante fMRI mostrarono che sia nel caso in cui il soggetto in analisi fosse sottoposto a uno stimolo moderatamente doloroso, generato da punture di spillo sulle dita della mano, sia nel caso in cui il soggetto stesso fosse testimone di una situazione analoga, in cui un secondo volontario veniva sottoposto a una condizione sperimentale con una stimolazione simile, si registrava l'attivazione dell'area cerebrale dolore-correlata nella corteccia cingolata dorsale anteriore destra (ACC). L'attività cerebrale comune ricollegabile alla stimolazione dolorosa mediante stimoli tattili e visivi si mostrava limitata alla corteccia cingolata anteriore inferiore destra (area di Brodmann 24).

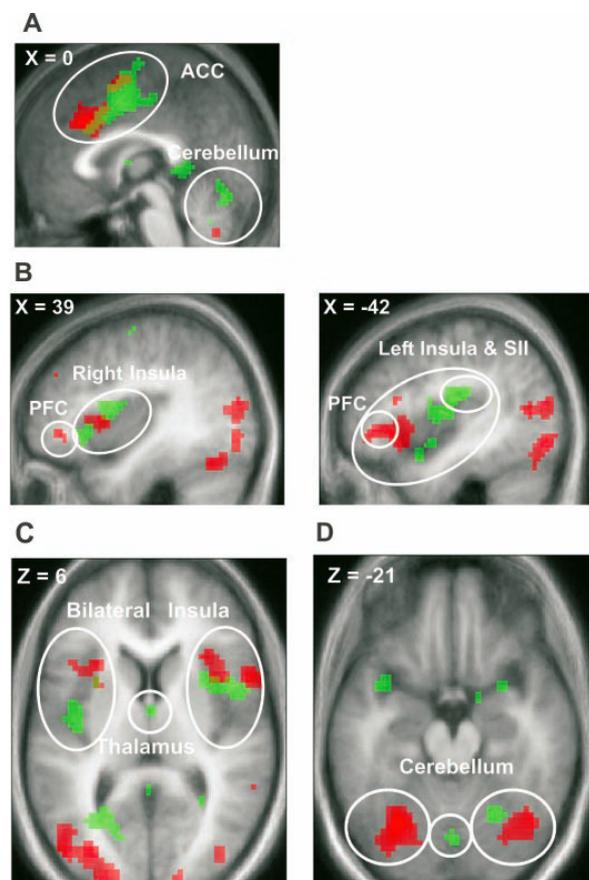


Fig. 2. Attivazioni nocicettive associate ad entrambe le esperienze di dolore, in prima persona o osservato. Le aree verdi mostrano un'attivazione significativa ($P < 0.001$) nel contrasto dolore-non dolore nella condizione "dolore in prima persona" e le aree in rosso per la condizione dolore-non dolore nella condizione "dolore osservato". Le attivazioni sono mostrate nelle sezioni sagittale (A e B) e assiale (C e D). (A) Attivazioni della corteccia cingolata anteriore (ACC) e del cervelletto. (B) L'attivazione bilaterale della corteccia insulare si estende nella corteccia frontale laterale, l'attivazione dell'insula sinistra posteriore si estende invece nella corteccia somatosensoriale secondaria (SII), bilateralmente nella corteccia occipitale, e nella corteccia fusiforme. (C) Insula bilaterale e talamo mediodorsale. (D) Cervelletto/giro fusiforme medio e laterale (Singer et al., 2004).

I risultati suggeriscono quindi l'esistenza di un substrato neurale condiviso per il dolore percepito fisicamente e visivamente, il quale viene generato dall'osservazione di videoclip di persone sconosciute che subiscono punzecchiature delle dita che inducono dolore fisico. All'opposto, la corteccia somatosensoriale primaria mostrava attivazioni significative sia in risposta alla condizione sperimentale di stimolazione nocicettiva sia verso la condizione di controllo di stimolazione innocua, eseguita con l'ausilio di un batuffolo di cotone invece che per mezzo di un ago. Ciò non avveniva nel caso della stimolazione visiva mediante video. I diversi pattern di risposte nelle due aree sono coerenti col ruolo di ACC nel codificare la dimensione affettivo-emotiva del dolore, la quale è associata alla preparazione delle risposte comportamentali agli eventi avversi. Il risultato principale di questo studio è rappresentato da una sovrapposizione focale delle attivazioni neurali dell'area dolore-correlata ACC, nello specifico di 24b, e ciò suggerisce l'esistenza di un substrato neurale comune per il dolore provato ed osservato (si veda la Figura 3).

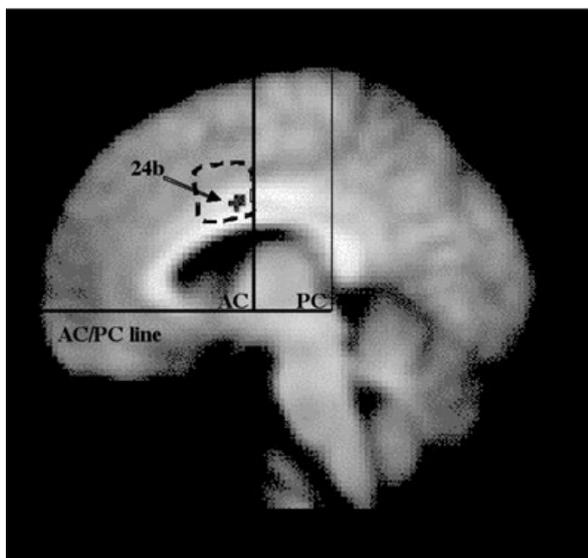


Fig. 3. Attivazione di ACC in risposta alla stimolazione dolorosa mediante la modalità tattile e visiva. L'immagine mostra la sezione sagittale in cui è presente l'attivazione comune tra gli effetti principali tra il sentire il dolore mediante l'ago in prima persona e contro il vederlo esperito da qualcun altro (Morrison, Lloyd, Di Pellegrino, & Roberts, 2004).

Tale attività condivisa offre un potenziale meccanismo per una rapida valutazione soggettiva di eventi dolorosi subiti da altre

persone che ne causano danni a livello tissutale (Morrison, Lloyd, Di Pellegrino, & Roberts, 2004). Questi risultati confermano le evidenze riscontrate negli studi neurofisiologici e di neuroimmagine precedentemente trattati, i quali mostravano che la processazione del dolore nella corteccia cingolata anteriore, e in special modo nell'Area 24b, può utilizzare informazioni visive nella codifica del dolore (si veda Hutchinson et al., 1999; Singer et al., 2004).

Sulla scia degli esperimenti già analizzati, anche Jackson (2005), con i suoi collaboratori, indagò le basi neurali della condivisione affettiva interpersonale. In questo esperimento, strutturato avvalendosi della fMRI, i volontari visualizzavano una serie di immagini statiche che raffiguravano mani e piedi in situazioni quotidiane che avrebbero probabilmente causato dolore, come per esempio un piede o una mano che rimanevano a contrasto di una porta o di una portiera di un'auto, oppure un dito della mano che veniva tagliato per errore mentre venivano affettati degli ortaggi. La condizione di controllo, con cui veniva confrontata la condizione sperimentale, era invece rappresentata da una serie di immagini statiche che mostravano situazioni simili alle precedenti ma che non implicassero una situazione che generasse dolore, come per esempio un piede vicino allo spigolo della porta oppure una mano che apre una porta tramite la maniglia.

Ai volontari veniva richiesto di fare una valutazione del livello di dolore che esperivano i soggetti visualizzati nei fotogrammi. I risultati ottenuti mostrarono che la percezione e la valutazione delle situazioni di dolore altrui determinavano cambiamenti bilaterali significativi dell'attività neurale in diverse regioni cerebrali, in particolare nella corteccia cingolata anteriore, nell'insula anteriore, nel cervelletto e in quantità minore a livello del talamo (si veda la Figura 4).

Come riportato nelle evidenze dei precedenti esperimenti (si veda Morrison, Lloyd, Di Pellegrino, e Roberts, 2004; Singer et al., 2004) tali reti neurali giocano un ruolo significativo nella processazione del dolore.

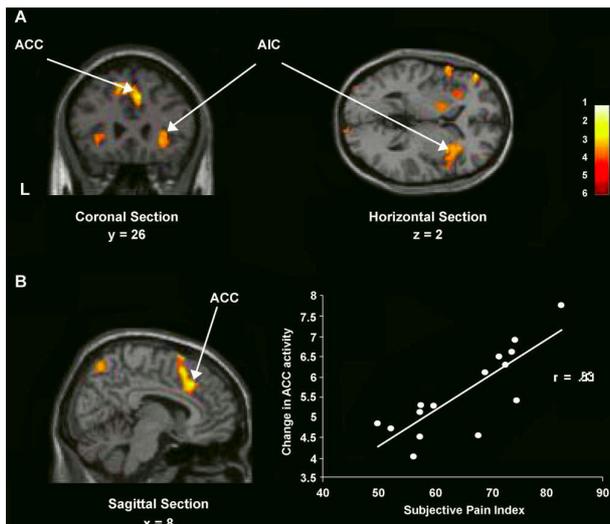


Fig. 4. (A) Attivazioni della corteccia anteriore insulare AIC, talamo e regione posteriore della corteccia cingolata anteriore ACC durante l'osservazione e la valutazione del dolore altrui in situazioni di dolore, confrontate a situazioni neutrali (prive di dolore). (B) Cluster di ACC sovrapposti alla sezione sagittale. Il grafico di dispersione mostra la presenza di una correlazione positiva fra l'indice di rating ed il livello di attività in tale regione (Jackson, Meltzoff, & Decety, 2005).

Queste sono considerate, in letteratura, aree corticali chiave coinvolte nella regolazione affettiva dei sentimenti soggettivi di sgradevolezza, collegata al dolore negli esseri umani (Bush, Luu, e Posner, 2000; Rainville, 2002). Infine, le analisi hanno evidenziato che l'attivazione della corteccia cingolata anteriore correlava fortemente con la valutazione del dolore espresso dalle altre persone nelle immagini mostrate, e ciò indica che l'attività di tali regioni cerebrali varia in funzione della reattività dei partecipanti al dolore altrui. L'ipotesi che questo meccanismo sia coinvolto nella valutazione del dolore altrui supporta l'interessante scoperta di Hutchinson et al. (2009), il quale identificò in pazienti neurologici che i neuroni di ACC rispondevano sia a una stimolazione dolorosa che all'osservazione della stessa stimolazione applicata ad un'altra persona. Come per i precedenti, anche questi dati suggeriscono quindi l'esistenza di una parziale compartecipazione cerebrale nell'elaborazione del dolore percepito in un'altra persona e il dolore esperito in prima persona. Gli autori sostengono che uno dei vantaggi evolutivi delle rappresentazioni neurali condivise sia rappresentato dalla possibilità di imparare e comprendere dagli altri. L'osservazione di esperienze positive altrui può avere un valore di rinforzo. Al contrario,

attraverso la visione di conseguenze negative dovute al comportamento altrui, le persone imparano ad evitare situazioni che possono essere potenzialmente pericolose per se stessi, senza doverle sperimentare in prima persona. Tali evidenze vanno quindi a corroborare le precedenti nella comprensione di un meccanismo neurologico implicato nell'intersoggettività e nell'empatia umana (Jackson, Meltzoff, e Decety, 2005).

Anche i risultati dello studio di Botvinick (2005) concordano con i risultati dei precedenti. Botvinick e i suoi collaboratori andarono ad indagare mediante fMRI le attivazioni cerebrali collegate alle espressioni facciali emotive che manifestano l'emozione del dolore. Ai soggetti in analisi venivano presentate sequenze di brevi video che mostravano volti che esprimevano un dolore moderato oppure nessun tipo di dolore (condizione di controllo). In modo alternato i soggetti stessi hanno poi ricevuto sia una stimolazione termica dolorosa che una non dolorosa. I risultati analizzati mostrano che la visualizzazione di espressioni facciali di dolore attivava le stesse aree corticali che si attivavano quando i soggetti esperivano il dolore in prima persona sulla propria mano, includendo la corteccia cingolata anteriore e l'insula, in entrambi gli emisferi (si veda la Figura 5).

È interessante notare che le attivazioni riportate in queste aree sono state anche osservate in studi focalizzati sull'analisi di espressioni facciali non connesse con il dolore. Attivazioni simili di ACC sono state identificate in alcuni studi sul disgusto (Philipps et al., 1997; Wicker et al., 2003), sulla paura (Morris et al., 1998), sulla felicità (Dolan et al., 1996; Kesler-West et al., 2001), sulla rabbia (Blair et al., 1999) e sulla tristezza (George et al., 1996). Attivazioni simili dell'insula sono state osservate in studi sul disgusto (Philipps et al., 1997; Wicker et al., 2003) e in alcuni studi sulla paura (Morris et al., 1998; Philipps et al., 1997; 1998) e sulla tristezza (George et al., 1996).

Lo studio di Botvinick concorda con lo studio di Wicker (2003) precedentemente analizzato. In quest'ultimo, infatti, l'osservazione del comportamento che esprime il disgusto è sufficiente ad attivare strutture neurali connesse al disgusto. Wicker (2003) e colleghi hanno

suggerito che gli stati affettivi altrui sono rappresentati, a livello corticale, dalle strutture di codifica degli stessi stati provati in prima persona. I risultati di Botvinick, come i precedenti sul dolore osservato, sembrano fondamentalmente in linea con questo punto di vista.

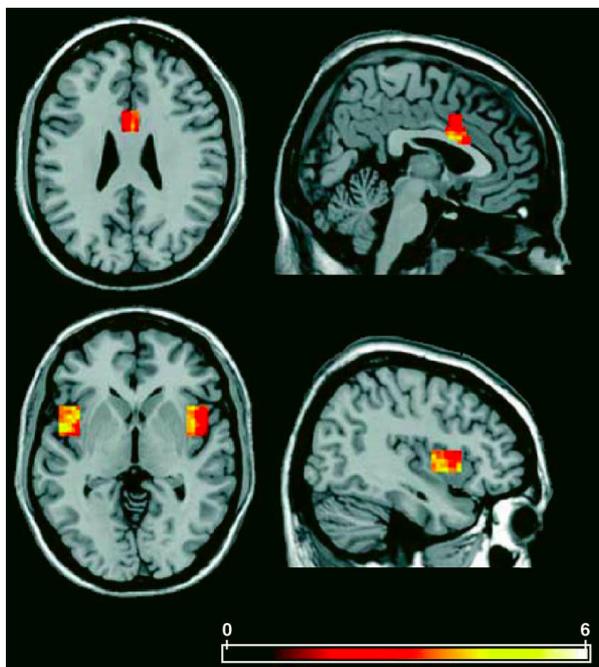


Fig. 5. Regioni di interesse (ROI) dell'insula e di ACC. Le coordinate di Talairach per le sezioni che mostrano le ROI dell'insula sono $x = 20$ e $x = 3$. La sezione assiale mostra che la ROI di ACC è a $x = 41$. Per ogni ROI, viene mostrato il valore di t per il contrasto di ogni volto/dolore vs. volto/nessun dolore (Botvinick et al., 2005).

Secondo la prospettiva di Singer (2004) e collaboratori i risultati ottenuti da Botvinick potrebbero essere analizzati anche secondo una prospettiva basata sull'empatia. Infatti anche i risultati dello studio di Singer vennero studiati in termini di risposta affettiva del soggetto. In particolare, hanno mostrato che l'attivazione di ACC e dell'insula correlano con misure indipendenti dell'empatia e hanno osservato che la risposta neurale alla vista del dolore coinvolge porzioni di ACC e dell'insula associate con gli aspetti emotivi del dolore ma non con quelli sensoriali. I risultati dello studio di Botvinick sono coerenti con la stessa interpretazione *empathy-based* (Botvinick et al., 2005).

Avenanti (2005) e colleghi hanno condotto invece uno studio sull'analisi cerebrale del dolore mediante l'utilizzo della stimolazione

magnetica transcranica (TMS). L'esperimento è stato strutturato in modo tale da indagare se i sistemi di azione e di dolore siano legati anche ad un livello sociale, cercando possibili correlati derivati dall'osservare ed empatizzare con il dolore altrui. Nell'analisi sono state usate TMS a singolo impulso per valutare la modulazione funzionale del sistema corticospinale durante l'osservazione di individui coinvolti in situazioni dolorose e non dolorose. Durante ogni condizione di osservazione i potenziali evocati motori (*motor evoked potentials*, MEPs) vennero misurati contemporaneamente, mediante TMS focale della corteccia motoria sinistra, da due muscoli della mano destra degli osservatori: il primo interosseo dorsale (FDI) e l'adduttore digiti minimi (ADM). Nonostante le differenze nei protocolli sperimentali, nei precedenti esperimenti vennero sottolineati gli aspetti più prettamente affettivi dell'elaborazione eseguita dalla rete neurale del dolore, relativamente all'empatia. In questo studio viene invece evidenziato il lato sensorimotorio dell'empatia provata osservando il dolore altrui, infatti i risultati mostrano una consistente riduzione dell'eccitabilità dei muscoli della mano durante la mera osservazione del dolore "nudo e crudo" a cui era sottoposto il soggetto visualizzato nel video. L'inibizione dolore-correlata generata dall'osservazione era rilevante e visibile sotto diversi fronti. Essa era specifica per l'osservazione dell'ago che feriva la mano e assente nel caso l'ago fosse usato su un piede o su elementi non corporei. Era limitata all'osservazione del dolore ed assente durante l'osservazione di una stimolazione tattile. Era selettiva per i MEP misurati dai muscoli della mano sottostanti all'area di pelle penetrata dall'ago. Inoltre, l'effetto era chiaramente correlato alla valutazione empatica soggettiva dell'osservatore degli aspetti sensoriali del dolore attribuito al soggetto visualizzato. Infine, l'inibizione era correlata ai punteggi delle misure sull'empatia "sensoriale" di stato (le valutazioni soggettive degli aspetti sensoriali ed affettivi del dolore osservate vennero misurate mediante le sotto-scale sensoriali ed affettive del *McGill Pain Questionnaire* (MPQ) e con due scale visive analogiche (VIS), una per l'intensità e una per la sgradevolezza del dolore osservato. Gli autori sostengono che l'effetto osservato possa essere dovuto all'attivazione del sistema

di risonanza del dolore, il quale estrae gli aspetti sensoriali di base dell'esperienza dolorosa osservata, mappandoli nel sistema motorio dell'osservatore. Tale ipotesi viene corroborata anche dai valori delle correlazioni analizzate nelle condizioni sperimentali che indicavano un'elevata inibizione motoria negli osservatori che valutavano il dolore osservato come più intenso (Avenanti, Buetti, Galati, e Agliotti, 2005). I dati mostrano quindi la presenza di una simulazione interiore diretta, generata dalla risonanza del meccanismo specchio, degli aspetti sensoriali del dolore osservato. I risultati non indicano che l'elaborazione affettiva del dolore è assente, bensì dimostrano che l'empatia per il dolore altrui è mediata non solo da meccanismi affettivo-motivazionali ma anche da rappresentazioni somatiche corticali condivise degli aspetti sensorimotori del dolore stesso. Gli autori ipotizzano inoltre che la simulazione incarnata del dolore altrui, con connotati prettamente sensoriali anziché emozionali, possa essere cruciale per l'apprendimento sociale delle reazioni a stimoli dolorosi, in quanto può aiutare il sistema corticospinale, dell'osservatore dell'esperienza dolorosa altrui, nell'implementazione di reazioni di fuga o di blocco prima che lo stimolo doloroso sia realmente esperito. Si può quindi ipotizzare l'esistenza di due tipi distinti di empatia, connessi fra loro in un'ottica evolutiva.

Una forma più semplice di empatia "sensorimotoria", generata dalla risonanza somatica, potrebbe essere coinvolta nella mappatura degli stimoli esterni sul proprio corpo (Gallese, 2003b; Gallese, Fadiga, Fogassi, e Rizzolatti, 1996; Rizzolatti, Fogassi, e Gallese, 2001; Fadiga, Fogassi, Pavesi, e Rizzolatti, 1995; Iacoboni et al., 1999; Buccino et al., 2001; Leslie, Johnson-Frey., e Grafton, 2004; Meltzoff, e Decety, 2003; in Avenanti, Buetti, Galati, e Agliotti, 2005). Una forma più complessa di empatia, ovvero l'empatia generata dalla risonanza affettiva, invece sembra essere coinvolta nella condivisione emotiva (Carr et al., 2003; Wicker et al., 2003; Singer et al., 2004; Jackson, Meltzoff, e Decety, 2005; Morrison, Lloyd, Di Pellegrino, e Roberts, 2004; in Avenanti, Buetti, Galati, e Agliotti, 2005) e nella valutazione dei legami sociali e delle relazioni interpersonali (Singer et al., 2004;

Leibenluft, Gobbini, Harrison, e Haxby, 2004; Avenanti, Buetti, Galati, e Agliotti, 2005).

Il sistema motorio ha quindi un ruolo importante nella rete neurale della percezione del dolore in prima persona ed osservato. Gli autori sostengono infatti che gli aspetti sensoriali del dolore osservato vengano analizzati mediante la corrispondenza diretta tra questi specifici aspetti sensoriali del dolore altrui con le strutture sensorimotorie della matrice neurale di analisi del dolore di colui che osserva, mentre ritengono che le componenti affettive del dolore osservato siano codificate nell'area neurale di tale rete corticale dedicata agli aspetti emozionali. L'empatia assume pertanto molteplici forme nei diversi nodi neurali che compongono la complessa rete corticale che rappresenta sensazioni, sentimenti ed emozioni legati all'esperienza del dolore (Avenanti, Buetti, Galati, e Agliotti, 2005).

La stretta relazione tra emozioni ed integrazione sensori-motoria è stata messa in luce anche da Adolphs (2000). Nel suo studio è stata condotta una meta-analisi su più di 100 soggetti con danni cerebrali di molteplice origine. Dall'analisi dei risultati si è potuto notare che i pazienti che dimostravano le prestazioni peggiori in compiti in cui era richiesto di riconoscere o denominare alcune espressioni emotive di volti umani osservati, che presentavano le sei emozioni di base, erano proprio coloro che avevano riportato danni cerebrali a livello dell'amigdala e delle cortecce sensori-motorie (Adolphs, Damasio, Tranel, Cooper, e Damasio, 2000; in Gallese, 2003a). Un ulteriore contributo empirico a supporto di un possibile legame esistente fra la simulazione incarnata e la percezione delle emozioni altrui, seguendo la linea dello studio di Adolphs (2000), è stato apportato da Carr e colleghi (2003).

Dati anatomici suggeriscono che un settore del lobo insulare, il campo disgranulare, sia connesso con il sistema limbico nonché con la corteccia parietale posteriore, inferiore frontale, e temporale superiore (Augustine, 1996). Tale pattern di connettività rende l'insula una possibile candidata per la trasmissione delle informazioni dell'azione rappresentata alle aree limbiche al fine dell'elaborazione dei contenuti emotivi. Per testare tale ipotesi gli autori

struturarono un esperimento in cui i volontari dovevano osservare ed imitare delle espressioni facciali che manifestassero delle emozioni. A tal fine i soggetti visualizzarono, per mezzo di alcuni filmati, set di stimoli rappresentanti espressioni facciali delle emozioni di base (felicità, tristezza, rabbia, sorpresa, disgusto e paura). Allo stesso tempo, le diverse attivazioni cerebrali mostrate durante i compiti sperimentali vennero analizzate tramite l'ausilio di fMRI. Sulla base di evidenze precedenti (si veda Iacoboni et al., 1999) gli autori si aspettavano una maggiore attivazione corticale delle aree specchio durante i compiti di imitazione rispetto a quelli di osservazione.

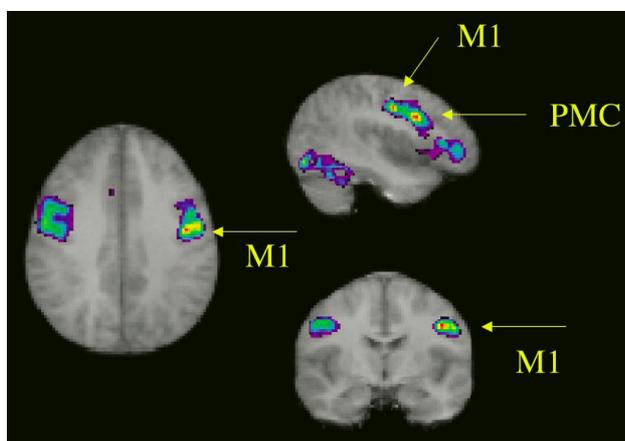


Fig. 6. Picchi di attivazione nel solco centrale destro (M1) e precentrale (PMC) (Carr et al., 2003).

L'elevata attivazione durante i compiti imitativi era dovuta alla codifica simultanea degli input sensoriali e alla pianificazione dell'output motorio. Inoltre, una modulazione del circuito di rappresentazione dell'azione nelle aree limbiche tramite l'insula predice una maggior attivazione durante l'imitazione, rispetto all'osservazione delle emozioni.

Mediante l'analisi con la risonanza fu possibile notare che i pattern di attivazione neurale rilevati, durante i compiti di osservazione e imitazione, erano sostanzialmente simili. Le attese sperimentali vennero confermate, infatti tra le aree normalmente attivate dall'imitazione e dall'osservazione di espressioni facciali connesse all'espressione emotiva, la corteccia premotoria, il settore dorsale delle *pars opercularis* del giro frontale inferiore (IFG), il solco temporale superiore (STS), l'insula e l'amigdala, mostrarono una maggiore attivazione durante l'imitazione rispetto alla condizione di

osservazione delle emozioni (si veda le Figure 6, 7, 8).

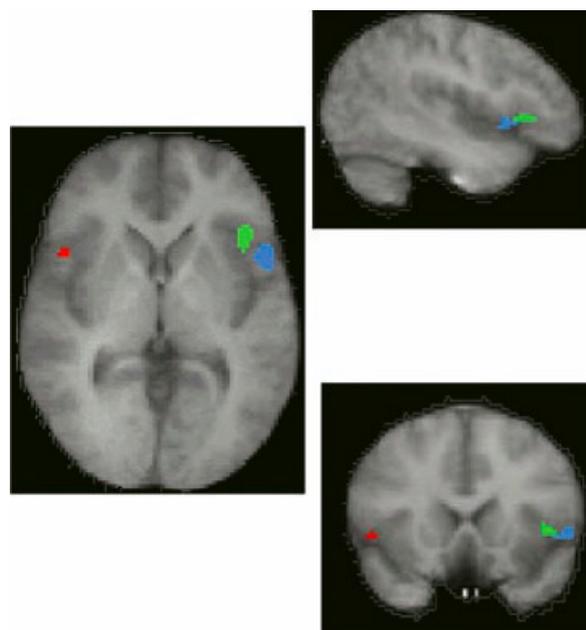


Fig. 7. Attivazioni dell'insula destra (in verde) e della corteccia frontale inferiore destra (in blu) e sinistra (in rosso) (Carr et al., 2003).

Gli autori suppongono che l'insula mostri una maggiore attivazione durante l'imitazione rispetto al compito di osservazione poiché il suo ruolo di relè risulta essere più importante durante tale fase, rispetto alla mera osservazione (Carr et al., 2003).

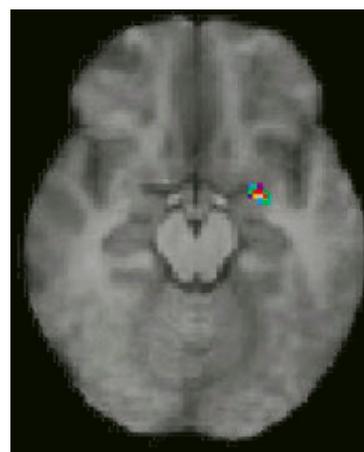


Fig. 8. Incremento significativo dell'attività nell'amigdala destra durante l'imitazione di espressioni facciali connesse ad emozioni paragonate alla condizione di mera osservazione (Carr et al., 2003).

I dati delle analisi di *neuroimaging* suggeriscono che per la comprensione delle emozioni altrui abbiamo necessità, quindi, di un meccanismo di

mediazione della rappresentazione motoria associata con le emozioni osservate (Iacoboni, 2003).

Considerazioni conclusive

Gli esperimenti analizzati dimostrano che quando entriamo in contatto con un'emozione manifestata da qualcun altro, questa viene riconosciuta poiché la sua osservazione attiva a livello cerebrale, come mostrano le evidenze empiriche precedentemente trattate, un meccanismo di simulazione che determina lo sviluppo di uno stato corporeo condiviso che accomuna alla persona che prova l'emozione in prima persona colui che invece la osserva. È quindi grazie alla condivisione corporea che si genera uno stato empatico, attraverso il quale riusciamo a comprendere direttamente gli altri all'interno delle loro esperienze (per approfondimenti: Bastiaansen, Thioux, e Keysers, 2009).

Infine, dobbiamo comunque considerare che la simulazione incarnata non rappresenta l'unico mezzo tramite il quale vengono comprese le emozioni degli altri. Se da una parte la simulazione incarnata permette di sviluppare una comprensione basata su modelli del mondo reale e immaginario tramite una condivisione neurale, l'elaborazione cognitiva degli stimoli sociali percepiti determina anch'essa un meccanismo di comprensione, e insieme alla simulazione forma un circuito di processi non mutuamente escludentisi. Infatti la simulazione incarnata rappresenta, con grande probabilità, il meccanismo più antico da un punto di vista evolutivo e ha una base puramente esperienziale, al contrario dell'elaborazione cognitiva che si configura come un'interpretazione cognitiva di stimoli esterni al soggetto stesso. Vittorio Gallese (2006c) ipotizza che la simulazione incarnata si caratterizzi come uno stadio necessario per un corretto sviluppo delle strategie cognitive e sociali più sofisticate. Quando il meccanismo di simulazione non si è sviluppato completamente o presenta delle anomalie, tra i meccanismi di comprensione correttamente sviluppati permane unicamente quello di tipo dichiarativo-riflessivo, privo però di qualsiasi aspetto simulativo, il quale fornirà esclusivamente una

rappresentazione fredda e distaccata delle esperienze emotive altrui (Gallese, 2003c; Gallese, Keysers, e Rizzolatti, 2004).

Riferimenti Bibliografici

- Adolphs, R., Damasio, H., Tranel, D., Cooper, G., & Damasio, A. R. (2000). A role for somatosensory cortices in the visual recognition of emotions as revealed by three-dimensional lesion mapping. *Journal of Neurosciences*, 20: 2683-2690.
- Adolphs, R., Tranel, D., & Damasio, A.R. (2003). Dissociable neural system for recognizing emotions. *Brain and Cognition*, 52: 61-69.
- Augustine, J. R. (1996). Circuitry and functional aspects of the insular lobes in primates including humans. *Brain Research Review*, 2: 229-294.
- Avenanti, A., Buetti, D., Galati, G., & Aglioti, S.M. (2005). Transcranial magnetic stimulation highlights the sensorimotor side of empathy for pain. *Nature Neuroscience*, 8 (7): 955-960.
- Bastiaansen, J. A. C. J., Thioux, M., & Keysers, C. (2009). Evidence for mirror system in emotions. *Philosophical Transaction of the Royal Society B*, 364: 2391-2404.
- Blair, R.J.R., Morris, J.S., Frith, C.D., Perrett, D.I., & Dolan, R.J. (1999). Dissociable neural responses to facial expressions to facial expressions of sadness and anger. *Brain*, 122: 883-893.
- Botvinick, M., Jha, A.P., Bylsma, M.L., Fabian, S.A., Solomon, P.E., & Prkachine, K.M (2005). Viewing facial expressions of pain engages cortical areas involved in the direct experience of pain. *NeuroImage*, 25: 312-319.
- Bracco, M. (2005). Empatia e neuroni specchio. Una riflessione fenomenologica ed etica. *Comprendere*, 15: 33-53.
- Bruce, C.J., Desimone, R., & Gross, C.G. (1981). Visual properties of neurons in a polysensory area in superior temporal sulcus of macaque. *Journal of Neurophysiology*, 46: 369-384.
- Buccino, G., Binkofski, F., Fink, G. R., Fadiga, L., Fogassi, L., Gallese, V., et al. (2001). Action observation activates premotor and parietal areas in a somatotopic manner: an fMRI study. *European Journal of Neuroscience*, 13: 400-404.
- Buccino, G., Riggio, L., Melli, G., Binkofski, F., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (2005). Listening to action-related sentences modulates the activity of the motor system: a combined TMS and behavioral study. *Cognitive Brain Research*, 24: 355-363.
- Bush, G., Luu, P., & Posner, M.I. (2000). Cognitive and emotional influences in anterior cingulate cortex. *Trends in Cognitive Science*, 4: 215-222.
- Calder, A.J., Keane, J., Menes, F., Antoun, N., & Young, A.W. (2000). Impaired recognition and experience of disgust following brain injury. *Nature Neuroscience*, 3 (11): 1077-1078.
- Calder, A. J., Lawrence, A. D., & Young, A. W. (2001). Neuropsychology of fear and loathing. *Nature Reviews Neuroscience*, 2: 352-363.
- Carr, L., Iacoboni, M., Debeau, M. C., Mazziotta, J.C., & Lenzi, G. L. (2003). Neural mechanism of empathy in

- humans: a relay from neural system for imitation to limbic areas. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100 (9): 5497-5502.
- Chartrand, T.L., & Bargh, J.A. (1999). The chameleon effect: the perception behaviour link and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76: 893-910.
- Craig, A.D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of physiological condition of the body. *Nature Reviews of Neuroscience*, 4: 2051-2062.
- Desimone, R., Albright, T.D., Gross, C.G., & Bruce, C. (1984). Stimulus selective properties of inferior temporal neurons in macaque. *Journal of Neurosciences*, 4: 2051-2062.
- Dolan, R.J., Fletcher, P., Morris, J., Kapur, N., Deakin, J.F.W., & Frith, C.D. (1996). Neural activation during covert processing of positive facial expressions. *NeuroImage*, 4: 194-200.
- Fadiga, L., Fogassi, L., Pavesi, G. & Rizzolatti, G. (1995). Motor facilitation during action observation: a magnetic stimulation study. *Journal of Neurophysiology*, 73: 2608-2611.
- Fortuna, F., & Tiberio, A. (1999). *Il mondo dell'empatia. Campi di applicazione*. Franco Angeli: Milano.
- Gallese, V. (2001). The "Shared Manifold" Hypothesis: from mirror neurons to empathy. *Journal of Consciousness Studies*, 8, 5/7: 33-50.
- Gallese, V. (2003a). La molteplice natura delle relazioni interpersonali. La ricerca di un comune meccanismo neurofisiologico. *Networks*, 1: 24-47.
- Gallese, V. (2003b). The manifold nature of interpersonal relations: The quest for a common mechanism. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. B*, 358: 517-528.
- Gallese, V. (2003c). The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*, 36, 4: 171-180.
- Gallese, V. (2003d). A neuroscientific grasp of concepts: From control to representation. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. B*, 358: 1231-1240.
- Gallese, V. (2005a). "Being like me": self-other identity, mirror neurons and empathy. In: Hurley & Chater, 2005, Vol. 1
- Gallese, V. (2005b). Embodied simulation: from neurons to phenomenal experience. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 4: 23-48.
- Gallese, V. (2006a). Intentional attunement: A neurophysiological perspective on social cognition and its disruption in autism. *Cognitive Brain Research*, 1079: 15-24.
- Gallese, V. (2006b). La consonanza intenzionale. Una prospettiva neurofisiologica sull'intersoggettività e sulle sue alterazioni nell'autismo infantile. *Dedalus*: 18-29.
- Gallese, V. (2006c). La molteplicità condivisa. Dai neuroni mirror all'intersoggettività. In S., Mistura (a cura di), *Autismo. L'umanità nascosta* (pp. 207-270), Torino: Giulio Einaudi Editore.
- Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L. & Rizzolatti, G. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain*, 119: 593-609.
- Gallese, V., Keysers, C., & Rizzolatti, G. (2004). A unifying view of the basis of social cognition. *Trend Cognitive Sciences*, 8: 396-403.
- Gallese, V., Migone, P., & Morris, N.E. (2006). La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi. *Psicoterapia e scienze umane*, XI, 3: 543-589.
- George, M.S., Ketter, T.A., Parekh, P.I., Herscovitch, P., Post, R.M. (1996). Gender differences in regional cerebral blood flow during transient self-induced sadness or happiness. *Biological Psychiatry*, 40: 859-871.
- Grafton, S. T. (2009). Embodied cognition and the simulation of actions to understand others. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156 (1): 97-117.
- Husserl, E. (1973): Zur phänomenologie der intersubjektivität. *Husserliana*, XIII, XIV, XV, M. Nijhoff, Den Haag
- Husserl, E. (1989). *Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy, second book: studies in the phenomenology of constitution*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Hutchison, W.D., Davis, K.D., Lozano, A. M., Tasker R.R., & Dostrovsky, J.O. (1999). Pain-related neurons in the human cingulate cortex. *Nature Neuroscience*, 2 (5):403-405.
- Iacoboni, M. (2003). Imitazione: meccanismi neurali e cognitivi. *Sistemi Intelligenti*, XV, 1: 149-174.
- Iacoboni, M., Molnar-Szakacs, I., Gallese, V., Buccino, G., Mazziotta, J.C., & Rizzolatti, G. (2005). Grasping the intentions of the others with one's own mirror neuron system. *PLoS Biology*, 3 (3): 529-535.
- Iacoboni, M., Woods, R. P., Brass, M., Bekkering, H., Mazziotta, J. C., & Rizzolatti, G. (1999). Cortical mechanism of human imitation. *Science*, 286: 2526-2528.
- Jackson, P.L., Meltzoff, A.N., & Decety, J. (2005). How do we perceive the pain of others? A window into the neural processes involved in empathy. *NeuroImage*, 24: 771-779.
- Kesler-West, M.L., Andersen, A.H., Smith, C.D., Avison, M.J., Davis, C.E., et al. (2001). Neural substrates of facial emotion processing using fMRI. *Cognitive Brain Research*, 11: 213-226.
- Keyers, C., & Gazzola, V. (2009). Expanding the mirror: vicarious activity for actions, emotions, and sensations. *Current Opinion in Neurobiology*, 19: 1-6.
- Kohler, E., Keysers, C, Umiltà, M. A., Fogassi, L., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (2002). Hearing sounds, understanding actions: Action representation in mirror neurons, *Science*, 297: 846-848.
- Leslie, K. R., Johnson-Frey, S. H., & Grafton, S. T. (2004). Functional imaging of face and hand imitation: Towards a motor theory of empathy. *Neuroimage*, 21: 601-607.
- Leibenluft, E., Gobbini, M.I., Harrison, T & Haxby, J.V. (2004). Mothers' neural activation in response to pictures of their children and other children. *Biological Psychiatry*, 56: 225-232.
- Lipps, T. (1903). *Grundlegung der aesthetik*. Bamberg: Engelmann.
- Mead, G.H. (1934), *Mind, Self, and Society* (Chicago: Chicago University Press).
- Meltzoff, A., & Decety, J. (2003). What imitation tells us about social cognition: A rapprochement between developmental psychology and cognitive neuroscience. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B, Biological Sciences*, 358: 491-500.
- Mesulam, M.M., & Mufson, E.J. (1982a). Insula of the old world monkey. I. Architectonics in the insulo-orbito-

- temporal component of the paralimbic brain. *The Journal of Comparative Neurology*, 212: 1-22.
- Mesulam, M.M., & Mufson, E.J. (1982b). Insula of the old world monkey. III. Efferent cortical output and comments on function. *The Journal of Comparative Neurology*, 212: 38-52.
- Morris, J.S., Friston, K.J., Buchel, C., Frith, C.D., Young, A.W., Calder, et al. (1998). A neuromodulatory role for the human amygdala in processing emotional facial expressions. *Brain*, 121: 47-57.
- Morrison, I., Lloyd, D., Di Pellegrino, G., & Roberts, N. (2004). Vicarious responses to pain in anterior cingulate cortex: is empathy a multisensory issue? *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 4 (2): 270-278.
- Perrett, D.I., Smith, P.A.J., Potter, D.D., Mistling, A.J., Head, A.S., Milner, A.D., et al. (1984). Neurons responsive to faces in the temporal cortex: studies of functional organization, sensitivity to identity and relation to perception. *Human Neurobiology*, 3: 197-208.
- Philippis, M.L., Young, A.W., Senior, C., Brammer, M., Andrew, C., Calder, A.J., et al. (1997). A specific neural substrate for perceiving facial expressions of disgust. *Nature*, 389: 495-498.
- Philippis, M.L., Young, A.W., Scott, S.K., Calder, A.J., Andrew, C., Giampietro, V., et al. (1998). Neural responses to facial and vocal expressions of fear and disgust. *Proceedings of Royal Society of London Series B Biological Sciences*, 265: 1089-1817.
- Rainville, P. (2002). Brain mechanisms of pain affect and pain modulation. *Current Opinion in Neurobiology*, 12, 195-204.
- Rizzolatti, G. (2005). The mirror neuron system and its function in humans. *Anatomy and Embryology*, 210 (5-6):419-21.
- Rizzolatti, G., & Arbib, M.A. (1998). Language within our grasp. *Trends in Neuroscience*, 21: 94-188.
- Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The mirror-system neuron. *Annual Review of Neuroscience*, 27: 169-192.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3: 131-141.
- Rizzolatti, G., Fogassi, L. & Gallese, V. (2001). Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. *Nature Reviews Neurosciences*, 2: 661-670.
- Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2006). *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Sheets-Johnstone, M. (1999). *The primacy of movement*. Amsterdam: Benjamins Publishing Company.
- Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J., Kaube, H., Dolan, R.J., & Firth, C.D. (2004). Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science*, 303: 1157-1162.
- Stein, E. (1964). *On the problem of empathy* (The Hague: Nijhoff, 1964; 3rd ed., Reprinted Washington, DC: ICS Publications, 1989).
- Stein, E. (1998). *Introduzione alla filosofia*. Roma: Città Nuova.
- Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. London: Karnac Books.
- Wicker, B., Keysers, C., Plailly, J., Royet, J. P., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (2003). Both of us disgusted in my insula: the common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron*, 40: 655-664.

TUTTO QUELLO CHE AVRESTE SEMPRE VOLUTO SAPERE SULL'INTELLIGENZA EMOTIVA (MA NON AVETE MAI OSATO CHIEDERE)

di Tiziana Pennato

Medico, dottore in Psicologia, PhD in Psicologia Generale, specializzanda in Psicoterapia Comparata

Il termine Intelligenza Emotiva è stato usato, nel tempo, in modo occasionale in molteplici ambiti (Mayer, Roberts, e Barsade, 2008). Nel suo libro *Pride e Prejudice* (1813) Jane Austen definisce diversi personaggi come dotati di tale qualità (Van Ghent, 1953). Le prime citazioni scientifiche risalgono agli anni '60 del Novecento, quando l'intelligenza emotiva è stata chiamata in causa in relazione ai trattamenti psicoterapeutici (Leuner, 1966) e alla promozione dello sviluppo personale e sociale (Beasley, 1987; Payne, 1986). Le teorie attuali sull'esistenza di una Intelligenza Emotiva sono state inizialmente proposte da Salovey e Mayer all'inizio degli anni '90 (Mayer, DiPaolo, e Salovey, 1990; Salovey e Mayer, 1990). L'idea iniziale era che alcune persone siano maggiormente in grado di ragionare sulle emozioni e di usarle per guidare il pensiero. Definirono, pertanto, l'Intelligenza Emotiva come la capacità di valutare, discriminare, esprimere e regolare le emozioni (proprie ed altrui) e di usarle per guidare il proprio pensiero e le proprie azioni (ad es. per risolvere i problemi).

Dal 1990 l'interesse per l'Intelligenza Emotiva è rapidamente divampato, portando alla pubblicazione di una mole notevole di articoli e libri (Matthews, Roberts, e Zeidner, 2004; Matthews, Zeidner, e Roberts, 2002), compresi lavori di divulgazione di massa (ad es. l'articolo di Gibbs e il libro di Goleman, entrambi del 1995). Nel tempo la ricerca sull'Intelligenza Emotiva si è sviluppata in due diverse prospettive, che condividono il presupposto che le abilità cognitive non siano l'unico predittore di un adattamento efficiente e che

anche le competenze emotive giochino un ruolo rilevante (Nelis, Quoidbach, Mikolajczak, e Hansenne, 2009). Tuttavia tali prospettive differiscono per quanto riguarda la concettualizzazione di tali competenze emotive (Mikolajczak, Luminet, e Menil, 2006). In particolare si distinguono da un lato i Modelli di Abilità, che considerano l'Intelligenza Emotiva come un insieme di abilità intercorrelate; dall'altro i Modelli di Tratto o Modelli Misti, che la concettualizzano come un insieme eterogeneo di 10-15 (a seconda dei diversi modelli) disposizioni comportamentali associate con le emozioni, che si ritiene influenzino il modo in cui le persone affrontano le richieste e le pressioni dell'ambiente (Mayer, Caruso, e Salovey, 2008; Mayer e Salovey, 1997; Petrides e Furnham, 2003; Nelis et al., 2009). I teorici dei diversi modelli non hanno attualmente ancora raggiunto una posizione unanime, e tantomeno un accordo sulla validità delle diverse concettualizzazioni del costrutto (Adams, 1998; Ciarrochi, Chan, Caputi, e Roberts, 2001; Davies, Stankov, e Roberts, 1998; Dulewicz e Higgs, 2000; Mayer, Salovey, e Caruso, 2000; Spence, Oades, e Caputi 2004). In definitiva, quindi, il termine Intelligenza Emotiva sembra essere un "termine-ombrello", che comprende molteplici costrutti psicologici già studiati e dimostrati empiricamente (Qualter, Gardner, e Whiteley, 2007).

L'Intelligenza Emotiva come Abilità

Mayer e Salovey (1997) definiscono l'intelligenza emotiva, intesa come abilità, come "la capacità di ragionare accuratamente sulle

emozioni e la capacità delle emozioni di potenziare il pensiero”. Essa comprende la capacità di elaborare in modo sofisticato le informazioni riguardanti le emozioni proprie e altrui e la capacità di usare tali informazioni per guidare il pensiero e il comportamento. Pertanto le persone con più elevati livelli di intelligenza emotiva sarebbero maggiormente in grado di prestare attenzione alle emozioni, di comprenderle, usarle e regolarle, e tali capacità avrebbero una funzione adattativa, sarebbero cioè di potenziale beneficio per loro stesse e per gli altri (Mayer, Salovey e Caruso, 2004; Salovey e Grewal, 2005).

L'intelligenza emotiva consisterebbe, quindi, nella combinazione di intelligenza ed emozione (ad es., Ciarrochi, Chan e Caputi, 2000; Mayer e Salovey, 1997; Roberts, Zeidner e Matthews, 2001). Sarebbe una forma particolare di intelligenza (Mayer et al., 2008).

L'intelligenza è un tipo di abilità mentale che concerne la gestione di e il ragionamento su informazioni di vario tipo (Carroll, 1993; Spearman, 1927; Sternberg e Detterman, 1986). Tali informazioni possono essere più specifiche o più generali. Il termine intelligenza è un termine descrittivo generale, che si riferisce ad una gerarchia di abilità mentali, che va dai processi percettivi e di elaborazione delle informazioni più semplici alle forme più elevate e generali di soluzione dei problemi (Carroll, 1993). Ai livelli più bassi della gerarchia sono situate le abilità mentali di base, le più discrete. Al livello intermedio si trovano gruppi di abilità più ampi e coesivi. Al livello più elevato c'è l'intelligenza generale (g), che include il ragionamento astratto attraverso i diversi domini (Mayer et al., 2008). L'intelligenza viene suddivisa, da alcuni autori, in una forma cristallizzata e appresa, che concerne soprattutto gli aspetti verbali, e una forma fluida, che riguarda il ragionamento immediato e le abilità percettivo-organizzazionali e spaziali (Carroll, 1993; Vernon, 1971). Si ritiene che le diverse forme di intelligenza riguardino il ragionamento su particolari tipi di materiale e siano a loro volta ulteriormente stimulate dall'apprendimento che esse stesse hanno promosso (Mayer, Roberts e Barsade, 2008). L'intelligenza verbale consisterebbe, quindi, nella capacità di ragionare sulle parole e nella possibilità di usare le conoscenze verbali

acquisite per promuovere tale capacità di ragionamento. Analogamente l'intelligenza emotiva riguarderebbe la capacità di effettuare ragionamenti accurati riguardo alle emozioni e di usare le emozioni e le conoscenze emotive per potenziare il pensiero.

L'intelligenza emotiva sarebbe, quindi, un'intelligenza che opera su e con informazioni emotive. Tali informazioni riguardano il significato delle emozioni, i pattern emotivi e le sequenze di emozioni, nonché la valutazione delle relazioni che le emozioni riflettono (Mayer et al., 2004). La sua connotazione come abilità intellettuale (e quindi come abilità) sarebbe avallata, tra l'altro, dall'esistenza di aree cerebrali deputate all'integrazione di aree cognitive ed emotive, e dall'evoluzione dei processi emotivi in un sistema simbolico complesso (Damasio, 1994; Ekman, 1973; Gardner, 1983; Mayer et al., 2004; TenHouten, Hoppe, Bogen e Walter, 1985). Sarebbe considerata, infine, facente parte della classe delle cosiddette “intelligenze calde”, cioè intelligenze che operano su cognizioni “calde” (di rilevante importanza personale per l'individuo), insieme all'Intelligenza Sociale, Pratica e Personale (Abelson, 1963; Mayer e Mitchell, 1998; Mayer e Salovey, 2004; Zajonc, 1980).

Mayer e Salovey (1997) hanno proposto un Modello a Quattro Rami, in cui le diverse abilità che costituiscono l'intelligenza emotiva sono organizzate in modo gerarchico, dalle più basilari alle più sofisticate. L'idea di tale modello è supportata da evidenze di ricerca che suggeriscono che l'informazione emotiva sia processata in diversi sistemi cerebrali, organizzati in modo gerarchico come risultato dell'evoluzione del sistema nervoso (si veda Gainotti, Caltagirone, e Zoccolotti, 1993, per un'overview). Ciascun ramo del modello descrive un insieme di competenze che contribuisce all'intelligenza emotiva complessiva. I quattro rami del modello sono: a) la capacità di percepire accuratamente le emozioni proprie e altrui; b) la capacità di usare le emozioni per facilitare il ragionamento; c) la capacità di comprendere le emozioni, il linguaggio emotivo e i segnali trasmessi dalle emozioni; d) la capacità di gestire le emozioni al fine di raggiungere obiettivi specifici (Figura 1).

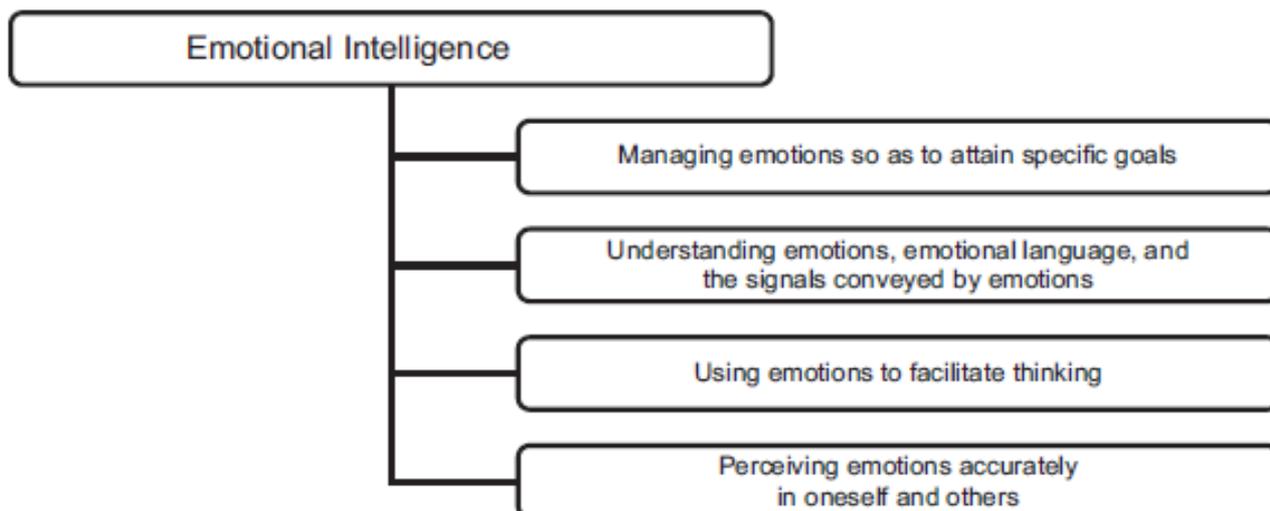


Figura 1: il Modello a Quattro Rami dell'Intelligenza Emotiva

Ciascun ramo ha la propria traiettoria di sviluppo, a partire dall'infanzia, che procede da competenze relativamente semplici a manifestazioni più sofisticate.

L'ordine gerarchico dei rami, dalla percezione alla regolazione emotiva, è determinato dal grado in cui le abilità sono integrate nei restanti sistemi psicologici della persona, cioè nella sua personalità complessiva (Mayer, 1998; 2001). I primi due rami, cioè la capacità di percepire ed esprimere le emozioni e la capacità delle emozioni di potenziare il ragionamento, rappresentano infatti due settori relativamente discreti del sistema di processazione delle informazioni. Il quarto ramo, la capacità di regolare le emozioni, è invece più integrato nel complesso dei piani e degli obiettivi della persona.

Il primo ramo riguarda la percezione e la consapevolezza delle proprie emozioni e la capacità di percepire e comprendere le emozioni altrui e di riconoscerle nelle loro espressioni facciali e posturali. Comprende anche la capacità di monitorare le proprie emozioni e di esprimerle attraverso i canali comunicazionali non verbali (ad es. la mimica, la gestualità, il tono della voce, etc.).

Il secondo ramo riguarda la facilitazione, cioè la capacità delle emozioni di assistere il ragionamento e di guidare l'attenzione selettiva. Un aspetto dell'intelligenza consiste nello sviluppo di una conoscenza di base di

particolari esperienze, da cui l'intelligenza può attingere (Mayer e Mitchell, 1998). La conoscenza del legame tra pensieri ed emozioni può essere usata per orientare la pianificazione del comportamento (Izard, 2001). Ad esempio, alcuni tipi di problem-solving sembrano essere facilitati da alcune emozioni e non da altre (Erez e Isen, 2002; Isen, 2001; Palfai e Salovey, 1993). Analogamente, porsi in diversi stati emotivi rende possibile godere di un'opera d'arte da molteplici prospettive (Qualter et al., 2007).

Il terzo ramo riguarda la comprensione delle emozioni e riflette la capacità di analizzare le emozioni, prevedere la loro comparsa in relazione a specifiche situazioni, considerare il loro probabile andamento nel tempo, comprendere il loro esito ed intuire la relazione tra diversi stati emotivi. Lo sviluppo del terzo ramo coincide con lo sviluppo del linguaggio e del pensiero proposizionale. Infatti questo è il ramo della processazione cognitiva delle informazioni emotive (Engelberg e Sjöberg, 2005), che richiede la conoscenza delle emozioni e delle situazioni in cui insorgono più di frequente e la capacità di distinguere le informazioni emotive dal loro contesto.

La capacità di giudicare gli episodi sociali riflette abilità verbali e cognitive complesse e la conoscenza e la comprensione di sofisticate convenzioni culturali. Tali competenze e conoscenze sono indispensabili, ad esempio, per distinguere tra diverse espressioni emotive

che si avvalgono degli stessi gruppi muscolari, come ad esempio la delusione e il rimpianto (in Ekman, 1993) e per interpretare le espressioni emotive complesse, costituite dalla combinazione di più espressioni, come ad esempio lo sbalordimento, un misto di paura e sorpresa (in Plutchik, 1980). Inoltre, benché le esperienze emotive possano essere generalmente comprese sulla base dei modi comuni di valutare le situazioni, molte emozioni potrebbero non essere facilmente distinte in modo standard, secondo il senso comune. La comprensione della gelosia e dell'invidia, ad esempio, richiede una valutazione più comprensiva del contesto individuale, poiché tali emozioni sono associate a e suscitate da un ampio range di tendenze comportamentali e circostanze sociali (East e Watts, 1999). Pertanto, per poter anticipare come una certa persona reagirà in una determinata situazione, è necessario conoscere in modo relativamente approfondito le sue aspettative ed i suoi obiettivi circa la situazione stessa, poiché le emozioni insorgono a partire dai significati personali attribuiti alle situazioni rilevanti per le proprie intenzioni ed aspirazioni (Engelberg e Sjöberg, 2005; Mesquitas e Frijda, 1992; Lazarus, 1991).

Il quarto ed ultimo ramo riguarda la gestione delle emozioni, che coinvolge necessariamente l'intera personalità. Le emozioni sono regolate nel contesto degli obiettivi della persona, della sua conoscenza di sé e della sua consapevolezza sociale (Gross, 1998; Parrott, 2002). Questo ramo giunge a completa maturazione solo all'inizio dell'età adulta, quando compare la capacità di evitare i sentimenti e di modulare le proprie valutazioni per rassicurarsi oppure per essere più equi (Larsen, 2000; Tice e Bratslavsky, 2000; Wenzlaff, Rude e West, 2002).

Lo strumento di misura più usato per valutare l'Intelligenza Emotiva, così come concettualizzata dal Modello a Quattro Rami è il Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT; Mayer, Salovey e Caruso, 2002). Il MSCEIT è una misura di abilità (simile, concettualmente, agli strumenti per valutare gli altri tipi di intelligenza), quindi di massima (e non tipica) performance, costituita da otto prove, due per ciascun ramo del Modello. La

correttezza delle risposte viene giudicata soprattutto sulla base del consenso (poiché le emozioni sono segnali di comunicazione), oppure sulla base della valutazione di esperti.

Nonostante non vi sia ancora un consenso unanime, il MSCEIT sembra essere uno strumento relativamente affidabile (affidabilità split-half .91 per la scala totale e tra .70 e .90 per i quattro rami; affidabilità test-retest superiore a .80) e valido (validità di contenuto, discriminante, di criterio ed ecologica) (Mayer, Salovey e Caruso, 2002; Mayer, Salovey, Caruso e Sitarenios, 2003; Mayer et al., 2004; Mayer, Mayer, Salovey e Caruso, 2008).

L'Intelligenza Emotiva come Tratto

L'Intelligenza Emotiva, nei Modelli Misti, viene invece definita come un insieme di capacità, competenze ed abilità non cognitive che influenzano la possibilità della persona di affrontare le richieste e le pressioni dell'ambiente (Bar-On, 1997) oppure come una costellazione di disposizioni comportamentali e percezioni riguardo la propria capacità di riconoscere, processare ed utilizzare informazioni a carica emotiva (Petrides e Furnham, 2003). È la "capacità di riconoscere, esprimere, regolare ed imbrigliare le emozioni in modo adattivo" (Schutte, Malouff, Hall, Haggerty, Cooper, Golden e Dornheim, 1998); la capacità di usare la propria consapevolezza e sensibilità per distinguere i sentimenti che sottendono le comunicazioni interpersonali, resistere alla tentazione di rispondere impulsivamente e senza riflettere, e agire in accordo con la propria ricettività, autenticità e candore (Ryback, 1998); la capacità di rispondere in modo appropriato e efficace a molteplici stimoli che vengono elicitati dentro di sé e nell'ambiente circostante (Chadha e Singh, 2001). Tali modelli comprendono sia caratteristiche associate con le emozioni (ad es. auto-consapevolezza emotiva, impulsività, ottimismo ed empatia) che altre disposizioni personali quali l'assertività, l'autostima, l'auto-realizzazione, la motivazione, l'affidabilità, l'adattabilità, le capacità comunicative ed alcuni elementi dell'intelligenza sociale e generale (Mayer et al., 2000; Petrides e Furnham, 2003).

In particolare, il modello proposto da Bar-On (2000; 2001) considera l'Intelligenza Emotiva costituita da auto-consapevolezza emotiva e da diverse capacità e caratteristiche personali che derivano dall'uso efficace e dalla regolazione delle emozioni, quali l'empatia, la capacità di regolazione dell'umore e di problem solving, la tolleranza allo stress e la capacità di non permettere al distress di obnubilare il pensiero (Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar e Rooke, 2007; Spence et al., 2004). Tali importanti qualità sarebbero estremamente desiderabili ed essenziali per avere successo nel mondo e raggiungere i propri obiettivi.

Petrides e Furnham (2000) hanno proposto, invece, nella loro definizione di intelligenza emotiva, 15 sfaccettature che comprendono, accanto a capacità più prettamente emotive (percezione, espressione e regolazione delle proprie emozioni e gestione delle emozioni altrui), caratteristiche personali quali l'adattabilità, l'assertività, l'autostima e l'autoconsapevolezza, la motivazione, la bassa impulsività, l'empatia, l'ottimismo, un'indole felice e la capacità di gestire lo stress e di avere buone relazioni con gli altri. La particolarità di questa definizione è che comprende anche aspetti della personalità che sono strettamente connessi con l'umore.

Tett, Fox e Wang (2005), partendo dal modello a Quattro Rami hanno invece proposto un modello misto che considera l'intelligenza emotiva costituita da 10 dimensioni: riconoscimento e regolazione delle emozioni in se stessi e negli altri (4 dimensioni), espressione non verbale delle emozioni, empatia, intuizione vs. ragionamento, pensiero creativo, attenzione ridiretta dall'umore, emozioni motivanti.

L'Intelligenza Emotiva intesa come tratto riguarderebbe, quindi, regolarità nel comportamento attraverso diverse situazioni, che si manifesterebbero in tratti o comportamenti specifici (Petrides, Pita e Kokkinaki, 2007). Rientrerebbe, pertanto, nella cornice della personalità e consisterebbe in auto-percezioni e disposizioni connesse alle emozioni poste ai livelli bassi nelle gerarchie della personalità (Qualter et al., 2007). Petrides e Furnham (2001) e Petrides e collaboratori (2007) hanno infatti suggerito che l'Intelligenza Emotiva possa essere considerata un fattore di

personalità unidimensionale e specifico, un sesto fattore di personalità di base, collocato nello spazio dei fattori di personalità, nello strato di basso ordine delle principali tassonomie di personalità (si veda in proposito la sezione "Intelligenza Emotiva e Personalità" del presente articolo).

L'Intelligenza Emotiva considerata come tratto è inserita nella cornice teorica della personalità e viene pertanto tipicamente valutata attraverso questionari in auto-somministrazione (quindi di performance tipica). Sono stati anche sviluppati strumenti di valutazione osservazionale (ad es. Emotional Competency Inventory; Boyatzis, Goleman e Rhee, 2000), che attualmente sono comunque poco usati (Schutte et al., 2007;).

Le scale più utilizzate sono:

a) *Bar-On Emotional Quotient Inventory* (EQ-i; Bar-On, 1997): questo inventario è basato sul modello di intelligenza emotiva proposto da Bar-On ed è costituito da 5 scale, ciascuna composta da diverse sub-scale: Intrapersonale (costituita da considerazione per se stesso, auto-consapevolezza emotiva, assertività, indipendenza e auto-realizzazione); Interpersonale (empatia, responsabilità sociale, relazioni interpersonali); Gestione dello Stress (tolleranza allo stress, controllo degli impulsi); Adattabilità (esame di realtà, flessibilità, problem-solving); Umore generale (ottimismo, felicità). Studi di validazione non hanno confermato la struttura fattoriale e la validità dell'EQ-i (Palmer, Manocha, Gignac e Stough, 2003; Qualter et al., 2007). Pertanto, successivamente è stato proposto il Bar-On Emotional Quotient Inventory: Short (EQ-i:S; Bar-On, 2002), costituito da quattro scale: Intrapersonale (auto-consapevolezza ed auto-espressione), Interpersonale (consapevolezza sociale e relazioni interpersonali), Gestione dello Stress ed Adattabilità. L'EQ-i:S ha dimostrato buona affidabilità (alfa di Cronbach compresa tra .76 e .84 per le diverse scale; affidabilità test-retest a 5 mesi compresa tra .58 e .70) e validità (fattoriale e discriminante) (Austin, Saklofske e Egan, 2005; Summerfeldt, Kloosterman, Anthony e Parker, 2006).

b) *Trait Emotional Intelligence Questionnaire* (TEIQue; Petrides, 2000) è un questionario, disponibile in diverse forme (lunghe, brevi, per l'infanzia) che valuta l'intelligenza emotiva

attraverso le 15 faccette proposte dal modello di Petrides e Furnham (2000). Le 15 sub-scale sono organizzate in 4 fattori: Benessere, Auto-controllo, Emotività e Socievolezza. Il questionario è uno strumento affidabile (l'alfa di Cronbach delle diverse sub-scale risulta superiore a .70 per tutte tranne Impulsività, Abilità Relazionali e Adattabilità; quella dei fattori appare eccellente) e dotato di buona validità (di criterio, convergente, discriminante ed incrementale) (Mikolajczak, Luminet, Leroy e Roy, 2007).

c) *Schutte Self-Report Inventory* (SSRI; Schutte et al., 1998) è un questionario ad accesso libero che valuta l'intelligenza emotiva nell'età adulta e nella tarda adolescenza. Il questionario deriva dal modello di Salovey e Mayer del 1990 ma è comunque considerato una misura di tratto perché valuta la auto-percezione delle abilità del soggetto (MacCann, Roberts, Matthews, e Zeidner, 2003). Analisi fattoriali confermativa ed esplorativa condotte da Petrides e Furnham (2000) hanno suggerito che il questionario non misuri un costrutto unico di intelligenza emotiva come teorizzato da Salovey e Mayer, ma che possano essere identificati quattro fattori (Valutazione delle Emozioni, Regolazione dell'Umore, Abilità Sociali e Utilizzo delle Emozioni). Gignac, Palmer, Manocha e Stough, (2005) hanno testato diversi modelli alternativi ed hanno suggerito una diversa struttura a quattro fattori (Valutazione delle Emozioni in Sé, negli Altri, Regolazione delle Emozioni in Sé, Uso delle Emozioni nel Problem-Solving) per la scala. Tuttavia questi risultati non sono stati confermati da studi successivi (Tsaousis, 2008). A tutt'oggi, pertanto, sussistono dubbi circa la validità della scala, in particolare della sua struttura fattoriale (Austin, Saklofske, Huang e McKenney, 2004; Gignac et al., 2005; Lane, Meyer, Devonport, Davies, Thelwell, Gill, Diehl, Wilson e Weston, 2009), nonostante la sua dimostrata affidabilità (alfa di Cronbach compresa tra .85 e .90; affidabilità test-retest a due settimane di .78) (Schutte et al., 1998; Schutte, Malouff, Bobik, Coston, Greeson, Jedlicka, Rhodes e Wendorf, 2001; Schutte, Malouff, Simunek, Mckenley e Hollander, 2002; Saklofske, Austin e Minski, 2003).

d) *Multidimensional Emotional Intelligence Assessment* (MEIA; Tett et al., 2005) valuta le 10

componenti del modello dell'intelligenza emotiva di Salovey e Mayer del 1990. Il questionario è disponibile anche in una versione specifica da utilizzare in ambiente lavorativo, la *Multidimensional Emotional Intelligence Assessment-Workplace* (MEIA-W) e permette di controllare il bias determinato dalla desiderabilità sociale e dalla acquiescenza. La affidabilità (alfa di Cronbach compresa tra .75 e .85 per tutte le scale; affidabilità test-retest a 4-6 settimane compresa tra .67 e .88) e la validità (di criterio, convergente, discriminante ed incrementale) dello strumento sono buone (Barchard e Christensen, 2007; Gardner e Qualter, 2010; Tett, Freund, Christiansen, Fox e Coaster, 2012).

Il Modello Tripartito dell'Intelligenza Emotiva

L'acceso dibattito sulla reale natura dell'Intelligenza Emotiva (abilità o tratto?), che prosegue tutt'ora, ha portato, in anni recenti, alla proposta di un Modello Tripartito (Mikolajczak, Petrides, Coumans e Luminet, 2009). Tale modello postula l'esistenza di tre livelli di Intelligenza Emotiva: Conoscenza, Abilità e Tratto.

Il primo livello, Conoscenza, fa riferimento alla complessità e alla profondità della conoscenza emotiva della persona. Il focus è su ciò che le persone sanno sulle emozioni e su come gestire le situazioni fortemente emotive.

Il secondo livello, Abilità, si riferisce alla capacità di applicare le conoscenze sulle emozioni alle situazioni emotive e di mettere in atto strategie adeguate allo scopo di gestirle. Il focus, in questo caso, non è più su ciò che le persone conoscono, ma su ciò che le persone sanno fare. Ad esempio, anche se molte persone sanno che l'accettazione è una strategia efficace per ridurre l'ansia e la rabbia, molti non riescono comunque ad accettare tali emozioni quando le esperiscono.

Il terzo livello, Tratto, fa riferimento a disposizioni associate con le emozioni, alla propensione a comportarsi in determinati modi nelle situazioni rilevanti dal punto di vista

emotivo. Il focus, a questo livello, non è più su ciò che le persone fanno, né su cosa potrebbero essere in grado di fare, ma su cosa fanno effettivamente. Ad esempio, alcune persone potrebbero essere potenzialmente in grado di praticare l'accettazione durante un esercizio specifico, in cui venga loro richiesto esplicitamente, ma comunque non usare l'accettazione come strategia abituale per gestire le emozioni quando devono agire di loro iniziativa.

Secondo il Modello Tripartito i tre livelli dell'Intelligenza Emotiva sarebbero associati in modo lasso gli uni con gli altri: la conoscenza non implica necessariamente l'abilità e questa, a sua volta, non determina necessariamente un comportamento abituale, come dimostrato da Lumley, Gustavson, Partridge e Labouvie-Vief (2005).

Correlazioni tra Intelligenza Emotiva come Abilità ed Intelligenza Emotiva come Tratto

La letteratura scientifica mostra chiaramente che le misure self-report di intelligenza in genere correlano in modo debole con le misure di abilità dello stesso costrutto (Paulhus et al. 1998). La capacità delle persone di giudicare le proprie abilità cognitive e le proprie caratteristiche risulta essere meno che perfetta (Furnham e Dissou, 2007). Per diversi costrutti è stato dimostrato che molteplici bias determinano la tendenza a sovrastimare la propria performance e che tale sovrastima è maggiore in coloro che hanno più bassi livelli del costrutto valutato (Hoffman, Nathan e Holden, 1991).

Tutto questo sembra valido anche per il caso specifico dell'intelligenza emotiva. In particolare ad esempio, le correlazioni del MSCEIT con il Bar-On EQ-i e la Scale of Emotional Intelligence sono di livello basso ($r=.21$ e $.18$ rispettivamente). Questo indica che esiste una debole sovrapposizione tra i test di abilità e quelli di tratto (ridotta validità convergente) (Brackett e Mayer, 2003; Collins, 2001; Mayer et al., 2004; Zeidner, Shani-Zinovich, Matthews e Roberts, 2005).

Una causa di questa evidenza potrebbe essere dovuta al fatto che la misurazione dell'Intelligenza Emotiva attraverso questionari in auto-somministrazione è soggetta al bias della desiderabilità sociale. Tuttavia, correggere le relazioni tra scale di tratto e di abilità per la desiderabilità sociale non ne migliora notevolmente la convergenza (Sjöberg, 2001b).

I due tipi di test sembrano, pertanto, misurare costrutti diversi. Infatti le misure di abilità misurano costrutti limitati strettamente all'identificazione ed alla gestione delle emozioni, mentre le misure di tratto misurano in generale abilità emotive e sociali attraverso un ampio range di comportamenti (Mayer et al., 2008).

Relazioni tra Intelligenza Emotiva ed Intelligenza Generale

Una delle maggiori critiche fatte al costrutto dell'Intelligenza Emotiva intesa come abilità è l'ipotesi che non spieghi e non sia niente di più e di nuovo rispetto all'intelligenza generale (quoziente intellettivo) e ad altri tipi di intelligenza (Mayer et al., 2004; 2008). Se così fosse, le misure di intelligenza emotiva dovrebbero mostrare una netta sovrapposizione con le misure di intelligenza generale e non spiegare una quota incrementale della varianza di diverse misure di outcome. Gli studi condotti dimostrano, invece, che le misure di abilità dell'Intelligenza Emotiva correlano debolmente con l'intelligenza verbale e cristallizzata (attorno a circa $.30$) e percettiva/organizzativa o fluida (tra $.10$ e $.20$) (Ciarrochi et al., 2000; Mayer et al., 1999; Mayer et al., 2004; Mayer et al., 2008; Paulhus, Lysy e Yik, 1998; Roberts, Schulze e MacCann, 2007). Alcuni studi, poi, suggeriscono che l'Intelligenza Emotiva e l'intelligenza generale siano due costrutti ortogonali, che denotano competenze diverse (Ciarrochi et al., 2000; Davies et al., 1998; Fox e Spector, 2000). Inoltre, una meta-analisi ha evidenziato che l'Intelligenza Emotiva è in grado di spiegare percentuali significative di varianza di molteplici misure di outcome al di là di quanta ne spiegano le misure di intelligenza generale (Van Rooy e Viswesvaran, 2004).

Relazioni tra Intelligenza Emotiva e Personalità

Il MSCEIT correla debolmente con le scale Apertura (tra .17 e .25) e Gradevolezza (tra .21 e .28) del Big Five (Costa e McCrae, 1978), uno dei più importanti modelli di personalità, e ancora più debolmente con le altre tre dimensioni (Nevroticismo, Estroversione e Coscienziosità) (Brackett e Mayer, 2003; Mayer et al., 2004; Mayer et al., 2008).

Le varie misure di tratto dell'intelligenza emotiva correlano maggiormente con i tratti di personalità del Big Five, misurati con il NEO–Personality Inventory–Revised (NEO-PI-R; Costa e McCrae, 1992). In particolare con il Nevroticismo (tra .57 e .70, correlazione inversa) e con l'Estroversione (tra .47 e .68); la relazione con gli altri tre tratti è più bassa (Brackett e Mayer 2003; Dawda e Hart, 2000; Petrides e Furnham, 2001; Saklofske et al., 2003; Schutte et al., 1998; Tett et al. 2005). Questi alti livelli di correlazione hanno portato alcuni autori a sostenere che il costrutto dell'Intelligenza Emotiva non sia niente di più che l'ennesima misura di personalità, che non abbia nessuna validità incrementale rispetto a costrutti noti.

Tuttavia Petrides e colleghi (2007) hanno evidenziato che l'Intelligenza Emotiva rappresenta un fattore obliquo sia nello spazio fattoriale di Eysenk (il cosiddetto Giant Three: Introversione / Estroversione, Nevroticismo / Stabilità, Psicoticismo / Socializzazione) che in quello del Big Five, e che è in grado di predire sei variabili di outcome (soddisfazione per la vita, ruminazione, quattro strategie di coping) al di là di quanto fatto dalle dimensioni del Giant Three e del Big Five, dimostrandone così la validità discriminante e la validità incrementale rispetto ai due sistemi di personalità noti. Se, infatti, l'Intelligenza Emotiva non catturasse un aspetto unico della personalità, non sarebbe emersa come un tratto separato rispetto ai tratti descritti dal Big Five e dal Giant Three e non avrebbe spiegato una quota aggiuntiva della varianza dei criteri di outcome.

L'Intelligenza Emotiva risulta essere quindi, contrariamente alle critiche, un costrutto distinto (poiché può essere isolato nello spazio

della personalità) e composito (poiché è costituito da diverse dimensioni), posto ai livelli più bassi della gerarchia della personalità (poiché è obliquo e non ortogonale rispetto al Giant Three e al Big Five). I tratti di personalità di basso ordine sono importanti perché permettono di descrivere e spiegare meglio il comportamento e gli atteggiamenti delle persone, in quanto sono in grado di cogliere aspetti della personalità che sfuggono alle poche dimensioni di ordine più alto (Block, 2001; Butcher e Rouse, 1996; Cattell, 1995; Paunonen e Jackson, 2000; Petrides et al., 2007). Infatti, contrariamente a quanto potrebbe far pensare il fatto che negli anni '80 e '90 la maggior parte degli studi sulla personalità si sia concentrata sulle grandi tassonomie (Goldberg, 1993; Goldberg e Rosolack, 1994; John e Srivastava, 1999), la personalità non si limita al Big Five e al Giant Three (Block, 1995). Ci sono molte altre dimensioni, che sono state temporaneamente messe in secondo piano, ma che permettono di spiegare agevolmente comportamenti e atteggiamenti, tra cui l'efficienza sociale e il benessere. L'Intelligenza Emotiva è una di esse. Essa riunisce aspetti della personalità associati alle emozioni che sono sparsi tra le diverse dimensioni di personalità di alto ordine, in associazione con aspetti che da esse non sono catturati. Per questo ha un maggiore potere esplicativo. Ad esempio, per spiegare qualcosa che è facilmente descritto attraverso il costrutto dell'Intelligenza Emotiva, come il fatto che le persone più intelligenti emotivamente sono più sensibili agli stimoli a valenza affettiva, facendo riferimento solo ai tratti di alto ordine, sarebbero necessarie complicate combinazioni di dimensioni. Inoltre, tali combinazioni potrebbero predire il comportamento, discriminare tra soggetti, ma non propriamente spiegare perché esista effettivamente una differenza tra le persone, cosa che può essere invece fatta con i costrutti di ordine inferiore (Block, 2001).

Infatti, le tassonomie di tratti (Giant Three, Big Five etc.) sono state individuate attraverso modelli di riduzione di dati e non sono in grado di descrivere in modo esaustivo tutte le differenze individuali (Funder, 2001; O'Connor, 2002). Di conseguenza, né il Giant Three né il Big Five possono spiegare tutta la varianza

spiegata dall'intelligenza emotiva, che risulta essere un costrutto di basso ordine che comprende tutti gli aspetti della personalità connessi con le emozioni (Petrides et al., 2007), aspetti che, invece, sono dispersi (e non tutti presenti) nei diversi tratti delle principali tassonomie. Un'operalizzazione delle auto-percezioni associate con le emozioni che può essere integrata nelle principali tassonomie della personalità, sia gerarchiche che circonflesse.

Altri filoni di indagine hanno evidenziato importanti associazioni tra Intelligenza Emotiva e fattori di personalità. L'Intelligenza Emotiva mostra correlazioni positive con l'autostima, la persistenza di fronte al fallimento e la creatività, e negative con la psicofobia, cioè la tendenza ad evitare di stare in contatto con il proprio mondo interno (Sjöberg, 2008). Risulta inoltre correlare con la competenza emotiva e l'intelligenza sociale ed interpersonale (Summerfeldt et al., 2006).

Una forte associazione negativa è stata osservata, poi, in molteplici studi tra l'Intelligenza Emotiva e l'alessitimia (Austin et al., 2005; Dawda e Hart, 2000; Parker, Taylor e Bagby, 2001; Saklofske et al., 2003; Schutte et al., 1998; Sjöberg, 2001b; Spence et al., 2004; Taylor, 2001): questo è confermato da molteplici osservazioni che indicano come le persone alessitimiche abbiano difficoltà ad identificare le emozioni dalle espressioni facciali degli altri (Lane, Sechrest, Reidel, Weldon, Kaszniak, Schwartz, 1996; Parker, Taylor e Bagby, 1993b), manifestino una limitata capacità di empatizzare con gli stati emotivi altrui (Krystal, 1979; McDougall, 1989; Taylor, 1987) e mostrino una limitata capacità di pensare alle emozioni e di usarle per affrontare le situazioni stressanti (Parker, Taylor e Bagby, 1998; Schaffer, 1993). Tuttavia, analisi fattoriali hanno dimostrato che l'Intelligenza Emotiva e l'alessitimia sono due costrutti indipendenti, anche se strettamente (inversamente) correlati (Parker et al., 2001). L'alessitimia sembra essere un costrutto più strettamente definito, rispetto all'ampia concettualizzazione dell'Intelligenza Emotiva.

Infine, le persone con più alti livelli di Intelligenza Emotiva mostrano di usare maggiormente meccanismi di difesa più maturi,

come la sublimazione, rispetto a quelli più arcaici, come la negazione (Pelletteri, 2002).

Intelligenza Emotiva e Caratteristiche Demografiche

Alcuni studi indicano che l'Intelligenza Emotiva varia con l'età e il genere. Gli adulti sembrano ottenere punteggi più alti nei test di abilità rispetto agli adolescenti (Mayer et al., 1999); anche l'Intelligenza Emotiva intesa come tratto sembra aumentare leggermente con l'età (Van Rooy, Alonso e Viswesvaran, 2005). Le donne, in genere, ottengono punteggi più alti degli uomini sia nelle misure di abilità che in quelle di tratto (Brackett, Mayer e Warner, 2004; Engelberg e Sjöberg, 2004a; Goldenberg, Matheson e Mantler, 2006; Mayer et al., 1999; Petrides e Furnham, 2000; Schutte et al., 1998; Schutte et al., 2007; Sjöberg, 2008; Van Rooy et al., 2005).

Una causa della differenza nei livelli di Intelligenza Emotiva tra uomini e donne potrebbe essere dovuta al fatto che, nelle stesse circostanze, le donne sembrano reagire con emozioni più intense degli uomini (Bradley, Codispoti, Sabatinelli e Lang, 2001; Fujita, Diener e Sandvik, 1991; Grossman e Wood, 1993). Engelberg e Sjöberg (2005) hanno riscontrato che le donne tendono a mostrare livelli più elevati sia di intelligenza emotiva che di intensità affettiva abituale rispetto agli uomini. È possibile che le donne siano più interessate degli uomini alle tematiche emotive e relazionali e che, per questo, sviluppino maggiori conoscenze ed abilità relative alla sfera emotiva. Inoltre le donne sembrano più abili a comprendere le informazioni sociali non verbali, tra cui le espressioni facciali (Hall, 1978; 1984; Rosenthal, Hall, DiMatteo, Rogers e Archer, 1979). Alcuni autori suggeriscono che questo possa dipendere dal fatto che le madri tendono a parlare di più di sentimenti ed emozioni con le figlie femmine, a mostrare loro un range più ampio di sentimenti e ad usare con loro espressioni facciali più vivide, rispetto a quanto fanno con i figli maschi (Brody, 1985). In fine, recenti ricerche suggeriscono che le aree cerebrali deputate alla processazione delle informazioni emotive siano più ampie nelle

donne rispetto agli uomini (Gur, Gunning-Dixon, Bilker e Gur, 2002). Comunque, qualunque ne sia la causa, la netta predominanza femminile in termini di intelligenza emotiva deve essere tenuta in considerazione, anche in ambito lavorativo (Greiner, Cummings e Bhambri, 2003; Levinson, 1980; Sjöberg, 2008).

Intelligenza Emotiva e Senso di Sé

Le persone con più alti livelli di Intelligenza Emotiva intesa come tratto mostrano la tendenza a scegliere in modo più autonomo i propri obiettivi rispetto alle persone con livelli inferiori, i cui obiettivi sarebbero più spesso indotti dall'esterno o introiettati (Spence et al., 2004). Sembra, quindi, che ad una maggiore Intelligenza Emotiva corrisponda un senso maggiore di ciò che è importante per la persona e, quindi, una maggiore integrazione di aspetti importanti del sé.

Bar-On (2001) ha inoltre osservato che l'Intelligenza Emotiva è in grado di predire la capacità di auto-realizzazione.

Intelligenza Emotiva e Comprensione dei Sentimenti

Una maggiore Intelligenza Emotiva sembra associarsi ad una maggiore attenzione ai propri processi mentali e fisici (Mayer et al., 2008). Ad esempio, le persone con punteggi più alti nelle misure di intelligenza emotiva sembrano essere più accurate nel rilevare le variazioni della frequenza del proprio battito cardiaco (un correlato fisiologico delle emozioni) (Schneider, Lyons e Williams, 2005). Le persone con maggiore Intelligenza Emotiva sembrano essere anche maggiormente in grado di riconoscere le conseguenze emotive degli eventi e di ragionare su di esse, ad esempio di prevedere come si sentiranno in qualche momento del futuro in relazione ad un evento (Dunn, Brackett, Ashton-James, Schneiderman e Salovey, 2007). La definizione di intelligenza emotiva, inoltre, comprende aspetti essenziali dell'empatia, in particolare la capacità di riconoscere i sentimenti degli altri (Mayer et al., 2008a). Varie misure di intelligenza emotiva correlano con la

percezione della propria empatia (Brackett et al., 2006; Caruso et al., 2002; Ciarrochi et al. 2000; Ciarrochi, Caputi e Mayer, 2003; Mayer et al., 1999; Mayer e Geher, 1996).

Intelligenza Emotiva e Relazioni Sociali

I risultati di molteplici studi sembrano suggerire che le persone con livelli più alti di intelligenza emotiva tendano ad avere una maggiore competenza sociale ed una migliore qualità delle relazioni, e ad essere visti come più sensibili dal punto di vista interpersonale (Brackett et al., 2004; Brackett et al., 2006; Brackett, Warner e Bosco, 2005; Chapman e Hayslip, 2005; Engelberg e Sjöberg, 2004; Lopes, Brackett, Nezlek, Schütz, Sellin e Salovey, 2004; Lopes, Salovey, Côté e Beers, 2005; Lopes, Salovey e Straus, 2003; Saklofske et al., 2003; Schutte et al., 2001). L'intelligenza emotiva sembra predire significativamente quanto le persone si sentiranno gradevoli, interessanti, desiderate e rispettate nelle interazioni sociali (Lopes et al., 2004). Alti livelli di intelligenza emotiva si associano alla percezione di avere una maggiore capacità di reagire adeguatamente agli eventi di vita degli amici, di gestire meglio l'invidia e di mettere in atto meno frequentemente risposte distruttive (attive e passive) nelle relazioni intime (Brackett et al., 2006).

Le persone con più alti livelli di intelligenza emotiva sono percepite più positivamente dagli altri e vengono descritte più spesso come "sensibili ai sentimenti e alle preoccupazioni degli altri" e "desiderose di aiutare gli altri" (Brackett et al., 2006; Lopes et al., 2004, 2005). Lopes e colleghi (2003) hanno osservato che le persone con maggiore abilità di gestire le emozioni, proprie e altrui, hanno migliori relazioni con gli amici e sono ritenute più interessanti e valide dalle persone di sesso opposto.

I soggetti di sesso maschile (uomini ed adolescenti) con livelli più elevati di intelligenza emotiva sembrano mostrare meno frequentemente reazioni distruttive, comportamenti conflittuali e socialmente devianti (ad es. vandalismo, bullismo) e difficoltà di adattamento, e tendono ad essere giudicati più empatici e meno frequentemente

aggressivi e problematici dagli altri (Brackett e Mayer, 2003; Brackett et al., 2006; Ciarrochi et al., 2000; Mayer, Perkins, Caruso e Salovey, 2001; Rubin, 1999; Tirinidad e Johnson, 2002). Tutti questi risultati rimangono significativi anche controllando l'effetto delle variabili di personalità tradizionali e dell'intelligenza generale e sono stati confermati da studi longitudinali (Côté, Lopes, Salovey e Beers, 2005; Mayer et al., 2004).

Studi trasversali e longitudinali hanno dimostrato che nei bambini l'intelligenza emotiva (valutata dagli insegnanti) predice la qualità delle relazioni sociali e si associa ad una minore frequenza di problemi comportamentali, tra cui i disturbi internalizzanti e l'aggressività (Cole, Martin e Dennis, 2004; Denham, Blair, DeMulder, Levitas, Sawyer e Auerbach-Major, 2003; Eisenberg, Fabes, Guthrie e Reiser, 2000; Izard, Fine, Schultz, Mostow, Ackerman e Youngstrom, 2001; Mayer et al., 2008; Mestre, Guil, Lopes, Salovey e Gil-Olarte, 2006; Schultz, Izard e Bear, 2004).

Nonostante queste evidenze molto importanti, non si deve commettere l'errore di pensare che essere dotati di intelligenza emotiva significhi necessariamente avere un buon carattere. Infatti è stato osservato che le persone possono utilizzare le loro capacità per manipolare gli altri o per ferirli. Ad esempio Sutton e colleghi (Sutton, Smith e Swettenham, 1999; Sutton e Keogh, 2000) suggeriscono che l'intelligenza emotiva possa essere utilizzata in alcune forme di bullismo, come la calunnia e l'esclusione sociale.

Molteplici studi hanno evidenziato l'influenza dell'intelligenza emotiva sulle relazioni intime: l'intelligenza emotiva correla significativamente con il benessere nelle relazioni affettive (Carton, Kessler e Pape, 1999) e con la qualità percepita del proprio partner sentimentale (Lopes et al., 2004), e predice la qualità delle relazioni stesse (al di là dei tratti di personalità e dell'intelligenza generale) (Ciarrochi et al., 2000). Brackett e colleghi (2005) hanno valutato la corrispondenza dei livelli di intelligenza emotiva tra i due partner di una coppia: se entrambi i partner hanno bassi livelli di intelligenza emotiva, la loro relazione sarà più conflittuale e di scarsa qualità complessiva. Le coppie

costituite da un partner con alti livelli di intelligenza emotiva ed uno con livelli inferiori sembrano avere relazioni altrettanto buone o addirittura migliori delle coppie in cui entrambi i partner hanno alti livelli di intelligenza emotiva.

Una nuova linea di studi usa dati di outcome che riguardano il cosiddetto spazio di vita (*Life Space*). Si tratta sempre di dati che vengono riferiti dalla persona, ma che sono diversi dai classici dati self-report, poiché si riferiscono ad aspetti esterni, osservabili e discreti dell'ambiente in cui vive la persona, compresi le situazioni sociali e i gruppi in cui è immersa, e sono, quindi, più oggettivi (Brackett et al., 2004; Funder, 2001; Mayer, 2004). Le scale Life Space contengono domande su eventi e comportamenti oggettivi che riguardano la persona (ad es. usano domande tipo "Quante volte ha detto al Suo partner che lo ama nello scorso mese?" rispetto alla tradizionale domanda da questionario self-report "Quanto ama il Suo partner?"). Le scale permettono di valutare diverse dimensioni tra cui la cura di sé, le relazioni interpersonali, le attività di studio o lavorative, le attività del tempo libero. Da questo filone di indagine è emerso che l'intelligenza emotiva si associa positivamente a migliori relazioni sociali e ad una vita sentimentale più profonda e negativamente a comportamenti autodistruttivi (Formica, 1998). Nei maschi, livelli più bassi di intelligenza emotiva si associano ad una qualità peggiore di interazioni sociali con i pari (suggerendo la presenza di difficoltà a stabilire interazioni sociali significative) e alla tendenza a mettere in atto comportamenti potenzialmente pericolosi (uso di droghe, abuso di alcol, comportamenti devianti); i risultati rimangono significativi prendendo in considerazione personalità e intelligenza verbale (Brackett et al., 2004).

Ricerche empiriche suggeriscono, quindi, che l'intelligenza emotiva contribuisca significativamente a spiegare e predire l'efficacia sociale, al di là delle più usate misure di personalità ed intelligenza (Mayer et al., 2008). Il concetto di intelligenza emotiva, infatti, aiuta a capire meglio perché alcune persone hanno maggiore successo nelle loro relazioni, sia private che lavorative. Le persone con più alti livelli di intelligenza emotiva sarebbero

maggiormente in grado di riconoscere la proprie emozioni e di ragionare su di esse, sulle conseguenze emotive delle proprie decisioni e sulle emozioni degli altri. Questo permetterebbe loro di regolare meglio il proprio comportamento sociale e di essere più efficaci nelle proprie relazioni. Bassi livelli di intelligenza emotiva si associano ad aspetti negativi della vita dei maschi (similmente a quanto accade con alti livelli di alessitimia). È stato ipotizzato che questo sia dovuto ad un effetto-soglia: ci potrebbe essere un livello minimo di intelligenza emotiva necessario per fare giudizi adeguati nelle situazioni sociali; una percentuale significativa di maschi potrebbe non raggiungere tale livello (Brackett et al., 2004).

Le evidenze descritte assumono particolare rilievo se si considera che molte persone giungono in terapia desiderose di migliorare le proprie relazioni sociali, che vivono come problematiche (Evans, Acosta e Yamamoto, 1986; Noble, Douglas e Newman, 1999).

Intelligenza Emotiva e Realizzazione Personale

Sebbene l'intelligenza emotiva come abilità e come tratto siano due costrutti distinti, entrambe predicono il successo nella vita in modo simile ed evidente (Brackett e Mayer, 2003; Brackett et al., 2004; Ciarrochi et al., 2000; Martinez-Pons, 1999-2000; Qualter et al., 2007).

Per quanto riguarda la performance scolastica sono stati effettuate ricerche a tutti i livelli di istruzione, con risultati concordi (Mayer et al., 2008). Izard e colleghi (2001) hanno osservato che l'intelligenza emotiva a 5 anni predice il successo scolastico tre anni dopo, al di là del contributo delle abilità verbali e delle caratteristiche socio-demografiche. Mestre e collaboratori (2006) hanno dimostrato che l'intelligenza emotiva correla con i risultati scolastici di studenti maschi di 15 anni, anche controllando per il quoziente intellettivo e le caratteristiche di personalità. Gli studenti più dotati sembrano avere livelli più alti di intelligenza emotiva (Ashkanasy e Dasborough, 2003; Barchard, 2003; Brackett e Mayer, 2003; Brackett et al., 2004; Lam e Kirby, 2002;

O'Connor e Little, 2003; Zeidner et al., 2005). Gli adolescenti con alta intelligenza emotiva sembrano affrontare meglio la transizione alla scuola superiore (Qualter, Whiteley, Hutchinson e Pope, 2007) e tendono meno frequentemente a fare assenze non giustificate o ad essere sospesi o espulsi da scuola (anche controllando per le caratteristiche di personalità) (Petrides, Fredrickson e Furnham, 2004).

Per quanto riguarda il successo lavorativo, è stato osservato che alti livelli di intelligenza emotiva predicono (modestamente) una maggiore efficienza lavorativa in svariate professioni (medici, insegnanti, manager, etc.) (Elfenbein, Der Foo, White e Tan, 2007) e favoriscono giudizi più positivi da parte dei superiori (Elfenbein e Ambady, 2002, studio longitudinale), la stima dei propri dipendenti o sottoposti (e, di conseguenza, il loro maggiore impegno ed attaccamento all'azienda) e reazioni positive da parte dei clienti (Giles, 2001; Janovics e Christiansen, 2002; Mayer et al., 2004).

L'intelligenza emotiva sembra essere una caratteristica più essenziale per chi lavora a diretto contatto con il pubblico e in quei lavori in cui mantenere buone relazioni sociali (con colleghi e/o clienti) è particolarmente importante (Mayer et al., 2004). È possibile che questo sia dovuto, almeno in parte, alla capacità di creare un'atmosfera positiva da parte delle persone più intelligenti emotivamente, atmosfera che poi si comunica agli altri attraverso il contagio emotivo e favorisce le relazioni e le reazioni positive e, quindi, il successo lavorativo (Barsade, 2002; Hatfield, Cacioppo e Rapson, 1994).

Ulteriori studi suggeriscono l'esistenza di interazioni moderazionali tra intelligenza emotiva, personalità e intelligenza generale, nel determinare il successo lavorativo. Le persone estroverse sembrano, ad esempio, maggiormente in grado di utilizzare le informazioni emotive a proprio vantaggio, dalle quali sono stimolati e non sopraffatti (cosa che accade, invece, alle persone introversive) (Rubin, Munz e Bommer, 2005). Alti livelli di intelligenza emotiva sembrano contribuire ad un miglior giudizio sulla performance del lavoratore da parte dei suoi superiori,

soprattutto per coloro che hanno un'intelligenza cognitiva minore (Côté e Miners, 2006). L'intelligenza emotiva permetterebbe, quindi, di compensare livelli più bassi di abilità cognitive.

Tuttavia l'intelligenza emotiva non si associa alla motivazione sul lavoro né alla soddisfazione professionale (Sjöberg, 2008). Le persone con più alti livelli di intelligenza emotiva sembrano avere capacità e caratteristiche che permettono loro di avere successo in molti ambiti della vita (relazioni, famiglia, lavoro, ecc.), ma anche di riuscire a bilanciare le richieste che da essi provengono (lavoro vs. famiglia e svaghi). Non danno, quindi, eccessiva priorità al lavoro, che rappresenta solo uno degli aspetti della vita. Nonostante questo riescono, in media, ad ottenere stipendi migliori delle persone con intelligenza emotiva minore.

Intelligenza Emotiva e Benessere

Una persona veramente sana non è né solo pensiero né sola emozione, ma una combinazione tra questi processi psicologici fondamentali (Mayer et al., 2008b). L'energia mentale, una combinazione di motivazioni ed emozioni, lavora in associazione con il ragionamento adattivo e porta a comportamenti efficaci, ed è costantemente monitorata, guidata e controllata dall'auto-consapevolezza (Mayer, 2007). Le diverse parti devono unirsi perché la personalità possa funzionare. Per stare bene è necessario, quindi, essere emotivamente intelligenti. È stato osservato che soprattutto le misure di tratto dell'intelligenza emotiva sono associate con il benessere psicologico e la sua controparte, la psicopatologia (Furnham e Petrides, 2003; Schutte et al., 2007; Sjöberg, 2008).

L'intelligenza emotiva correla con il benessere psicologico, la felicità, la soddisfazione nella vita, l'autostima e la capacità di tollerare la frustrazione e il fallimento, anche controllando per le variabili di personalità, l'intelligenza generale e le variabili socio-demografiche (Austin et al., 2005; Bastian, Burns e Nettelbeck, 2005; Brackett e Mayer, 2003; Brackett et al., 2006; Chamorro-Premuzic, Bennett e Furnham, 2007; Ciarrochi et al., 2000;

Furnham e Petrides, 2003; Gallagher e Vella-Brodrick, 2008; Gannon e Ranzijn, 2005; Gignac, 2006; Livingstone e Day, 2005; Martinez-Pons, 1997-1998; Mayer et al., 1999; Palmer, Donaldson e Stough, 2002; Petrides et al., 2007; Pitterman e Nowicki, 2004; Saklofske et al., 2003; Salovey, Stroud, Woolery e Epel, 2002; Schutte, Lopez e Malouff, 2000; Sjöberg, 2008). Al contrario, bassi livelli di intelligenza emotiva si associano a ridotto controllo degli impulsi, preoccupazione prima di iniziare un compito impegnativo e solitudine (Bastian et al., 2005; Chapman e Hayslip, 2005; Engelberg e Sjöberg, 2004b; Matthews et al., 2006; Schutte et al., 1998; Sjöberg, 2008). Petrides e collaboratori (2007) hanno osservato che alti livelli di intelligenza emotiva si associano a maggiore soddisfazione nella vita, minore frequenza di ruminazione su eventi negativi, uso più frequente di strategie di coping adattive e più infrequente di disadattive. Questo suggerisce che la valutazione delle circostanze e le reazioni agli eventi di vita siano in parte filtrate attraverso la percezione delle proprie abilità emotive.

L'intelligenza emotiva può contribuire alla salute mentale in vari modi. È stato ipotizzato che la maggiore capacità di percepire, comprendere e gestire le emozioni, tipica delle persone dotate di maggiore intelligenza emotiva, renda meno probabile l'eventualità che sviluppino disturbi mentali (Schutte et al., 2007). Dal lato opposto, Matthews, Zeidner e Roberts (2002) sostengono che deficit di intelligenza emotiva possano essere implicati nell'insorgenza e nel mantenimento dei disturbi mentali. La maggiore capacità di percepire, comprendere e gestire le emozioni, tipica delle persone con maggiore intelligenza emotiva, infatti, sembrerebbe prevenire l'insorgenza di stati emotivi maladattivi. La ricerca ha infatti dimostrato che le persone con più alti livelli di intelligenza emotiva tendono in genere ad avere un umore più positivo e sono maggiormente in grado di gestire il proprio umore e di risolverlo dopo un'induzione sperimentale di umore negativo (Ciarrochi et al., 2000; Schutte et al., 2002). È stato poi osservato che l'intelligenza emotiva modera la relazione tra stress e salute mentale, in particolare depressione, disperazione ed ideazione

suicidaria (Ciarrochi, Deane e Anderson, 2002; Martinez- Pons, 1997-1998). Inoltre, livelli più elevati di intelligenza emotiva si associano alla disponibilità di un maggiore supporto sociale e ad una maggiore soddisfazione per esso, fattori capaci di tamponare gli effetti del distress psicologico sulla salute mentale (Brown e Schutte, 2006; Salovey e Grewal, 2005; Schutte et al., 2007). In fine, Ciarrochi e Deane (2001) hanno riscontrato che le persone con livelli più elevati di intelligenza emotiva sono più disposte a chiedere aiuto, specialistico e non, per problemi emotivi, depressione ed ideazione suicidaria.

Molteplici ricerche confermano il legame tra intelligenza emotiva e psicopatologia: bassi livelli di intelligenza emotiva si associano, infatti, con distress psicologico, ansia, ansia sociale, distimia, depressione e maggiore frequenza di problemi di abuso di alcol e di sostanze (Bastian et al., 2005; Carton et al., 1999; Ciarrochi et al., 2002; Dawda e Hart, 2000; Lizeretti, Oberst, Chamarro e Farriols, 2006; Palmer et al., 2002; Riley e Schutte, 2003; Saklofske et al., 2003; Schutte et al., 1998; Slaski e Cartwright, 2002; Summerfeldt et al., 2006).

Alcuni studi suggeriscono che le persone con disturbi dell'umore processino le informazioni diversamente dagli altri, comprese le informazioni emotive (Beck, Emery e Greenberg, 1985), siano meno abili nella espressione di emozioni (ridotto contatto oculare e amimia) (Engelberg e Sjöberg, 2005; Fossi, Faravelli e Paoli, 1984; Gotlib e Lee, 1989) ed abbiano livelli di intelligenza emotiva inferiori ai controlli non depressi (Hansenne e Bianchi, 2009). Queste caratteristiche possono causare problemi nelle relazioni sociali. È noto, poi, che l'inadeguato funzionamento sociale, a sua volta, è implicato nell'insorgenza e nel mantenimento della depressione, anche a causa delle reazioni negative che elicitano nelle altre persone (Segrin e Abramson, 1994). Questo potrebbe spiegare, almeno in parte, l'associazione tra intelligenza emotiva e depressione.

Per quanto riguarda l'ansia da interazioni sociali (una forma di ansia sociale) è stato ipotizzato che tale disturbo sia caratterizzato da una ridotta capacità di valutare e gestire i propri stati

emotivi, di percepire, monitorare e decodificare gli stati emotivi altrui, e di interpretare correttamente gli eventi sociali (Amir, Foa e Coles, 1998; Clark e Wells, 1995; Pozo, Carver, Wellens e Scheier, 1991; Rapee e Heimberg, 1997; Schroeder e Ketrow, 1997; Stopa e Clark, 2000; Wells, 1997). Tutte queste osservazioni sarebbero congruenti con l'osservazione dell'associazione tra bassi livelli di intelligenza emotiva e ansia da interazioni sociali (Summerfeldt et al., 2006).

La scarsa consapevolezza delle emozioni e l'incapacità di gestirle, aspetti fondamentali dell'intelligenza emotiva, poi, sono sintomi chiave dei disturbi di personalità e dei disturbi da discontrollo degli impulsi (Matthews et al., 2002).

Anche per quanto riguarda la salute fisica e i disturbi psicosomatici è stato ipotizzato un ruolo dell'intelligenza emotiva. L'intelligenza emotiva, infatti, è connessa con molteplici fattori psicosociali, protettivi per la salute, tra cui il supporto sociale e la cura di sé (Brown e Schutte, 2006; Martins, Ramalho e Morin, 2010; Matthews et al., 2002; Salovey e Grewal, 2005; Schutte et al., 1998; Schutte et al., 2001; Schutte et al., 2007).

In fine è importante considerare che, nonostante le numerose evidenze che indicano come maggiori livelli di intelligenza emotiva siano associati con una migliore salute mentale, in alcune circostanze essi possono avere conseguenze maladattive (Schutte et al., 2007). Petrides e Furnham (2003) infatti suggeriscono che le persone dotate di maggiore intelligenza emotiva siano più sensibili agli stimoli a forte valenza affettiva, e che questo potrebbe esporli a distress più intenso in circostanze di vita particolarmente difficili e sfavorevoli.

Alle Origini dell'Intelligenza Emotiva

Molteplici studi hanno cercato di capire quali fattori possono favorire lo sviluppo di livelli più elevati di intelligenza emotiva e delle sue componenti. Harris (1999) ha sottolineato l'importanza di fattori sociali quali lo stile di attaccamento ed il discorso psicologico per lo sviluppo della capacità di comprendere le emozioni. Molte ricerche suggeriscono che la

capacità di esprimere le emozioni sia favorita dai comportamenti espressivi materni (Malatesta-Magai, Culver, Tesman e Shepard, 1989; Malatesta-Magai, Leak, Tesman, Shepard, Culver e Smaggia, 1994; Scharfe, 2000). Il temperamento del bambino, in parte determinato da fattori genetici, sembra influenzare le capacità di regolazione emotiva (Cassidy, 1994).

Jausovec, Jausovec e Gerlic (2001) suggeriscono che l'intelligenza emotiva abbia una componente genetica, come evidenziato dal riscontro di diversi pattern di attività cerebrale in soggetti con livelli di intelligenza emotiva sopra e nella media. Tiwari e Srivastava (2004), invece, sottolineano l'importanza di fattori ambientali (familiari ed extra-familiari) e delle esperienze di vita nello sviluppo dell'intelligenza emotiva. Sembra probabile, dunque, che l'intelligenza emotiva si sviluppi come risultato dell'interazione tra fattori genetici ed ambientali (Qualter et al., 2007). I fattori chiamati in causa sono:

- 1) la maturazione del sistema inibitore neurologico, che facilita lo sviluppo della regolazione emotiva (Fox, 1994);
- 2) il temperamento del bambino, che influenza la vulnerabilità alle difficoltà emotive (Zeidner, Matthews, Roberts e McCann, 2003);
- 3) l'influenza delle interazioni parentali sullo sviluppo del vocabolario emotivo e della comprensione delle emozioni;
- 4) l'interazione gene-ambiente, attraverso la quale le caratteristiche genetiche influenzano quali fattori ambientali influenzano di più lo sviluppo dell'intelligenza emotiva nel bambino (Zeidner, Roberts e Matthews, 2002).

Per quanto riguarda le relazioni tra attaccamento ed intelligenza emotiva, Hamarta, Deniz e Saltali (2009) hanno dimostrato che uno stile di attaccamento sicuro si associa a livelli più elevati e completi di intelligenza emotiva e l'attaccamento pauroso-evitante a livelli globalmente inferiori; l'attaccamento evitante-respingente, inoltre, è associato a bassi livelli di intelligenza emotiva interpersonale, mentre l'attaccamento preoccupato si associa a bassi livelli di adattabilità. Tali associazioni

hanno valore predittivo. Kafetsios (2004) ha invece descritto correlazioni positive tra l'attaccamento sicuro e tre componenti dell'intelligenza emotiva (facilitazione, comprensione e gestione delle emozioni), correlazioni negative tra l'attaccamento preoccupato e la percezione delle emozioni e correlazioni positive tra l'attaccamento evitante-respingente e la comprensione delle emozioni. Marsland e Likavec (2003) hanno, invece, osservato che la qualità dell'attaccamento del bambino correla con i livelli di intelligenza emotiva della madre.

Accrescere l'Intelligenza Emotiva

Le vaste evidenze della letteratura circa l'importanza dell'intelligenza emotiva in molteplici aspetti della vita hanno stimolato la messa a punto di molteplici interventi volti a favorirne l'aumento (Matthews et al., 2002). Interventi di Apprendimento Socio-Emotivo sono stati messi in atto in scuole ed organizzazioni (Mayer e Cobb, 2000), con esiti diversi (Nelis et al., 2009; Zins, Payton, Weissberg e Utne O'Brien, 2007). Questo sembra essere dovuto al fatto che spesso gli interventi mancano di una base teorica solida e che si concentrano solo su uno o alcuni aspetti dell'intelligenza emotiva (Matthews et al., 2002; Matthews, Zeidner e Roberts, 2007; Nelis, Quoidbach, Hansenne, Kotsou, Weytens, Dupuis e Mikolajczak, 2011).

L'Apprendimento Socio-Emotivo consiste nell'insegnamento di conoscenze sulle emozioni e di abilità sociali e nell'applicazione (training) di specifiche competenze emotive alle situazioni quotidiane (Elias, Arnold e Steiger-Hussey, 2003; Weare, 2004), al fine di far diventare la persona più competente. È possibile intervenire sul modo in cui le persone:

- 1) stabiliscono lo scopo delle loro interazioni e relazioni (comprese l'interpretazione dei propri sentimenti e delle motivazioni degli altri riguardo la relazione);
- 2) processano le informazioni presenti negli incontri interpersonali (capacità di percepire le emozioni proprie ed altrui e

di interpretare i comportamenti non verbali);

- 3) pensano a sé, agli altri e alle relazioni sociali (Qualter et al., 2007).

Altri interventi sono specificamente progettati sulla base del modello a quattro rami e cercano di stimolare (attraverso brevi lezioni, letture, diari, role-playing, discussioni di gruppo e pratica in coppia):

- 1) percezione, valutazione ed espressione delle emozioni;
- 2) facilitazione emotiva del ragionamento ed uso delle emozioni per favorire il benessere;
- 3) comprensione ed analisi delle emozioni;
- 4) regolazione riflessiva delle emozioni (Nelis et al., 2009; 2011).

Questo tipo di intervento è risultato in grado di migliorare tutte le dimensioni dell'intelligenza emotiva e di modificare anche aspetti della personalità.

A questi interventi, che riguardano soprattutto l'intelligenza emotiva intesa come abilità ed i suoi aspetti più cognitivi (cognizioni intra- ed inter-personali) sarebbe auspicabile affiancare interventi rivolti l'intelligenza emotiva intesa come tratto, più specificamente emotivi e disposizionali, comprese le terapie del profondo. Una nuova pagina, ancora tutta da scrivere.

Riferimenti Bibliografici

- Abelson, R.P. (1963). Computer simulation of "hot cognition." In S.S. Tomkins, S. Mesick (A cura di), *Computer simulations of personality*. New York: Wiley.
- Adams, E.M. (1998). Emotional intelligence and wisdom. *The Southern Journal of Philosophy*, 36, 1–14.
- Amir, N., Foa, T.B., Coles, M.E. (1998). Negative interpretation bias in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 945–957.
- Ashkanasy, N.M., Dasborough, M.T. (2003). Emotional awareness and emotional intelligence in leadership teaching. *Journal of Education for Business*, 79, 18–22.
- Austin, E.J., Saklofske, D.H., Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 38, 547–558.
- Austin, E.J., Saklofske, D.H., Huang, S.H.S., McKenney, D. (2004). Measurement of trait emotional intelligence: Testing and cross-validating a modified version of Schutte et al.'s (1998) measure. *Personality and Individual Differences*, 36, 555–562.
- Barchard, K.A. (2003). Does emotional intelligence assist in the prediction of academic success? *Educational and Psychological Measurement*, 63, 840–858.
- Barchard, K. A., Christensen, M.M. (2007). Dimensionality and higher-order factor structure of self-reported emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 971–985.
- Bar-On, R. (1997). *Bar-On Emotional Quotient Inventory: Technical manual*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: insights from the Emotional Quotient Inventory. In R. Bar-On, J.D.A. Parker (A cura di), *The Handbook of Emotional Intelligence: Theory, Development, Assessment, and Application at Home, School, and in the Workplace*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bar-On, R. (2001). Emotional intelligence and self-actualisation. In J. Ciarrochi, J.P. Forgas, J.D. Mayer (A cura di), *Emotional intelligence in everyday life: A scientific inquiry*. Philadelphia: Psychology Press.
- Bar-On, R. (2002). *Bar-On Emotional Quotient Inventory: Short version: Technical manual*. Toronto, Canada: MultiHealth Systems Inc.
- Barsade, S.G. (2002). The ripple effect: emotional contagion and its influence on group behavior. *Administrative Science Quarterly*, 47, 644–675.
- Bastian, V.A., Burns, N.R., Nettelbeck, T. (2005). Emotional intelligence predicts life skills, but not as well as personality and cognitive abilities. *Personality and Individual Differences*, 39, 1135–1145.
- Beasley, K. (1987). The emotional quotient. *British Mensa Magazine*, May, 25.
- Beck, A.T., Emery, G., Greenberg, R.C. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Block, J. (1995). A contrarian view of the five-factor approach to personality description. *Psychological Bulletin*, 117, 187–215.
- Block, J. (2001). Millennial contrarianism: The five-factor approach to personality description 5 years later. *Journal of Research in Personality*, 35, 98–107.
- Boyatzis, R.E., Goleman, D., Rhee, K. (2000). Clustering competence in emotional intelligence: insights from the emotional competence inventory. In R. Bar-On, J.D.A. Parker (A cura di), *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Brackett, M., Mayer, J.D. (2003). Convergent, discriminant, and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1147–58.
- Brackett, M.A., Mayer, J.D., Warner, R.M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Personality and Individual Differences*, 36, 1387–1402.
- Brackett, M.A., Rivers, S.E., Shiffman, S., Lerner, N., Salovey, P. (2006). Relating emotional abilities to social functioning: A comparison of self-report and performance measures of emotional intelligence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 780–795.
- Brackett, M.A., Warner, R.M., Bosco, J. (2005). Emotional intelligence and relationship quality among couples. *Personal Relationships*, 12, 197–212.

- Bradley, M.M., Codispoti, M., Sabatinelli, D., Lang, P.J. (2001). Emotion and motivation II: Sex differences in picture processing. *Emotion*, 1, 300-319.
- Brody, L.R. (1985). Gender differences in emotional development: a review of theories and research. *Journal of Personality*, 53, 102-149.
- Brown, R.F., Schutte, N.S. (2006). Direct and indirect relationships between emotional intelligence and subjective fatigue in university students. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 585-593.
- Butcher, J.N., Rouse, S.V. (1996). Personality: Individual differences and clinical assessment. *Annual Review of Psychology*, 47, 87-111.
- Carroll, J.B. (1993). *Human Cognitive Abilities: A Survey of Factor Analytic Studies*. New York: Cambridge University Press.
- Carton, J.S., Kessler, E.A., Pape, C.L. (1999). Nonverbal decoding skills and relationship well-being in adults. *Journal of Nonverbal Behavior*, 23, 91-100.
- Caruso, D.R., Mayer, J.D., Salovey, P. (2002). Relation of an ability measure of emotional intelligence to personality. *Journal of Personality Assessment*, 79, 306-320.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences on attachment relationships. In N. Fox (A cura di), *The development of emotion regulation: Biological and behavioural considerations*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 59, 228-49. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Cattell, R.B. (1995). The fallacy of five factors in the personality sphere. *Psychologist*, 8, 207-208.
- Chadha, N.K., Singh, D. (2001). How to measure your EQ. In D. Singh (A cura di), *Emotional Intelligence at Work: A Professional Guide*. New Delhi: Response Books.
- Chamorro-Premuzic, T., Bennett, E., Furnham, A. (2007). The happy personality: Mediation role of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 42, 1633-1639.
- Chapman, B.P., Hayslip, B. (2005). Incremental validity of a measure of emotional intelligence. *Journal of Personality Assessment*, 85, 154-169.
- Ciarrochi, J.V., Caputi, P., Mayer, J.D. (2003). The distinctiveness and utility of a measure of trait emotional awareness. *Personality and Individual Differences*, 34, 1477-90.
- Ciarrochi, J.V., Chan, A.Y., Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence concept. *Personality and Individual Differences*, 28, 539-561.
- Ciarrochi, J.V., Chan, A., Caputi, P., Roberts, R. (2001). Measuring emotional intelligence. In J.V. Ciarrochi, J.P. Forgas, J.D. Mayer (A cura di), *Emotional intelligence in everyday life: A scientific inquiry*. Philadelphia: Psychology Press.
- Ciarrochi, J.V., Deane, F.P., Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 32, pp. 197-209.
- Ciarrochi, J.V., Deane, F.P. (2001). Emotional competence and willingness to seek help from professional and nonprofessional sources. *British Journal of Guidance and Counselling*, 29, 233-246.
- Clark, D.M., Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope, F.R. Schneier (A cura di), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.
- Cole, P.M., Martin, S.E., Dennis, T.A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75, 317-333.
- Collins, V.L. (2001). *Emotional intelligence and leadership success*. Unpublished doctoral dissertation, University of Nebraska, Lincoln, NE.
- Costa P.T., McCrae R.R. (1978). Objective personality assessment. In: M. Storandt, I. Siegler, M.F. Elias (A cura di), *The clinical psychology of aging*. New York: Plenum.
- Costa, P.T., McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Côté, S., Lopes, P.N., Salovey, P., Beers, M. (2005). Emotion Regulation Abilities and the Quality of Social Interaction. *Emotion*, 5, 113-118.
- Côté, S., Miners, C.T.H. (2006). Emotional intelligence, cognitive intelligence and job performance. *Administrative Sciences Quarterly*, 51, 1-28.
- Damasio, A.R. (1994). *Descartes' error*. New York: Putnam.
- Davies, M., Stankov, L., Roberts, R.D. (1998). Emotional intelligence: in search of an elusive construct. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 989-1015.
- Dawda, D., Hart, S.D. (2000). Assessing emotional intelligence: reliability and validity of the Bar-On emotional quotient inventory (EQ-i) in university students. *Personality and Individual Differences*, 28, 797-812.
- Denham, S.A., Blair, K.A., DeMulder, E., Levitas, J., Sawyer, K., Auerbach-Major, S. (2003). Preschool emotional competence: pathway to social competence. *Child Development*, 74, 238-56.
- Dulewicz, V., Higgs, M. (2000). Emotional intelligence—a review and evaluation study. *Journal of Managerial Psychology*, 15, 341-372.
- Dunn, E.W., Brackett, M.A., Ashton-James, C., Schneiderman, E., Salovey, P. (2007). On emotionally intelligent time travel: Individual differences in affective forecasting ability. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 85-93.
- East, M.P., Watts, F.N. (1999). Jealousy and envy. In T. Dalgleish, M. Power (A cura di), *The handbook of cognition and emotion*. Chichester, UK: John Wiley.
- Eisenberg, N., Fabes, R.A., Guthrie, I.K., Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 136-57.
- Ekman, P. (1973). *Darwin and facial expression: A century of research in review*. New York: Academic Press.
- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American Psychologist*, 48, 384-392.
- Elfenbein, H.A., Ambady, N. (2002). Predicting workplace outcomes from the ability to eavesdrop on feelings. *Journal of Applied Psychology*, 87, 963-971.
- Elfenbein, H.A., Der Foo, M.D., White, J., Tan, H.H. (2007). Reading your counterpart: The benefit of emotion recognition accuracy for effectiveness in negotiation. *Journal of Nonverbal Behavior*, 31, 205-223.
- Elias, M.J., Arnold, H., Steiger-Hussey, C. (2003). *EQ/IIQ5 best leadership practices for caring and successful schools*. California: Corwin Press Inc.

- Engelberg, E., Sjöberg, L. (2004a). Emotional intelligence, affect intensity, and social adjustment. *Personality and Individual Differences*, 37, 533-542.
- Engelberg, E., Sjöberg, L. (2004b). Internet use, social skills and adjustment. *CyberPsychology and Behavior*, 7, 41-48.
- Engelberg, E., Sjöberg, L., (2005). Emotional Intelligence and Inter-Personal Skills. In R.D. Roberts, R. Schulze (A CURA DI), *International Handbook of Emotional Intelligence*. Cambridge, MA: Hogrefe.
- Erez, A., Isen, A.M. (2002). The influence of positive affect on the components of expectancy motivation. *Journal of Applied Psychology*, 87, 1055-1067.
- Evans, L.A., Acosta, F.X., Yamamoto, J. (1986). Patient requests: Correlates and therapeutic implications for Hispanic, Black, and Caucasian patients. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 213-221.
- Formica, S. (1998). *Describing the socio-emotional life space*. Unpublished senior honor's thesis, University of New Hampshire.
- Fossi, L., Faravelli, C., Paoli, M. (1984). The ethological approach to the assessment of depressive disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 332-341.
- Fox, N.A. (1994). The development of emotion regulation: Biological and behavioural considerations. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, Serial No. 240.
- Fox, S., Spector, P.E. (2000). Relations of emotional intelligence, practical intelligence, general intelligence, and trait affectivity with interview outcomes: It's not all just 'G'. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 203-220.
- Fujita, F., Diener, E., Sandvik, E. (1991). Gender differences in negative affect and well-being: The case of emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 427-434.
- Funder, D.C. (2001). Personality. *Annual Review of Psychology*, 52, 197-221.
- Furnham, A., Dissou, G. (2007). The relationship between self-estimated and test-derived scores of personality and intelligence. *Journal of Individual Differences*, 28, 37-44.
- Gainotti, G., Caltagirone, C., Zoccolotti, P. (1993). Left/right and cortical/subcortical dichotomies in the neuropsychological study of human emotions. *Cognition and Emotion*, 7, 71-93.
- Gallagher, E., Vella-Brodick, D. (2008). Social support and emotional intelligence as predictors of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 44, 1551-1561.
- Gannon, N., Ranzijn, R. (2005) Does emotional intelligence predict unique variance in life satisfaction beyond IQ and personality? *Personality and Individual Differences*, 38, 1353-1364.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.
- Gardner, J.K., Qualter, P. (2010). Concurrent and incremental validity of three trait emotional intelligence measures. *Australian Journal of Psychology*, 62, 5-12.
- Gibbs, N. (1995). The EQ factor. *Time*, 146, 60-68.
- Gignac, G.E. (2006). Self-reported emotional intelligence and life satisfaction: Testing incremental predictive validity hypotheses via Structural Equation Modeling (SEM) in a small sample. *Personality and Individual Differences*, 40, 1569-1577.
- Gignac, G.E., Palmer, B.R., Manocha, R., Stough, C. (2005). An examination of the factor structure of the Schutte Self-Report Emotional Intelligence (SSREI) scale via confirmatory factor analysis. *Personality and Individual Differences*, 39, 1029-1042.
- Giles, S.J.S. (2001). *The role of supervisory emotional intelligence in direct report organizational commitment*. Unpublished master's thesis. University of New South Wales, Sydney, Australia.
- Goldberg, L.R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48, 26-34.
- Goldberg, L.R., Rosolack, T.K. (1994). The Big Five factor structure as an integrative framework: An empirical comparison with Eysenck's P-E-N model. In C.F. Halverson, G.A. Kohnstamm, R.P. Martin (A cura di), *The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Goldenberg, I., Matheson, K., Mantler, J. (2006). The assessment of emotional intelligence: a comparison of performance-based and self-report methodologies. *Journal of Personality Assessment*, 86, 33-45.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam.
- Gotlib, I.H., Lee, C.M. (1989). The social functioning of depressed patients: A longitudinal assessment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 223-237.
- Greiner, L., Cummings, T., Bhambri, A. (2003). When new CEOs succeed and fail: 4-D theory of strategic transformation. *Organizational Dynamics*, 32, 1-16.
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotional regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Grossman, M., Wood, W. (1993). Sex differences in intensity of emotional experience: A social role interpretation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1010-1022.
- Gur, R., Gunning-Dixon, F., Bilker, W.B., Gur, R.E. (2002). Sex differences in temporo-limbic and frontal brain volumes of healthy adults. *Cerebral Cortex*, 12, 998-1003.
- Hall, J.A. (1978). Gender effects in decoding nonverbal cues. *Psychological Bulletin*, 85, 845-857.
- Hall, J.A. (1984). *Nonverbal sex differences: communication accuracy and expressive style*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Hamarta, E., Deniz, M.E., ve Saltalı, N. (2009). Attachment styles as a predictor of emotional intelligence. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 9, 195-229.
- Hansenne, M., Bianchi, J. (2009). Emotional intelligence and personality in major depression: Trait versus state effects. *Psychiatry Research*, 166, 63-68.
- Harris, P.L. (1999). Individual differences in understanding emotion: the role of attachment status and psychological discourse. *Attachment and Human Development*, 1, 307-324.
- Hatfield, E., Cacioppo, J., Rapson, R.L. (1994). *Emotional Contagion*. New York: Cambridge University Press
- Hoffman, C.C., Nathan, B.R., Holden, L.M. (1991) A comparison of validation criteria: objective versus

- subjective performance measures and self- versus supervisor ratings, *Personnel Psychology*, 44, 601-19.
- Iseti, A.M. (2001). An influence of positive affect on decision making in complex situations: Theoretical issues with practical implications. *Journal of Consumer Psychology*, 11, 75-86.
- Izard, C.E. (2001). Emotional intelligence or adaptive emotions? *Emotion*, 1, 249-257.
- Izard, C., Fine, S., Schultz, D., Mostow, A.J., Ackerman, B., Youngstrom, E. (2001). Emotion knowledge as a predictor of social behaviour and academic competence in children at risk. *Psychological Science*, 12, 18–23.
- Janovics, J., Christiansen, N.D. (2003). Profiling new business development: Personality correlates of successful ideation and implementation. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 31, 71-80.
- Jausovec, N., Jausovec, K., Gerlic, I. (2001). Differences in event-related and induced EEG patterns in the theta and alpha frequency bands related to human emotional intelligence. *Neuroscience Letters*, 311, 93–96.
- John, O.P., Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L.A. Pervin, O.P. John (A cura di), *Handbook of personality: Theory and research (2nd ed.)*. New York/London: Guilford Press.
- Kafetsios, K. (2004). Attachment and emotional intelligence abilities across the life course. *Personality and Individual Differences*, 37, 129-145.
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33, 17-31.
- Lam, L.T., Kirby, S.L. (2002). Is emotional intelligence an advantage? An exploration of the impact of emotional and general intelligence on individual performance. *Journal of Social Psychology*, 142, 133-143.
- Lane, A.M., Meyer, B.B., Devonport, T.J., Davies, A.D., Thelwell, R., Gill, G.S., Diehl, C.D.P., Wilson, M., Weston, N. (2009). Validity of the emotional intelligence scale. *Journal of Sport Science and Medicine*, 8, 289-295.
- Lane, R., Sechrest, L., Reidel, R., Weldon, V., Kaszniak, A., Schwartz, G. (1996). Impaired verbal and nonverbal emotion recognition in alexithymia. *Psychosomatic Medicine*, 58, 203±210.
- Larsen, R.J. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry*, 11, 129-141.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Leuner, B. (1966). Emotional intelligence and emancipation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 15, 193–203.
- Levinson, H. (1980). Criteria for choosing chief executives. *Harvard Business Review*, 113-118.
- Livingstone, H.A., Day, A.L. (2005). Comparing the construct and criterion-related validity of ability-based and mixed-model measures of emotional intelligence. *Educational and Psychological Measurement*, 65, 757–779.
- Lizeretti, N.P., Oberst, U., Chamarro, A., Fariols, N. (2006). Evaluación de la inteligencia emocional en pacientes con psicopatología: Resultados preliminares usando el TMMS-24 y el MSCEIT [Assessment of emotional intelligence in patients with psychopathology: Preliminary results using TMSS-24 and the MSCEIT]. *Ansiedad y Estrés*, 12, 355–364.
- Lopes, P.N., Brackett, M.A., Nezlek, J.B., Schütz, A., Sellin, I., Salovey, P. (2004). Emotional intelligence and social interaction. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 1018–1034.
- Lopes, P.N., Salovey, P., Côté, S., Beers, M. (2005). Emotion regulation abilities and the quality of social interaction. *Emotion*, 5, 113–18.
- Lopes, P.N., Salovey, P., Straus, R. (2003). Emotional intelligence, personality, and the perceived quality of social relationships. *Personality and Individual Differences*, 35, 641–58.
- Lumley, M.A., Gustavson, B.J., Partridge, T., Labouvie-Vief, G. (2005). Assessing alexithymia and related emotional ability constructs via multiple methods: Interrelationships among measures. *Emotion*, 5, 329-342.
- MacCann, C., Roberts, R.D., Matthews, G., Zeidner, M. (2003). Psychological assessment of emotional intelligence: A review of self-report and performance-based testing. *International Journal of Organizational Analysis*, 11, 247-274.
- Malatesta-Magai, C., Culver, C., Tesman, J.R., Shephard, B. (1989). The development of emotion expression during the first two years of life. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 54, 1–103.
- Malatesta-Magai, C., Leak, S., Tesman, J., Shephard, B., Culver, C., Smaggaia, B. (1994). Profiles of emotional development: Individual differences in facial and vocal expression of emotion during the second and third years of life. *International Journal of Behavioral Development*, 17, 239–269.
- Marsland, K.W., Likavec, S.C. (2003). *Maternal emotional intelligence, infant attachment and child socio-emotional competence*. Paper presented at the 15th Annual Meeting of the American Psychological Society, Atlanta, GA.
- Martinez-Pons, M. (1997–1998). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition and Personality*, 17, 3–13.
- Martinez-Pons, M. (1999-2000). Emotional intelligence as a self-regulatory process: A social cognitive view. *Imagination, Cognition and Personality*, 19, 331-350.
- Martins, A., Ramalho, N., Morin, E. (2010). A comprehensive meta - analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49, 554–564.
- Matthews, G., Emo, A.K., Funke, G., Zeidner, M., Roberts, R.D., et al. (2006). Emotional intelligence, personality, and task-induced stress. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 12, 96–107.
- Matthews, G., Roberts, R.D., Zeidner, M. (2004). Seven myths about emotional intelligence. *Psychological Inquiry*, 15, 179–96.
- Matthews, G., Zeidner, M., Roberts, R.D. (2002). *Emotional Intelligence: Science and Myth*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Matthews, G., Zeidner, M., Roberts, R.D. (2007). *Emotional intelligence: Knowns and unknowns*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Mayer, J.D. (1998). A systems framework for the field of personality psychology. *Psychological Inquiry*, 9, 118-144.
- Mayer, J.D. (2001). Primary divisions of personality and their scientific contributions: From the trilogy-of-mind to the systems set. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 31, 449-477.

- Mayer, J. D. (2004). A classification system for the data of personality psychology and adjoining fields. *Review of General Psychology*, 8, 208-219.
- Mayer, J.D. (2007). Personality function and personality change. In J. Ciarrochi, J.D. Mayer (A cura di), *Applying emotional intelligence*. New York: Psychology Press.
- Mayer, J.D., Caruso, D.R., Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267-298.
- Mayer, J.D., Cobb, C.D. (2000). Educational policy on emotional intelligence: Does it make sense? *Educational Psychology Review*, 12, 163-183.
- Mayer, J.D., DiPaolo, M.T., Salovey P. (1990). Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: a component of emotional intelligence. *Journal of Personality Assessment*, 54, 772-781.
- Mayer, J.D., Geher, G. (1996). Emotional intelligence and the identification of emotion. *Intelligence*, 17, 89-113
- Mayer, J.D., Mitchell, D.C. (1998). Intelligence as a subsystem of personality: From Spearman's g to contemporary models of hot processing. In W. Tomic, J. Kingma (A cura di), *Advances in cognition and educational practice*. Greenwich, CT: JAI.
- Mayer, J.D., Perkins, D., Caruso, D.R., Salovey, P. (2001). Emotional intelligence and giftedness. *Roeper Review*, 23, 131-137.
- Mayer, J.D., Roberts, R.D., Barsade, S.G. (2008). Human Abilities: Emotional Intelligence. *Annual Review of Psychology*, 59, 507-536.
- Mayer, J.D., Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey, D. Sluyter (A cura di), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*. New York: Basic Books.
- Mayer, J.D., Salovey, P., Caruso, D.R. (2000). Models of emotional intelligence. In R. J. Sternberg (A cura di), *Handbook of intelligence*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Mayer, J.D., Salovey, P., Caruso, D.R. (2002). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) user's manual*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.
- Mayer, J.D., Salovey, P., Caruso, D.R. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 60, 197-215.
- Mayer, J.D., Salovey, P., Caruso, D.R. (2008b). Emotional Intelligence: New Ability or Eclectic Traits? *American Psychologist*, 6, 503-517.
- Mayer, J.D., Salovey, P., Caruso, D.R., Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion*, 3, 97-105.
- McDougall, J. (1989). *Theatres of the body: A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. New York: Norton.
- Mesquitas, B., Frijda, N.H. (1992). Cultural variations in emotions: A review. *Psychological Bulletin*, 112, 179-204.
- Mestre, J.M., Guil, R., Lopes, P.N., Salovey, P., Gil-Olarde, P. (2006). Emotional intelligence and social and academic adaptation to school. *Psicothema*, 18,112-117.
- Mikolajczak, M., Luminet, O., Menil, C. (2006). Predicting resistance to stress: Incremental validity of emotional intelligence over and above alexithymia and optimism. *Psicothema*, 18, 79-88.
- Mikolajczak, M., Luminet, O., Leroy, C., Roy, E. (2007). Psychometric properties of the trait emotional intelligence questionnaire: Factor structure, reliability, construct, and incremental validity in a French-speaking population. *Journal of Personality Assessment*, 88, 338-353.
- Mikolajczak, M., Petrides, K.V., Coumans, N., Luminet, O. (2009). An experimental investigation of the moderating effects of trait emotional intelligence on laboratory-induced stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 455-477.
- Nelis, D., Quoidbach, J., Mikolajczak, M., Hansenne, M. (2009). Increasing emotional intelligence: (How) is it possible? *Personality and Individual Differences*, 47, 36-41.
- Nelis, D., Quoidbach, J., Hansenne, M., Kotsou, I., Weytens, F., Dupuis, P., Mikolajczak, M. (2011). Increasing emotional competence improves psychological and physical well-being, social relationships, and employability. *Emotion*, 11, 354-366.
- Noble, L.M., Douglas, B.C., Newman, S.P. (1999). What do patients want and do we want to know? A review of patients' requests of psychiatric services. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 321-327.
- O'Connor, B.P. (2002). A quantitative review of the comprehensiveness of the five-factor model in relation to popular personality inventories. *Assessment*, 9, 188-203.
- Palfai, T.P., Salovey, P. (1993). The influence of depressed and elated mood on deductive and inductive reasoning. *Imagination, Cognition and Personality*, 13, 57-71.
- Palmer, B.R., Donaldson, C., Stough, C. (2002). Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 33, pp. 1091-1100.
- Palmer, B.R., Manocha, R., Gignac, G., Stough, C. (2003). Examining the factor structure of the Bar-On Emotional Quotient Inventory with an Australian general population sample. *Personality and Individual Differences*, 35, 1191-1210.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J., Bagby, R.M. (1993b). Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotion. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59, 197-202.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J., Bagby, R.M. (1998). Alexithymia: Relationship with ego defense and coping styles. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 91-98.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J., Bagby, R.M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30, 107-115.
- Parrott, W.G. (2002). The functional utility of negative emotions. In L. Feldman Barrett, P. Salovey (A cura di), *The wisdom in feeling: Psychological processes in emotional intelligence*. New York: Guilford.
- Paulhus, D.L., Lysy, D.C., Yik, M.S.M. (1998). Self-report measures of intelligence: Are they useful as proxy IQ tests? *Journal of Personality*, 66, 525-554.
- Paunonen, S.V., Jackson, D.N. (2000). What is beyond the Big Five? Plenty! *Journal of Personality*, 68, 821-835.
- Payne, W.L. (1986). A study of emotion: developing emotional intelligence; self-integration; relating to fear, pain and desire. *Dissert. Abstr. Int. A: Human. Social Sci.* 47:203A.
- Pellitteri, J. (2002). The relationship between emotional intelligence and ego defence mechanism. *Journal of Psychology*, 136, 182-194.
- Petrides, K.V., Frederickson, N., Furnham, A. (2004). The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school. *Personality and Individual Differences*, 36, 277-293.

- Petrides, K.V., Furnham, A. (2000). On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 29, 313–320.
- Petrides, K.V., Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15, 425–448.
- Petrides, K. V., Furnham, A. (2003). Trait emotional intelligence: Behavioural validation in two studies of emotion recognition and reactivity to mood induction. *European Journal of Personality*, 17, 39–57.
- Petrides, K.V., Pita, R., Kokkinaki, F. (2007). The location of trait emotional intelligence in personality factor space. *British Journal of Psychology*, 98, 273–289.
- Pitterman, H., Nowicki, S.J. (2004). A test of the ability to identify emotion in human standing and sitting postures: the diagnostic analysis of nonverbal accuracy-2 posture test (DANVA2-POS). *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 130, 146–162.
- Plutchik, R. (1980). A general psychoevolutionary theory of emotion. In R. Plutchik, H. Kellerman (A cura di), *Emotion: Theory, research and experience. Vol. 1. Theories of emotion*. New York: Academic Press.
- Pozo, C., Carver, C.S., Wellens, A.R., Scheier, M.F. (1991). Social anxiety and social perception: Construing others' reactions to the self. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 355–362.
- Qualter, P., Gardner, K.J., Whiteley, H.E. (2007). Emotional intelligence: Review of research and educational implications. *Pastoral Care in Education*, 25, 1, 11-20.
- Qualter, P., Whiteley, H.E., Hutchinson, J.M., Pope, D. J., (2007). Supporting the development of emotional intelligence competencies to ease the transition from primary to high school. *Educational Psychology in Practice*, 23, 79-95.
- Rapee, R.M., Heimberg, R.G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741–756.
- Riley, H., Schutte, N.S. (2003). Low emotional intelligence as a predictor of substance-use problems. *Journal of Drug Education*, 33, pp. 391–398.
- Roberts, R.D., Schulze, R., MacCann, C. (2008). The measurement of emotional intelligence: A decade of progress? In G. Boyle, G. Matthews, D. Saklofske (A cura di), *The Sage handbook of personality theory and assessment*. New York: Sage.
- Roberts, R.D., Zeidner, M., Matthews, G. (2001). Does emotional intelligence meet traditional standards for an intelligence? Some new data and conclusions. *Emotion*, 1, 196–231.
- Rosenthal, R., Hall, J.A., DiMatteo, M.R., Rogers, P.L., Archer, D. (1979). *Sensitivity to nonverbal communication: the PONS test*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Rubin, M.M. (1999). *Emotional intelligence and its role in mitigating aggression: A correlational study of the relationship between emotional intelligence and aggression in urban adolescents*. Unpublished doctoral dissertation, Immaculata College, Immaculata, Pennsylvania.
- Rubin, R.S., Munz, D.C., Bommer, W.H. (2005). Leading from within: the effects of emotion recognition and personality on transformational leadership behavior. *Academy of Management Journal*, 48, 845–858.
- Ryback, D. (1998). *Putting emotional intelligence to work: Successful leadership is more than just IQ*. Boston, MA: Butterworth-Heinemann.
- Saklofske, D.H., Austin, E.J., Minski, P.S. (2003). Factor structure and validity of a trait emotional intelligence measure. *Personality and Individual Differences*, 34, 707–721.
- Salovey, P., Grewal, D. (2005). The science of emotional intelligence. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 281–285.
- Salovey, P., Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185–211.
- Salovey, P., Stroud, L.R., Woolery, A., Epel, E. S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology and Health*, 17, 611–627.
- Schaffer, C.E. (1993). *The role of adult attachment in the experience and regulation of affect*. Doctoral dissertation, Yale University.
- Scharfe, E. (2000). Development of emotional expression, understanding, and regulation in infants and young children. In R. Bar-On, J.D.A. Parker (A cura di), *The handbook of emotional intelligence*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Schneider, T.R., Lyons, J.B., Williams, M. (2005). Emotional intelligence and autonomic self-perception: Emotional abilities are related to visceral acuity. *Personality and Individual Differences*, 39, 853–861.
- Schroeder, J.E., Ketrow, S.M. (1997). Social anxiety and performance in an interpersonal perception task. *Psychological Reports*, 81, 991–996.
- Schultz, D., Izard, C.E., Bear, G. (2004). Children's emotion processing: relations to emotionality and aggression. *Development and Psychopathology*, 16, 371–387.
- Schutte, N.S., Lopez, E., Malouff, J. (2000). *The relationship between cognitive intelligence and emotional intelligence assessed as maximal performance and typical performance*. Presented at the models of intelligence conference, New Haven.
- Schutte, N.S., Malouff, J.M., Hall, L.E., Haggerty, D.J., Cooper, J.T., Golden, Dornheim. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25, 167–177.
- Schutte, N.S., Malouff, J.M., Bobik, C., Coston, T.D., Greeson, C., Jedlicka, C., Rhodes, E., Wendorf, G., (2001). Emotional intelligence and interpersonal relations. *The Journal of Social Psychology*, 141, 523-536.
- Schutte, N.S., Malouff, J.M., Simunek, M., Hollander, S., McKenley, J. (2002). Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cognition and Emotion*, 16, 769-785.
- Schutte, N.S., Malouff, J.M., Thorsteinsson, E.B., Bhullar, N., Rooke, S.E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42, 921–933.
- Segrin, C., Abramson, L.Y. (1994). Negative reactions to depressive behaviors: A communication theories analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 655–668.
- Sjöberg, L. (2001b). Emotional intelligence: A psychometric analysis. *European Psychologist*, 6, 79-95.

- Sjöberg, L. (2008). Emotional intelligence and life adjustment. In J.C. Cassady, M.A. Eissa (A cura di), *Emotional Intelligence: Perspectives on Educational and Positive Psychology*. New York: Peter Lang Publishing.
- Slaski, M., Cartwright, S. (2002). Health, performance and emotional intelligence: an exploratory study of retail managers. *Stress and Health*, 18, 63–68.
- Spearman, C. (1927). *The Abilities of Man*. New York: Macmillan.
- Spence, G., Oades, L.G., Caputi, P. (2004). Trait emotional intelligence and goal self-integration: Important predictors of emotional well-being? *Personality and Individual Differences*, 37, 449–461.
- Sternberg, R.J., Detterman, D.R. (1986). *What is Intelligence?* Norwood, NJ: Ablex.
- Stopa, L., Clark, D.M. (2000). Social phobia and the interpretation of social events. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 273–283.
- Summerfeldt, L.J., Kloosterman, P.H., Antony, M.M., Parker, J.D.A. (2006). Social anxiety, emotional intelligence, and interpersonal adjustment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28, 57–68.
- Sutton, J. Keogh, E. (2000). Social competition in school: relationships with bullying, machiavellianism and personality. *British Journal of Educational Psychology*, 70, 443–456.
- Sutton, J., Smith, P.K., Swettenham, J. (1999a). Social cognition and bullying: social inadequacy or skilled manipulation? *British Journal of Developmental Psychology*, 17, 435–450.
- Taylor, G.J. (1987). *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. Madison, CT: International Universities Press.
- Taylor, G.J. (2001). Low emotional intelligence and mental illness. In J. Ciarrochi, J.P. Forgas, J.D. Mayer (A cura di), *Emotional intelligence in everyday life: A scientific inquiry*. Philadelphia: Psychology Press.
- TenHouten, W.D., Hoppe, J.E., Bogen, J.E., Walter, D.O. (1985). Alexithymia and the split brain: IV. Gottschalk–Gleser content analysis, an overview. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 113–121.
- Tett, R.P., Fox, K.E., Wang, A. (2005). Development and validation of a self-report measure of emotional intelligence as a multidimensional trait domain. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 859–888.
- Tett, R.P., Freund, K.A., Christiansen, N.D., Fox, K.E., Coaster, J. (2012). Faking on self-report emotional intelligence and personality tests: Effects of faking opportunity, cognitive ability, and job type. *Personality and Individual Differences*, 52, 195–201
- Tice, D.M., Bratslavsky, E. (2000). Giving in to feel good: The place of emotion regulation in the context of general self-control. *Psychological Inquiry*, 11, 149–159.
- Tiwari, P.S.N., Srivastava, N. (2004). Schooling and development of emotional intelligence. *Psychological Studies – University of Calicut*, 49, 151–154.
- Trinidad, D.R., Johnson, C.A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32, 95–105.
- Tsaousis, I. (2008). Measuring Trait Emotional Intelligence: Development and Psychometric Properties of the Greek Emotional Intelligence Scale (GEIS). *Psychology*, 15, 200–218.
- Van Ghent, D. (1953). *The English Novel: Form and Function*. New York: Harper & Row.
- Van Rooy, D.L., Alonso, A., Viswesvaran, C. (2005). Group differences in emotional intelligence scores: theoretical and practical implications. *Personality and Individual Differences*, 38, 689–700.
- Van Rooy, D.L., Viswesvaran, C. (2004). Emotional intelligence: A meta-analytic investigation of predictive validity and nomological net. *Journal of Vocational Behavior*, 65, 71–95.
- Vernon, P.E. (1971). *The Structure of Human Abilities*. New York: Methuen.
- Weare, K. (2004). *Developing the Emotionally Literate School*. UK: Paul Chapman Publishing.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. New York: Wiley.
- Wenzlaff, R.M., Rude, S.S., West, L.M. (2002). Cognitive vulnerability to depression: The role of thought suppression and attitude certainty. *Cognition and Emotion*, 16, 533–548.
- Zajonc, R.B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151–175.
- Zeidner, M., Matthews, G., Roberts, R.D., MacCann, C. (2003). Development of emotional intelligence: Towards a multi-level investment model. *Human Development*, 46, 69–96.
- Zeidner, M., Roberts, R.D., Matthews, G. (2002). Can emotional intelligence be schooled? A critical review. *Educational Psychologist*, 37, 215–231.
- Zeidner, M., Shani-Zinovich, I., Matthews, G., Roberts, R.D. (2005). Assessing emotional intelligence in gifted and nongifted high school students: outcomes depend on the measure. *Intelligence*, 33, 369–391.
- Zins, J.E., Payton, J.W., Weissberg, R.P., Utne O'Brien, M. (2007). Social and emotional learning for successful school performance. In G. Matthews, M. Zeidner, R.D. Roberts (A cura di), *The science of emotional intelligence: Knowns and unknowns*. Oxford, England: Oxford University Press.

ASPETTI NEUROBIOLOGICI DELL'ANSIA

di Nicola Materassi¹, Alice Visi²

¹ medico, specialista in psicologia clinica, psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Comparata,

² Psicologa, specializzanda in Psicoterapia Comparata

*Dobbiamo rammentare che tutte le nozioni psicologiche
che noi andiamo via via formulando dovranno un giorno
essere basate su un sostrato organico*

S. Freud, 1914

Le principali spiegazioni teoriche relative alle emozioni, formulate dai vari approcci psicopatologici, soprattutto nelle epoche passate, hanno sempre preso in scarsa considerazione la dimensione della neurofisiologia. Probabilmente, questo è dovuto al prevalere dell'impostazione cartesiana che sanciva in modo netto la separazione tra mente e corpo che ha dominato la scena della filosofia della mente degli ultimi secoli. Questa visione dualistica poteva apparire però già in contrasto con le prime osservazioni fatte in ambito neurologico: queste evidenziavano una corrispondenza tra alterazioni del sistema nervoso centrale e specifiche funzioni psichiche. Un esempio di rilevante valore scientifico fu quello stabilito nel 1861 da Broca che evidenziò una correlazione tra una lesione di una specifica area del lobo frontale sinistro e la perdita della parola. Negli anni settanta, lo svilupparsi delle neuroscienze ha permesso di ampliare notevolmente la conoscenza del cervello umano. La successiva messa a punto di strumenti di indagine più raffinati come il *neuroimaging* funzionale e la neurochimica *in vivo*, ha contribuito all'ulteriore progresso delle neuroscienze. Il conseguente incremento dei dati e del livello della loro integrazione, ha permesso di formulare ipotesi in ambito psicopatologico che, in quanto basate sulla biologia, potrebbero essere dotate di un più elevato potere esplicativo (Searle, 2006) ed essere, di conseguenza, più facilmente sottoponibili al criterio della falsificabilità

(Popper, 1959). Uno dei settori in cui le neuroscienze hanno fatto notevoli passi avanti è lo studio degli aspetti neurobiologici dell'ansia. In questo scritto, riassumiamo le modalità attraverso le quali una determinata e complessa neurofisiologia stia alla base della fenomenologia (esperienza in prima persona) dell'ansia e della paura, soprattutto facendo riferimento ai dati recenti circa il ruolo dell'amigdala in questi fenomeni emozionali, come presentati nel modello di LeDoux (1998; 2002).

Fenomenologia dell'ansia

L'ansia è una normale, sana, risposta adattativa la cui funzione è quella di preparare l'organismo ad affrontare un potenziale pericolo. La sua assenza costituirebbe una vera e propria condizione patologica. Tuttavia, quando l'ansia si manifesta in concomitanza di eventi che non sono di per sé minacciosi o si attiva in modo eccessivo e persistente, diventa disfunzionale.

L'esperienza dell'ansia comprende una componente cognitiva ed emotiva (esperienza soggettiva) cui si associano comunemente modificazioni somatiche (oggettive). Sul versante psichico (componente cognitiva ed emotiva) l'ansia può manifestarsi con apprensione, inquietudine, ruminazione, concentrazione difficoltosa, insicurezza, sensazione di penosa attesa e di inadeguatezza alla situazione, disagio. Sul versante fisico

(componente somatica) l'ansia può presentarsi con aumento dei battiti cardiaci, rigidità muscolare, mancanza di respiro, vertigini, confusione, senso di stordimento, annebbiamento della vista, intorpidimento o formicolii a mani e piedi, tremori, nausea, mani fredde e sudate, senso di costrizione, di peso e dolore al torace. L'ansia può polarizzarsi tra gli estremi del normale-patologico, psicologico-somatico, stato-tratto. Questi tre aspetti dicotomici possono intersecarsi in vario modo: la prima modalità può essere espressa con "avere l'ansia avendone motivo" o "sentirsi ansiosi senza motivo"; la seconda con "riconosco di vivere uno stato d'ansia" o "ho le palpitazioni e i tremori alle mani"; la terza con "in questo momento sono ansioso" o "sono ansioso quasi sempre".

Le emozioni sono sistemi complessi comprendenti molteplici componenti. Una prima componente è rappresentata dall'esperienza soggettiva caratterizzata da una particolare valenza (positiva o negativa). Una seconda componente è rappresentata dalla valutazione cognitiva dell'avvenimento che è all'origine dell'emozione. Una terza componente è data dai cambiamenti fisici che preparano fisiologicamente l'organismo a reagire all'evento (nell'ansia: risposta di attacco-fuga o *freezing*). Infine le emozioni sono anche caratterizzate da un'espressione facciale con la quale segnaliamo le nostre emozioni e le nostre intenzioni comportamentali agli altri.

Neurofisiologia dell'ansia

La prima teoria fisiologica delle emozioni è quella formulata da William James (1884) detta "teoria periferica delle emozioni". Questa teoria sosteneva che le emozioni sono costituite dalla percezione delle reazioni viscerali e neurovegetative a stimoli ambientali rilevanti che provocano un'attivazione fisiologica (arousal) la cui percezione dà luogo all'esperienza emotiva. A questa teoria si contrappone quella di Cannon (1929) detta "teoria centrale" che invece sosteneva che i centri di attivazione, controllo e regolazione delle emozioni sono localizzati a livello centrale nella regione talamica e i segnali provenienti da

quest'area attivano le risposte espressivo-motorie e viscerali e danno luogo all'esperienza soggettiva grazie alle connessioni con la corteccia cerebrale. Papez (1937) ipotizzò il "circuito di Papez" individuando i centri di elaborazione dell'emozioni in alcune strutture cerebrali: ipotalamo, talamo, giro cingolato e ippocampo. MacLean (1949) integrò questo circuito con altre strutture (amigdala, nuclei del setto, gangli della base, corteccia orbito-frontale) e lo denominò "circuito limbico". Una dimostrazione riguardo l'importanza di alcune di queste strutture, fu quella fornita dall'esperimento condotto da Heinrich Klüver e Paul Bucy (1937) sulle scimmie con lesioni ai lobi temporali e alle strutture sottostanti (ippocampo e amigdala). Queste scimmie mostravano sintomi particolari: apparivano tranquille di fronte a stimoli che prima temevano (cecità psichica), mettevano in bocca qualsiasi cosa, anche se non commestibile, e diventavano ipersessuate (Mecacci, 2001).

Dalle prime teorie fisiologiche formulate, i ricercatori hanno cercato di individuare se le emozioni possano essere differenziate dal punto di vista psicofisiologico: siccome emozioni diverse riguardano funzioni di sopravvivenza diverse, ognuna potrebbe dipendere da sistemi cerebrali diversi. L'ansia e la paura sono le emozioni maggiormente studiate dal punto di vista psicofisiologico sia per la loro importanza in termini di sopravvivenza, sia per la loro rilevanza nella psicopatologia, e infine, perché si esprimono in modo molto simile negli animali e nell'uomo. La difesa contro il pericolo è una delle priorità per la sopravvivenza di un organismo e, nei vertebrati studiati, è stato dimostrato che il cervello svolge questa funzione sulla base di un progetto architettonico simile. Il cervello è programmato per percepire i pericoli e per mettere in atto le risposte protettive di maggior efficacia che sono state selezionate in base al nostro fisico e alle condizioni antiche ambientali; queste risposte sono state plasmate dall'evoluzione e si producono automaticamente (LeDoux, 1998).

L'insieme dei processi emotivi, che comunemente vengono descritti con i termini di ansia e paura, sono il prodotto di un insieme di strutture che hanno rapporti di connessione

con l'amigdala che in tutto ciò svolge un ruolo centrale. L'amigdala, infatti, funziona da interfaccia tra gli stimoli indicativi di pericolo e le risposte di difesa, in quanto connessa da un lato con i sistemi di processamento sensoriale e dall'altro con i sistemi effettori. Tra le principali strutture di questo circuito sinapticamente collegato, abbiamo il talamo, l'ipotalamo, l'ippocampo, le diverse aree corticali e il lobo prefrontale.

Quando uno stimolo attiva il sistema sensoriale, si sviluppa un segnale che, seguendo vie nervose specifiche, raggiunge il talamo. Prendendo ad esempio il sistema visivo, il principale sistema sensoriale nell'uomo, lo stimolo dall'occhio raggiunge il nucleo genicolato laterale del talamo. Il talamo, costituito da due strutture ovoidali e simmetriche collocate nel diencefalo, rappresenta una stazione di ritrasmissione essenziale delle informazioni sensoriali che provengono dai recettori periferici alle regioni degli emisferi deputate all'analisi delle informazioni sensoriali. L'informazione sugli stimoli raggiunge l'amigdala da percorsi diretti provenienti dal talamo (strada bassa) e da percorsi che vanno dal talamo alla corteccia e da qui raggiungono l'amigdala (strada alta). La via talamo-amigdala è più breve, il sistema di trasmissione è più veloce e fornisce all'amigdala una rappresentazione rozza dello stimolo che consente una risposta dell'organismo a stimoli potenzialmente pericolosi prima di sapere esattamente cosa siano. Intanto il talamo invia anche informazioni alla corteccia (visiva in questo caso) che procede alla creazione di una rappresentazione più dettagliata e accurata dello stimolo. Il risultato viene poi inviato anche all'amigdala.

L'amigdala è una regione del proencefalo delle dimensioni e della forma di una mandorla localizzata nel lobo temporale mediale. Nel sistema nervoso centrale ne sono presenti due, una per ogni emisfero. L'amigdala è una formazione costituita da un gruppo eterogeneo di circa 13 nuclei e regioni corticali. Questi nuclei vengono convenzionalmente classificati in: nuclei profondi (laterale, basale, basale accessorio, paralaminare), nuclei superficiali (mediale, corticale anteriore e posteriore, del

tratto olfattivo laterale, corteccia periamigdaloide) e nuclei rimanenti (area anteriore amigdaloide, nucleo centrale, area amigdalopocampale, nuclei intercalati). I nuclei profondi sono localizzati nella parte ventrale dell'amigdala; il nucleo centrale, il nucleo mediale, l'area anteriore amigdaloide sono localizzati nella parte dorsale; i neuroni intercalati e i nuclei corticali anteriori e posteriori si trovano tra la zona ventrale e quella dorsale. Le marcate interconnessioni tra i nuclei dell'amigdala consentono molteplici processi d'elaborazione delle informazioni in entrata. Il nucleo laterale rappresenta l'interfaccia sensoriale dell'amigdala. Le informazioni sensoriali che raggiungono questo nucleo subiscono un'elaborazione che permette di determinare la potenziale pericolosità dello stimolo. L'amigdala, come prima risposta, invia delle proiezioni alle aree sensoriali implicate e non nella elaborazione dello stimolo: è in grado così di influenzare queste aree per aumentarne l'attenzione e ricevere informazioni più dettagliate. Le cellule corticali e talamiche si attivano diventando più sensibili, asincrone e fortemente eccitabili da stimoli in arrivo, soprattutto i sistemi già coinvolti nell'elaborazione dello stimolo. Il nucleo laterale proietta al nucleo centrale che è la struttura di output principale dell'amigdala. Inoltre invia proiezioni anche al nucleo basale poiché la valutazione della pericolosità di uno stimolo necessita di ulteriori dati, come ad esempio il contesto dove viene percepito. Infatti questo nucleo riceve un alto numero di proiezioni dalla corteccia orbitofrontale. Il nucleo basale attiva a sua volta quello centrale. Questo nucleo invia, attraverso vie differenti, a innumerevoli strutture del sistema nervoso tra cui: all'ipotalamo e al tronco dell'encefalo per le risposte viscerali, endocrine e automatiche, alla neocorteccia per l'attenzione, al proencefalo per aumentare l'arousal generalizzato, all'ippocampo per la memoria degli episodi di vita legati all'evento dannoso e al contesto, alla sostanza grigia periacqueduttale per la risposta di *freezing*, ai nuclei motori dei nervi trigemino e facciale per le espressioni facciali, al nucleo motorio dorsale del nervo vago per l'attivazione del sistema nervoso autonomo parasimpatico e alla corteccia prefrontale per l'esperienza emotiva cosciente (Whalen e Phelps, 2009).

Descriviamo nello specifico alcune di queste risposte.

L'ipotalamo costituisce la parte inferiore del diencefalo collocata al di sotto del talamo. Il nucleo paraventricolare dell'ipotalamo contiene neuroni che inviano proiezioni ai neuroni pregangliari del sistema parasimpatico e ortosimpatico localizzati nel bulbo e nel midollo spinale, regolando le risposte viscerali. L'ipotalamo attiva il sistema nervoso simpatico che provoca: vasocostrizione, pallore, aumento frequenza cardiaca e pressione arteriosa, sudorazione, midriasi, piloerezione, blocco delle funzioni digerenti, produzione adrenalina e noradrenalina da parte della midollare del surrene che determinano un aumento del glucosio nel sangue, vasocostrizione periferica, un aumento della frequenza cardiaca, aumento della dilatazione dei bronchi. Questa attivazione prepara l'organismo alla risposta attacco-fuga:

- la vasocostrizione periferica permette di risparmiare sangue che va invece ai muscoli (causa del pallore); l'aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa migliora l'apporto di ossigeno ai muscoli;
- l'aumento della frequenza respiratoria aumenta l'ossigenazione sanguigna per incrementare l'apporto di ossigeno ai muscoli necessario per la contrazione muscolare;
- la sudorazione serve ad abbassare la temperatura corporea (che aumenta a causa della contrazione muscolare) tramite l'evaporazione dell'acqua contenuta nel sudore;
- la midriasi serve a migliorare la visione;
- la piloerezione permette negli animali di simulare dimensioni maggiori inculcando più timore;
- il blocco delle funzioni digerenti e della salivazione permette di risparmiare sangue che va invece ai muscoli.

L'ipotalamo agisce anche sul sistema endocrino, in modo diretto, attraverso l'immissione di ormoni dall'ipofisi posteriore (neuroipofisi) nel circolo sistemico, e, in modo indiretto, attraverso la secrezione di ormoni (*Releasing Hormones*) che controllano sia la sintesi e che la liberazione di ormoni da parte dell'ipofisi anteriore (adenoipofisi). L'ipotalamo, attraverso neuroni magnocellulari, invia proiezioni all'ipofisi posteriore liberando ossitocina e vasopressina, coinvolte nell'eiezione del latte e

nella contrazione dell'utero e nel bilancio idrico. Attraverso neuroni parvicellulari, invece, secerne peptidi che regolano il rilascio degli ormoni dell'ipofisi anteriore: prolattina, ormone luteinizzante, ormone follicolo-stimolante, ormone adrenocorticotropo, ormone tireotropo, ormone della crescita, ormone melanocita stimolante. Tutti questi ormoni sono coinvolti nella fisiologia dell'ansia. Il cortisolo è tra i più studiati e conosciuti in relazione con lo stress e l'ansia infatti, viene spesso definito "ormone dello stress". L'ipotalamo periventricolare secerne l'ormone rilasciante la corticotropina (CRH) nella circolazione portale ipotalamo-ipofisaria. Questo innesca la liberazione dell'ormone adrenocorticotropo (ACTH) nella circolazione sistemica. L'ACTH stimola il rilascio di cortisolo dalla corteccia surrenale. Il cortisolo è un ormone steroideo che mobilita le riserve di energia, sopprime il sistema immunitario e ha un'azione diretta sui neuroni del sistema nervoso centrale. Con la sua azione, quest'ormone tende ad inibire le funzioni corporee non indispensabili nel breve periodo, garantendo il massimo sostegno agli organi vitali. Tra le azioni più importanti svolte da questo ormone, quelle più strettamente correlate all'ansia sono:

- incremento della gittata cardiaca;
- aumento della glicemia dovuta alla stimolazione della secrezione di glucagone e alla riduzione dell'attività dei recettori insulinici;
- riduzione delle difese immunitarie diminuendo, di conseguenza, anche le reazioni infiammatorie e quelle di riparazione del danno tissutale;
- diminuzione della sintesi di collagene e della matrice ossea, accelerando l'osteoporosi;
- aumento del catabolismo proteico;
- mobilitazione e utilizzo degli acidi grassi, anche se in alcuni distretti stimola la lipogenesi.

Le azioni svolte dal cortisolo sono adattive nei casi di risposte acute all'ansia e allo stress ma diventano disadattive nello stress cronico (ad esempio l'osteoporosi e l'abbassamento delle difese immunitarie). L'ippocampo contiene numerosi recettori glucocorticoidei che rispondono al cortisolo partecipando alla reazione a feedback negativo dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene. Durante i periodi di

stress cronico, l'esposizione continua al cortisolo può causare deperimento e morte dei neuroni dell'ippocampo. Questo processo innesca un circolo vizioso che incrementa la risposta da stress e il conseguente aumento del rilascio di cortisolo (Bear, Connors, e Paradiso, 1999).

Un'altra risposta è quella legata all'attivazione dei sistemi modulatori. L'amigdala invia proiezioni ai nuclei del rafe (serotonina), al locus coeruleus (noradrenalina), all'area tegmentale (dopamina) e, soprattutto, al nucleo basale di Meynert (acetilcolina) localizzati nel tronco dell'encefalo. Questi sistemi modulatori sono ad azione diffusa e contribuiscono ad aumentare l'eccitazione nel proencefalo. In tutto il proencefalo, questi sistemi di eccitazione agiscono in maniera aspecifica e, in particolare, contribuiscono a rendere le cellule più sensibili ai segnali d'arrivo. L'effetto è maggiore sulle cellule che stanno elaborando degli stimoli durante l'eccitazione. Questa stimolazione contribuisce all'attenzione, alla percezione, alla memoria, all'emozione, alla risoluzione dei problemi migliorando la capacità di reazione di fronte ad un pericolo. Questo avviene con un moderato aumento di questi neurotrasmettitori poiché è funzionale nella risposta ad uno stress acuto. Mentre un loro eccessivo incremento o una loro produzione prolungata nel tempo (stress cronico), così come la loro diminuzione, danneggia la cognizione e l'attenzione peggiorando la performance (curva a "u" rovesciata) (Whalen e Phelps, 2009).

Il nucleo centrale dell'amigdala invia, inoltre, alla sostanza grigia periacquedottale nel mesencefalo. La sua attivazione porta alla risposta comportamentale di immobilità (*freezing*). L'immobilità non è l'unica risposta automatica alla paura, ma nel regno animale, soprattutto negli animali di piccola taglia, è la più diffusa poiché i predatori non riescono ad individuare la preda se questa non si muove. Inoltre, la maggior parte dei carnivori non si nutre di prede già morte (Whalen e Phelps, 2009).

Le espressioni facciali hanno un ruolo essenziale nella comunicazione non verbale. L'espressioni degli altri permettono di ricavare informazioni relative ai loro stati interni, alle

loro intenzioni e alle loro reazioni. La tipica espressione di ansia e paura è causata dalle proiezioni che il nucleo centrale dell'amigdala invia ai nuclei motori del trigemino e del facciale. Il primo (V nervo cranico), situato nel ponte, innerva i muscoli masticatori, i muscoli dell'orecchio interno, alcuni muscoli del palato e la muscolatura della parte superiore del collo. Il secondo (VII nervo cranico), situato anch'esso nel ponte, innerva i muscoli mimici facciali, i muscoli del collo e lo stapedio dell'orecchio interno. Inoltre ha una componente vegetativa che innerva le ghiandole salivari, lacrimali e i vasi cerebrali (Kandel, Schwartz, e Jessell, 1988).

L'ippocampo, che appartiene alla porzione più antica della corteccia cerebrale (archipallio), è situato nella profondità del lobo temporale. Deve il suo nome al fatto che, agli anatomisti, la sua forma ricordava quella del cavalluccio marino. Il complesso dell'amigdala è connesso con l'intera formazione ippocampale. L'ippocampo svolge un ruolo nella memoria, nell'apprendimento e nel condizionamento alla paura. Gli esperimenti sulla paura condizionata dimostrano che, mentre il ricordo dello stimolo condizionato è collegato all'amigdala, quello che riguarda il contesto in cui è avvenuto il condizionamento dipende dall'ippocampo. L'ippocampo riceve stimoli sensoriali che gli permettono di creare una rappresentazione del contesto contenente i rapporti tra i vari stimoli. Il soggetto mostra reazioni ansiose quando viene a trovarsi nel contesto dove è avvenuto il condizionamento. Lesioni ippocampali comportano la scomparsa delle risposte di paura connesse agli stimoli contestuali senza influenzare quelle allo stimolo condizionato. Si può distinguere tra ricordi espliciti (la memoria di eventi passati) e ricordi impliciti ed emotivi (creati attraverso i meccanismi di condizionamento). Nell'apprendimento che si realizza durante un condizionamento non interviene la consapevolezza e, una volta avvenuto, non è necessario che lo stimolo venga percepito consciamente per provocare delle risposte condizionate. La reazione emotiva di fronte ad uno stimolo condizionato è collegata all'attivazione del sistema di memoria emotiva implicita. La creazione dell'esperienza cosciente immediata dipende dalla memoria di

lavoro, luogo in cui memoria esplicita ed implicita si incontrano. Il ricordo emotivo implicito e l'attivazione emotiva che si sta esperendo in quel momento, si uniscono in un'esperienza cosciente unificata, la quale da luogo a un nuovo ricordo esplicito a lungo termine. Attraverso i collegamenti che l'amigdala stabilisce con ippocampo, regioni transazionali e altre aree corticali, i ricordi coscienti possono provocare reazioni ansiose (LeDoux, 1998).

Un'altra struttura coinvolta nell'elaborazione e nel controllo dell'ansia, soprattutto nell'uomo, è la corteccia prefrontale. Questa corteccia è la porzione anteriore del lobo frontale. La morfologia della corteccia frontale varia molto da specie a specie e questo rende difficile trovare un confine omologo. Questa difficoltà di stabilire i confini della corteccia prefrontale in termini citoarchitettonici, anatomici, morfologici o funzionali, ha portato all'utilizzo di un nuovo criterio, rintracciabile in tutte le specie: le connessioni con il nucleo medio dorsale del talamo. Questa corteccia è diventata non solo più grande ma anche più complessa con l'aumento di solchi e circonvoluzioni nel corso della filogenesi. Questo processo raggiunge il culmine nel cervello dei primati e specialmente in quello umano (Fuster, 2008). Le fibre che originano dal nucleo centrale dell'amigdala terminano ampiamente dentro la corteccia prefrontale che, a sua volta, invia proiezioni verso l'amigdala. Queste terminano maggiormente nel nucleo laterale dell'amigdala da cui partono proiezioni che raggiungono il nucleo basale che, a sua volta, invia al centrale. La corteccia prefrontale mediale ha un effetto inibitorio sul nucleo centrale attraverso i neuroni intercalati che utilizzano il GABA come neurotrasmettitore. La cognizione, resa possibile dalla corteccia prefrontale, ha un effetto modulatore sull'attivazione emozionale: permette di valutare la situazione e, conseguentemente, di decidere l'azione da intraprendere. Infatti, la corteccia prefrontale mediale, ricevendo afferenze dalle regioni sensoriali della corteccia e dall'amigdala e rimandando connessioni all'amigdala e anche a molte delle aree attivate da questa, è in grado di regolare le risposte emotive automatiche. Negli studi sul condizionamento alla paura,

l'estinzione della risposta ansiosa sembra quindi coinvolgere la regolazione corticale dell'amigdala (Whalen e Phelps, 2009). In modo analogo a quanto descritto a proposito dell'ippocampo, la corteccia prefrontale, implicata anch'essa nella regolazione a feedback negativo sul cortisolo, può essere danneggiata dallo stress cronico. Questo comporterebbe una riduzione della sua attività inibitoria sull'amigdala. Di conseguenza, un condizionamento potrebbe diventare più potente e resistente all'estinzione e paure condizionate già estinte potrebbero avere nuovamente la possibilità di esprimersi (LeDoux, 1998).

Conclusioni

In questo articolo abbiamo approfondito i meccanismi neurobiologici generali della fisiologia dell'ansia e della paura. Le neuroscienze stanno da tempo studiando la fisiopatologia specifica dei vari disturbi ansiosi. Questo potrebbe portare ad una maggior conoscenza delle varie manifestazioni ansiose patologiche permettendo così di affinare le modalità di diagnosi, prevenzione e cura. Infatti, per quanto riguarda le varie forme di psicoterapia, potrebbe essere interessante capire come queste agiscono. Ad esempio, come sostiene LeDoux (1998), la terapia comportamentale potrebbe innescare un apprendimento implicito relativo al circuito corteccia prefrontale-amigdala, a differenza della psicoanalisi che, agendo attraverso valutazione e introspezione cosciente, potrebbe realizzare un controllo dell'amigdala tramite la conoscenza esplicita che vede coinvolto il sistema della memoria del lobo temporale e di altre aree corticali. La neurobiologia, ben lontana dal togliere valore allo studio dell'esperienza in prima persona, potrebbe avere l'effetto di un arricchimento attraverso un'integrazione con la psicopatologia fenomenologica, esplicativa e interpretativa.

Riferimenti Bibliografici

Bear, M.F., Connors, B.W., e Paradiso, M.A. (1999). *Neuroscienze. Esplorando il cervello*. Milano: Masson S.P.A.

- Broca, P. (1865). Sur la faculté du langage articulé. *Bull. Soc. Anthropol*, 6, 337-393.
- Burt, A.M. (1996). *Trattato di Neuroanatomia*. Padova: Piccin Nuova Libreria S.P.A.
- Cannon, W.B. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage*. New York: Bransford.
- Cattaneo, L. (1982). *Anatomia del sistema nervoso centrale e periferico dell'uomo*. Bologna: Monduzzi Editore.
- Changeux, J.P., e Ricoeur, P. (1999). *La natura e la regola. Alle radici del pensiero*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Damasio, A. (1995). *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*. Milano: Adelphi Edizioni S.P.A.
- Freud, S. (1914). *Introduzione al narcisismo*. In *Opere* (Vol.7). Torino: Boringhieri.
- Fuster, J.M. (2008). *The prefrontal cortex*. London: Elsevier Ltd.
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9, 188-205.
- Kandel, E.R. (2007). *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Kandel, E.R., Schwartz, G.H., e Jessell, T.M., (1988). *Principi di neuroscienze*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Klüver, H., e Bucy, P.C. (1937). Psychic blindness and other symptoms following bilateral temporal lobectomy in rhesus monkey. *American journal of physiology*, 19, 352-353.
- LeDoux, J. (1998). *Il cervello emotivo. alle origini delle emozioni*. Milano: BaldiniCastoldi S.R.L.
- LeDoux, J. (2002). *Il sé sinaptico. Come il nostro cervello ci fa diventare quelli che siamo*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- MacLean, P.D. (1949). Psychosomatic disease and the "visceral brain": Recent developments bearing on the Papez Theory of emotion. *Psychosomatic medicine*, 11, 338-353.
- Mecacci, L. (2001). *Manuale di psicologia generale*. Firenze: Giunti Gruppo Editoriale.
- Papez, J.W. (1937). A proposed mechanism of emotions. *Archives of neurology and psychiatry*, 79, 217-224.
- Popper, K.R. (1959). *The logic of scientific discovery*. London: Hutchinson e Co. (trad. it. La logica della scoperta scientifica. Il carattere auto correttivo della scienza, Einaudi, Torino, 1981).
- Whalen, P.J., e Phelps, E.A. (2009). *The human amygdala*. New York: The Guilford Press.

Come affrontare

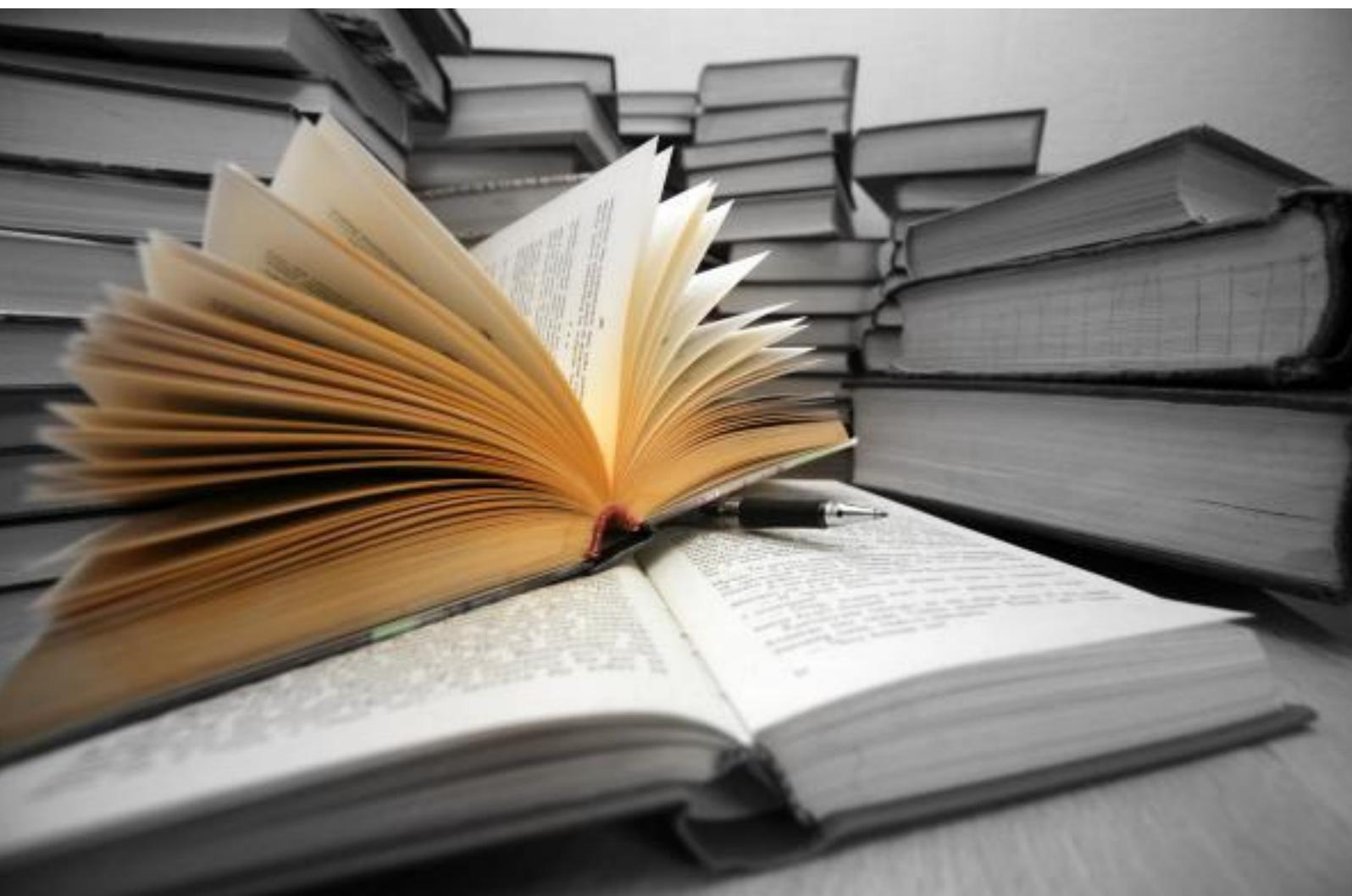
l'Esame di Stato per Psicologo

1 weekend - 20 ore - riservato a laureandi e laureati in psicologia

prossima edizione: marzo 2014

Informazioni e iscrizioni:

www.spc.it - segreteria@spc.it - tel. 0552479220



OMOSESSUALITÀ: TRA PSICOLOGIA E CRISTIANESIMO

di Sefora Di Natale

dottore in psicologia, tirocinante post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

*Cercheremo un'armonia,
sorridenti, fra le braccia,
anche se siamo diversi
come due gocce d'acqua*

W. Szyborska

Tra i vari dibattiti, presenti oggi in tutto il mondo, quello che continua ad essere il più interessante oggetto di scontri e confronti è sicuramente il tema dell'omosessualità. Resa oggetto di numerose pubblicazioni sul piano sociologico, psicologico e teologico, l'omosessualità coinvolge aspetti profondi dell'individuo che lo mettono in discussione di fronte a temi personali, sociali, relazionali e spirituali.

Una psicologia moderna, libera da preconcetti e presupposti teorici errati, che accoglie, supporta e guida la persona omosessuale verso una piena accettazione di sé e delle sue attrazioni sessuali, si scontra, oggi più di ieri, con una dottrina cristiana più rigida e meno aperta alla possibilità di rivedere il proprio credo.

Se per la persona omosessuale, non credente, le difficoltà relative all'avere un orientamento di tipo omosessuale sono ristrette al campo dell'accettazione di sé, al *coming out* e al confronto con una società il più delle volte omofoba, il discorso si complica per la persona omosessuale che invece crede nel Dio della Bibbia.

Prima di tentare di proporre una possibile integrazione tra le due posizioni, risulta necessario conoscere le posizioni adottate dalla psicologia e dal Cristianesimo nei confronti del tema dell'omosessualità e vederne, dunque, l'evoluzione storica del pensiero, i presupposti teorici e il conseguente approccio adottato.

Definizione dei termini

Quando si affronta il tema dell'omosessualità, o più in generale questioni legate alla sessualità, uno dei problemi basilari sta proprio nella definizione stessa dei termini, spesso confusi in ambito psicologico e il più delle volte sconosciuti in ambito cristiano.

Nasce dunque l'esigenza di conoscenza e di chiarezza.

Secondo il modello della psicosessualità, l'orientamento sessuale viene considerato all'interno di un modello tripartito costituito da altre due componenti: l'identità di genere e il ruolo di genere.

I termini assumono significati nettamente differenti.

Definito il sesso biologico come determinato dai cromosomi, dagli ormoni e dai genitali interni ed esterni, per identità di genere ci riferiamo a quella percezione, continua e persistente, che ogni individuo ha di sé come maschio o come femmina (Money, 1994). È noto come alcune persone non sviluppano tale identità in modo coerente con il proprio sesso di nascita: è il caso dei soggetti con disturbo di identità di genere o identificati comunemente con il termine transessuali (Santoni, 2009).

Tutto ciò (atteggiamenti, comportamenti, attributi fisici, abbigliamento, uso del linguaggio, interazioni sociali, tratti di personalità, interessi) che si riferisce a quello

che un individuo fa per esprimere agli altri l'appartenenza o l'ambivalenza rispetto ad un determinato sesso, viene definito ruolo di genere (Graglia, 2009). Esso risulta essere una rielaborazione personale di condizionamenti esterni (riferimenti normativi e sociali) che l'individuo apprende nel corso della sua vita e ai quale decide di conformarsi o meno.

L'orientamento sessuale, infine, viene concettualizzato come la tendenza a rispondere a certi stimoli sessuali, che possono essere persone, cose o a volte anche situazioni, e che inducono nel soggetto attivazione e interesse sessuale. La persona si definisce, dunque, eterosessuale, omosessuale o bisessuale, sulla base di tali stimoli. Questo aspetto prende il nome di identità dell'orientamento sessuale, che si differenzia dal concetto di orientamento sessuale in quanto con esso intendiamo il riconoscimento e l'internalizzazione, da parte del soggetto stesso, del proprio orientamento sessuale (Dèttore, 2010).

Il quadro delle possibilità risulta essere complicato e variegato, essendo queste tre componenti indipendenti ma interagenti l'una con l'altra. Una persona, dunque, biologicamente uomo, può o non può, per esempio, percepire se stesso come uomo (nel caso di un transessuale MtF), avere o non avere un ruolo di genere maschile (comportamenti, interessi, atteggiamenti) e avere un orientamento sessuale eterosessuale, bisessuale o omosessuale. E non solo, rispetto a quest'ultimo, la persona, pur avendo un orientamento di tipo omosessuale, potrebbe non definirsi tale (identità dell'orientamento sessuale), complicando ulteriormente la comprensione della sua condizione.

Psicologia e omosessualità

In termini storici, l'orientamento sessuale rappresenta una costruzione piuttosto recente. Sebbene i comportamenti e i desideri sessuali, etero ed omo, sono stati da sempre presenti nelle società umane nei vari periodi storici, i significati connessi a tali comportamenti e i relativi atteggiamenti sono cambiati nel corso delle varie epoche storiche, nonché nelle varie culture.

Ci occuperemo, in questo paragrafo, di fornire una breve panoramica di come l'omosessualità e dunque l'omosessuale è stato considerato e trattato nel corso degli ultimi secoli: da peccatore/colpevole, nel XVII secolo, a malato mentale, pervertito, nel XIX. Per poi giungere al processo di depatologizzazione, proprio del secolo scorso, e alla piena considerazione di variante normale dell'orientamento sessuale.

Quando la chiesa influenzava la psichiatria/psicologia

L'omosessuale come peccatore. Nella storia dell'omosessualità, più specificatamente nel modo di concepirla e trattarla, la religione è sempre riuscita a esserne protagonista. Prima ancora che si costituisse la scienza psichiatrica, infatti, il diritto canonico, insieme alle norme giuridiche, si occupò del comportamento non etero-orientato, inserendolo nel famoso paradigma peccato-reato. Gli atteggiamenti e le rappresentazioni sociali nei confronti dell'omosessualità, furono influenzati e plasmati notevolmente da tali codici normativi ed ecclesiastici, che divennero ben presto responsabili di quella eredità storica che ci appartiene e che è carica di pregiudizio, moralismo e sessuofobia (Graglia, 2009).

L'omosessuale assunse il ruolo di peccatore, tentato nel comportarsi sessualmente in modo autodistruttivo a causa di un piacere dannoso, che altera i confini tracciati da Dio all'atto della creazione. L'omosessualità fu concepita come una maligna ossessione sessuale, in grado di impedire alla persona di raggiungere la meta naturale stabilita da Dio per l'uomo. Oggetto di numerose operazioni persecutorie, innumerevoli furono gli omosessuali esclusi, puniti (anche e soprattutto con la morte) e oggetto di pregiudizi e moralismi.

Tali atteggiamenti, negativi e dannosi, furono ben presto, durante il XIX secolo, accolti dalla nosografia psichiatrica che contribuì velocemente alla formazione del cosiddetto stigma sessuale. Herek (2007; 2010) definisce con tale termine la stigmatizzazione di ogni comportamento non etero-sessuale, identità, relazione o comunità. È chiaro che, come ogni altra forma di stigma, le istituzioni sociali e i sistemi ideologici hanno influito notevolmente

sulla strutturazione e sulla perpetuazione di tale stigma, considerando chi attua tali comportamenti in modo negativo e riconoscendoli come appartenenti a gruppi di status inferiore.

Evoluzione del concetto: da malattia mentale al concetto moderno di fluidità sessuale

“Il mondo non è diviso in pecore e capre. Non tutte le cose sono bianche o nere. È fondamentale nella tassonomia che la natura raramente ha a che fare con categorie discrete. Soltanto la mente inventa categorie e cerca di forzare i fatti in gabbie distinte. Il mondo vivente è un continuum in ogni suo aspetto. Prima apprenderemo questo a proposito del comportamento sessuale umano, prima arriveremo ad una profonda comprensione della realtà del sesso”

(Kinsey, Pomeroy & Martin, 1948)

L'omosessuale come malato mentale. Nel corso dell'800, la medicina e la psichiatria trasferirono il discorso dell'omosessualità dall'ambito del peccato e del crimine a quello della patologia, considerandola una malattia, una perversione da curare. Gli invertiti sessuali, così cominciarono ad essere chiamati coloro che presentavano un desiderio sessuale opposto alla direzione normale, divennero ben presto oggetto di studio della scienza, che rese la condizione ufficialmente patologizzata (per i trattamenti si rimanda al paragrafo successivo).

Presentiamo qui di seguito le varie concettualizzazioni e definizioni dell'omosessualità, tratte direttamente dalle varie edizioni del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), manuale che, senza ombra di dubbio, ha favorito l'etichetta di disturbo attribuita all'omosessualità (Mendelson, 2003):

- 1952: la prima edizione del DSM includeva la condizione di omosessualità sotto la categoria generica di deviazioni sessuali, sottocategoria della personalità sociopatica. La diagnosi di deviazione sessuale era riservata a una sessualità deviante, che non è sintomatica di sindromi più estese, come la schizofrenia e le reazioni ossessive. Il

termine comprendeva la maggior parte dei casi precedentemente classificati come “personalità psicopatica con patologia sessuale”. La diagnosi specificava il tipo di comportamento patologico, come l'omosessualità, il travestitismo, la pedofilia e il sadismo sessuale (compreso lo stupro, la violenza sessuale e la mutilazione);

- 1968: l'omosessualità fu inserita come deviazione sessuale nella categoria “altri disturbi mentali non psicotici”. La diagnosi “era attribuita agli individui i cui interessi sessuali sono diretti principalmente verso altri oggetti, diversi dalle persone del sesso opposto, verso atti sessuali di solito non associati al coito, o verso il coito eseguito in circostanze bizzarre come la necrofilia, pedofilia, sadismo sessuale e feticismo. Anche se molti trovano le loro pratiche di cattivo gusto, essi rimangono incapaci di sostituirle con un normale comportamento sessuale. Non si fa tale diagnosi per quei soggetti che attuano tali comportamenti in mancanza oggettiva di normali oggetti sessuali”.

L'etichetta di malato mentale dello stato omosessuale ha prodotto gravi conseguenze, sia in ambito militare che civile. Regolarmente gay e lesbiche rischiavano l'arresto nei bar e in altri luoghi pubblici; venivano accusati di reati come comportamento disordinato, vagabondaggio, dissolutezza pubblica. Molti approvarono leggi sulla psicopatia sessuale che misero gli omosessuali nella stessa categoria dei sequestratori, molestatori di bambini, con immediato ricovero nei vari istituti psichiatrici fino alla loro definitiva guarigione.

Dobbiamo aspettare alcune pubblicazioni scientifiche, come il rapporto Kinsey, che presentò l'omosessualità come uno stile di vita alternativo, e le proteste degli attivisti gay e lesbiche del 1970, per ottenere un reale cambiamento.

Grazie all'evidenza empirica, infatti, nonché ad un cambio di vista culturale, sia la psicologia che la psichiatria modificarono radicalmente le loro posizioni nei confronti dell'omosessualità nel 1973, anno in cui il Board of Trustees (consiglio di amministrazione eletto allo scopo di dirigere le politiche di un'istituzione), nel corso del meeting dell'APA (American

Psychological Association), approvò definitivamente la rimozione dell'omosessualità dal DSM.

L'APA dichiarò inoltre che l'omosessualità di per sé non implica alcun deterioramento di giudizio, stabilità, affidabilità o delle capacità generali e sociali, esortando dunque tutti i professionisti della salute mentale del tempo a prendere l'iniziativa di rimuovere lo stigma della malattia mentale, che a lungo era stata associata agli orientamenti sessuali di tipo non eterosessuale (Herek, 2010).

Oggi, in ambito scientifico, la classificazione dicotomica e polarizzata tra omosessualità e eterosessualità è stata definitivamente superata dall'adozione di una prospettiva multidimensionale dell'orientamento sessuale e dall'affermazione del moderno paradigma della complessità, che ha reso l'esperienza soggettiva il criterio definitorio dell'identità (Graglia, 2009). Ma a cosa ci riferiamo esattamente quando parliamo di multidimensionalità dell'orientamento sessuale? Significa abbandonare una visione bipolare diretta ad analizzare esclusivamente due aspetti dell'orientamento sessuale, quello dell'attrazione e del comportamento sessuale, ampiamente studiati in passato, e a considerare altre dimensioni aggiuntive, come le fantasie sessuali, le preferenze emozionali e sociali, l'auto-identificazione e lo stile di vita etero/omosessuale (Klein, Sepekoff, & Wolf, 1985; Klein, 1993). Per concludere, oggi l'orientamento sessuale coinvolge più aspetti della sessualità umana e per molte persone risulta non essere rigidamente fissato né percepito come tale, ma tende a variare nel corso del tempo. Oggi si parla addirittura di fluidità sessuale, termine coniato dalla studiosa Lisa Diamond (2008) per identificare la possibilità, data ad ogni soggetto, di sperimentare, nel corso della propria vita, una qualche forma di variazione in una o più dimensioni dell'orientamento sessuale. Le ricerche degli ultimi anni hanno inoltre evidenziato e dimostrato che tali transazioni dell'orientamento sessuale, influenzate costantemente dalle esperienze sessuali ed emotive, nonché dalle interazioni sociali e dall'ambiente in cui un individuo è chiamato a confrontarsi, interessano principalmente le

donne (Baumeister, 2000; Kinnish et al., 2005; Diamond, 2008; Dettore & Lambiase, 2011).

Ma attenzione: affermare che l'orientamento sessuale “può” cambiare, è ben diverso dal dire che esso “si può cambiare”. Si ritiene difficile, se non impossibile, oggi più di ieri, pensare di poterlo modificare agendo strategicamente e/o volontariamente su uno o più elementi, interni e/o esterni, propri della persona.

Psicoterapie e tecniche di intervento: evoluzione degli approcci all'omosessualità

“Chiedendomi se posso aiutare [vostro figlio], voi intendete, suppongo, se posso eliminare l'omosessualità e far prendere il suo posto alla normale eterosessualità. La risposta è, in generale, che non possiamo promettere di riuscirci. In un certo numero di casi noi riusciamo a far attecchire i germi appassiti della tendenza eterosessuale che sono presenti in ogni omosessuale, nella maggioranza dei casi non è più possibile. È una questione della qualità e dell'età dell'individuo. Il risultato del trattamento non si può predire”

(Freud, 1935)

Nel corso di tutto il XX secolo ad essere accettata, sostenuta e portata avanti è stata senza ombra di dubbio la concezione patologica dell'omosessualità. Essa ha influenzato studi, teorie, speculazioni di ogni tipo, nonché le terapie e le tecniche di intervento utilizzate in ambito psichiatrico e psicoterapeutico.

I principi su cui si fondava il modello patologico possono essere riassunti nei seguenti punti (Pietrantonio & Prati, 2009):

- l'eterosessualità è superiore e normale;
- l'omosessualità è patologica e anormale;
- l'omosessualità è una disabilità o un difetto personale;
- l'omosessualità indica una tipologia individuale, un tratto intrinseco;
- la fonte dei problemi risiede negli stessi omosessuali;
- l'obiettivo del trattamento psicoterapico è trovare le cause dell'omosessualità, al fine di eliminare la malattia e scoraggiare l'identità e le relazioni omosessuali.

L'omosessualità venne interpretata come una perversione, un arresto dello sviluppo psicosessuale e gli stessi terapeutici la indicavano come causa principale dei problemi che affliggevano la persona. Secondo tale concezione nacque l'esigenza di modificare l'orientamento sessuale: in ambito psicoanalitico, attraverso un'analisi eziologica delle dinamiche pre-edipiche, mentre in ambito prettamente comportamentale, applicando una terapia di decondizionamento.

- trattamenti chirurgici: l'isterectomia, ovariectomia, clitoridectomia, castrazione, vasectomia, chirurgia del nervo pudico, lobotomia;
- trattamenti farmacologici: somministrazione di ormoni, shock farmacologici, utilizzo di stimolanti e tranquillanti sessuali;
- trattamenti psicoterapici: terapia di aversione, elettroshock, terapia di gruppo, ipnosi.

Dal 1973, e dalla conseguenziale esclusione dal DSM dell'omosessualità, l'approccio agli orientamenti non eterosessuali è cambiato, sia nelle psicoterapie che nelle tecniche di intervento.

I trattamenti psicoterapici diretti a pazienti omosessuali, in accordo con le linee guida dell'APA, hanno oggi come obiettivo principale la comprensione della condizione del paziente, abbandonando qualsiasi tentativo di convertire o riparare il suo orientamento sessuale. Tali sforzi, se applicati, sono diretti contro i principi fondamentali del trattamento psicoterapico e sfociano, spesso, in un sostanziale dolore psicologico del soggetto, rafforzando gli atteggiamenti omofobici interiorizzati da quest'ultimo e oggettivamente dannosi.

La psicoterapia con gay e lesbiche abbraccia, dunque, un approccio di tipo affermativo, supportivo, che si basa sulle seguenti evidenze scientifiche (APA, 2009):

- l'attrazione e il comportamento sessuale orientato a persone dello stesso sesso, sono di per sé varianti normali e positive della sessualità umana e, di conseguenza, non sono indicatori di disturbi mentali o dello sviluppo;

- l'omosessualità e la bisessualità sono stigmatizzate e a causa di questo si hanno una serie variegata di conseguenze negative (per esempio lo stress di minoranza), che possono accompagnare la persona per tutta la durata della vita;
- l'attrazione e il comportamento sessuale orientato a persone dello stesso sesso possono verificarsi in un contesto variegato di orientamenti e identità sessuali;
- le persone gay, lesbiche e bisessuali possono condurre una vita soddisfacente ed essere impegnati, in modo stabile, in una relazione di tipo amoroso e familiare, equivalente, nei suoi elementi fondamentali, alle relazioni eterosessuali;
- non vi sono studi empirici o ricerche tali da supportare, in modo generalizzato, le teorie secondo le quali l'orientamento sessuale di tipo omosessuale sia da attribuire a disfunzioni familiari o traumi.

Il terapeuta è dunque chiamato ad accettare e sostenere il proprio paziente con empatia, congruenza e attenzione positiva e incondizionata, al fine di comprendere, attraverso un'apertura alla sua prospettiva, le sue preoccupazioni e incoraggiarlo verso un concetto di sé positivo. L'assessment, di tipo comprensivo, permette un'adeguata analisi delle varie problematiche che, a causa del tipo di orientamento sessuale, influenzano la situazione del paziente. Quest'ultimo, infine, sarà chiamato a mettere in atto, attraverso strategie di tipo cognitivo, comportamentale e/o emotivo, un coping di tipo attivo per mitigare la sua ansiosità; nonché ad esplorare e sviluppare la propria identità.

Per concludere, la psicoterapia con clienti omosessuali si propone di incrementare il supporto sociale degli stessi, anche attraverso il contatto e l'inserimento in gruppi di auto-aiuto e/o in comunità accoglienti (Cantelmi & Lambiase, 2011).

Chiesa e omosessualità

“Per questo Dio li ha abbandonati a passioni infami, poiché anche le loro donne hanno mutato la relazione naturale in quella che è

contro natura. Nello stesso modo gli uomini, lasciata la relazione naturale con la donna, si sono accesi nella loro libidine gli uni verso gli altri, commettendo atti indecenti uomini con uomini, ricevendo in se stessi la ricompensa dovuta al loro travimento. E siccome non ritennero opportuno conoscere Dio, Dio li ha abbandonati ad una mente perversa, da far cose sconvenienti, essendo ripieni d'ogni ingiustizia, fornicazione, malvagità, cupidigia, malizia; pieni d'invidia, omicidio, contesa, frode, malignità, ingannatori, maldicenti, nemici di Dio, ingiuriosi, superbi, vanagloriosi, ideatori di cose malvagie, disubbidienti ai genitori, senza intendimento, senza affidamento, senza affetto naturale, implacabili, spietati. Or essi, pur avendo riconosciuto il decreto di Dio secondo cui quelli che fanno tali cose sono degni di morte, non solo le fanno, ma approvano anche coloro che le commettono”

(Romani 1, 26-32)

Quando si affianca il tema dell'omosessualità a quello del Cristianesimo, gli animi si incendiano, i dibattiti e le controversie si moltiplicano come focolari e le posizioni, quasi sempre, si irrigidiscono.

La verità biblica si impone inevitabilmente in un contesto delicato, che prende in causa la persona nei suoi aspetti nucleari e intimi: il suo bisogno di amare ed essere amati, le sue attrazioni sessuali, le sue fantasie, la sua capacità di progettarsi in una coppia, di sentire e sperimentarsi in relazione agli altri.

Prima di tentare di trovare una sorta di integrazione tra la posizione adottata in ambito psicoterapeutico e quella religiosa, è necessario esporre in modo chiaro e puntuale la visione del Cristianesimo in relazione al tema dell'omosessualità.

Una premessa teologica di base

Nell'affrontare la questione dell'omosessualità è opportuno, non solo soffermarsi sui testi specifici, ma valorizzare la prospettiva più ampia dell'antropologia biblica entro cui i testi sono collocati.

Si riassumono qui di seguito i punti fondamentali della teologia cristiana che ci

aiutano a comprendere la condizione omosessuale secondo tale ottica:

- il Dio presentato dalla Bibbia è un Dio che possiede diversi attributi. Egli viene concepito come un Dio amorevole, misericordioso, lento all'ira, giusto, onnipotente, onnisciente, eterno. Dio stesso si è rivelato all'uomo in modo speciale nella Sacra Scrittura. Essa è la Sua Parola, divinamente ispirata, interamente attendibile nell'originale e suprema autorità in ogni materia di fede e di condotta (Esodo 24, 4-12; Isaia 8, 20; Giovanni 17, 17; 2 Timoteo 3, 16-17; 2 Pietro 1, 21);
- l'unico Dio sussiste da sempre in tre persone: Padre, Figlio e Spirito Santo;
- per la Bibbia, l'essere umano è stato creato uomo e donna e l'unione matrimoniale tra i due rappresenta uno spazio relazionale, affettivo e sessuale all'interno del quale è possibile realizzare la loro umanità. Tra uomo e donna vi è complementarità, cioè l'uguaglianza di dignità nella diversità di genere in vista della solidarietà di affetti e di progetti;

“Così Dio creò l'uomo a sua immagine; lo creò a immagine di Dio; li creò maschio e femmina. E Dio li benedisse e Dio disse loro: «Siate fruttiferi e moltiplicatevi, riempite la terra e soggiogatela, e dominate sui pesci del mare, sugli uccelli del cielo e sopra ogni essere vivente che si muove sulla terra»”

(Genesi 1, 27-28)

- Dio ha stabilito, al tempo della creazione, l'ordine perfetto delle cose che, però, ad opera dell'ingresso del peccato nel mondo (provocato dalla disubbidienza all'ordine di Dio stesso da parte di Adamo ed Eva), è venuto meno. Da qui l'inizio della depravazione dell'uomo. Quest'ultimo, creato ad immagine di Dio, ha disubbidito e perso i suoi privilegi. Tutta l'umanità ora dimora sotto il dominio del Diavolo, Satana, nella rivolta, nella totale corruzione, incapace di contribuire alla propria salvezza e soggetta alla giusta condanna di Dio (Genesi 1, 27; Romani 3, 9-23; Efesini 2, 3; Giovanni 3, 4; Apocalisse 20, 15);

- Dio, però, non ha abbandonato l'uomo, dopo il peccato di Adamo ed Eva, alla separazione eterna da Lui e dunque alla perdizione eterna, ma ha fornito un piano di salvezza attraverso l'opera di suo figlio: Gesù Cristo. Chiunque crede in Gesù, riconoscendolo come figlio di Dio e unico Signore e Salvatore della propria vita, diventa figlio di Dio e passa dalla morte spirituale alla vita eterna (processo di conversione) (Giovanni 3, 16-17). La Giustificazione operata dalla Grazia di Dio in Gesù Cristo è ricevuta unicamente per fede. L'uomo deve pentirsi e ricevere la remissione dei peccati mediante l'opera di Cristo. L'unione con Lui produce la Rigenerazione, la Giustificazione e la Santificazione, senza le quali nessuno vedrà il Signore (Salmo 51; Luca 13, 3; Giovanni 3, 3; Romani 5, 1-9; Efesini 2, 8; Giacomo 2, 14-26; I Giovanni 3, 9).

Secondo la Bibbia, dunque, anche l'identità sessuale e relazionale, come tutte le altre sfere della vita, è stata intaccata dal peccato, infranta nella sua integrità e privata della sua pienezza. Tuttavia, grazie all'opera di redenzione, resa nota dall'evangelo di Gesù, il credente, riconciliato con Dio e in Dio, ha la possibilità di venire sanato e guarito nelle varie aree della propria vita.

In quest'ottica, l'omosessualità viola la vocazione alla complementarità tra uomo e donna e preferisce fissarsi sulla riduplicazione idolatrica di sé nell'altro.

È sulla base di questa premessa, inserita all'interno di questa cornice, che i testi biblici vanno letti. L'omosessualità viene considerata dalla Scrittura come uno tra i tanti modi in cui si può stravolgere il progetto della complementarità umana e si può deformare la vocazione all'umanità redenta a cui chiama l'evangelo. La condanna dell'omosessualità, pur se espressa in termini diversi, è presente in diverse sezioni della Bibbia e in diversi momenti della storia della salvezza, a testimonianza del fatto che non si tratta di una posizione tipica di un certo ambiente culturale ristretto, ma di un convincimento ribadito a più riprese nel corso della progressione della

rivelazione (ad esempio: Gn 19, 1-29; Lv 18, 22; 20, 13; Mt 15, 19; Mc 7, 21; Rm 1, 18-32; 1 Cor 6, 9; 1 Tm 1, 8-11). Anche se occorre prestare attenzione alle particolarità di ogni testo per non appiattire il loro significato, ciò che li accomuna è la prospettiva antropologica biblica che vede nelle relazioni omosessuali un vistoso impoverimento della "creaturalità" umana e un modo di vivere peccaminoso.

Comportamenti e desideri omosessuali

Una volta che si è presa visione della premessa teologica di base, si può ben comprendere perché i comportamenti di tipo omosessuale sono da considerarsi "peccato" e quindi vietati dalla Bibbia stessa.

Quest'ultima, in diversi libri del Nuovo Testamento, ribadisce la condizione di peccato e la non accettazione delle pratiche sessuali di tipo omosessuale. Riportiamo qui di seguito i brani interessati:

"poiché anche le loro donne hanno mutato la relazione naturale in quella che è contro natura. Nello stesso modo gli uomini, lasciata la relazione naturale con la donna, si sono accesi nella loro libidine gli uni verso gli altri, commettendo atti indecenti uomini con uomini, ricevendo in se stessi la ricompensa dovuta al loro traviamiento"

(Rom 1, 26-27)

"Non sapete voi che gli ingiusti non ereditano il regno di Dio? Non vi ingannate: né fornicatori, né idolatri, né adulteri, né gli effeminati, né gli omosessuali, né i ladri, né gli avari, né gli ubriaconi, né gli oltraggiatori, né i rapinatori ereditano il regno di Dio. Or tali eravate già alcuni di voi; ma siete stati lavati, ma siete stati santificati, ma siete stati giustificati nel nome del Signore Gesù e mediante lo Spirito del nostro Dio"

(1 Cor 6, 9-11)

"Or noi sappiamo che la legge è buona, se uno la usa legittimamente; sapendo questo, che la legge non è stata istituita per il giusto, ma per gli iniqui e i ribelli, per i malvagi e i peccatori, per gli scellerati e i profani, per coloro che uccidono padre e madre, per gli omicidi, per i

fornicatori, per gli omosessuali, per i rapinatori, per i falsi, per gli spergiuri, e per qualsiasi altra cosa contraria alla sana dottrina”

(1 Tim 1, 9-10)

Per quanto riguarda il desiderio sessuale, provato dalla persona omosessuale, in un’ottica cristiana può essere tenuto sotto controllo e combattuto. Il contesto di riferimento è quello della lotta spirituale. Sicuri della fede posta in Gesù, il cristiano omosessuale rifiuta di passare dal desiderio all’atto omosessuale, impegnandosi in una relazione fisica ed emotiva con una persona del suo stesso sesso.

Il percorso del cristiano è un percorso di fede e di cambiamento. La sofferenza che egli prova imponendosi sui suoi desideri sessuali, contrari all’ordine morale di Dio, non è fine a se stessa. Egli sperimenta, nel corso del suo cammino spirituale, la fedeltà di Dio e il suo aiuto, credendo.

“E non conformatevi a questo mondo, ma siate trasformati mediante il rinnovamento della vostra mente, affinché conosciate per esperienza quale sia la buona, accettabile volontà di Dio”

(Rom 12, 2)

“essendo convinto di questo, che colui (Dio) che ha cominciato un’opera buona in voi, la porterà a compimento fino al giorno di Gesù Cristo”

(Filippesi 1, 6)

Le terapie cristiane: le consulenze pastorali

La domanda che più frequentemente si pone in ambito cristiano è: quale atteggiamento assumere nei confronti della persona omosessuale? I pastori delle varie chiese sono chiamati a rispondere frequentemente a questo interrogativo, soprattutto all’interno delle cosiddette consulenze pastorali, considerate una sorta di terapia cristiana.

In passato, molti sono stati gli sbagli e gli errori commessi nell’ambito della cura della persona credente omosessuale che, il più delle volte, era vittima di processi di colpevolizzazione del

proprio stato e di emarginazione sociale e comunitaria.

Oggi lo scopo delle consulenze pastorali è quello di accompagnare la persona verso la vera maturità spirituale e personale, anche e soprattutto grazie all’inserimento di quest’ultima in una comunità che lo sostenga in tutto il proprio percorso.

Facciamo presente, però, che questo atteggiamento di accoglienza umana non significa legittimazione di tale orientamento omosessuale. Le persone omosessuali, così come tutte le altre persone delle quali nessuno è impeccabile dal punto di vista etico, devono essere posti di fronte all’esigenza di ricostruire la propria identità secondo le piene potenzialità dell’essere umano.

Le consulenze pastorali tengono conto dei costi umani richiesti a chi intraprende il percorso di tipo cristiano. Si è fermi nella convinzione che per tutti gli esseri umani, senza nessuna distinzione di sesso e di orientamento, i cambiamenti radicali implicano rinuncia e dolore, ma sono gli unici a produrre una vera liberazione in vista di una piena umanità.

Nessuna condizione umana viene considerata irreversibile; anzi, la possibilità della crescita umana presuppone la necessità del cambiamento.

Il concetto di omofobia interiorizzata nei due ambiti

Omofobia interiorizzata: scopo della terapia

Quando parliamo di omofobia interiorizzata, ci riferiamo all’accettazione passiva, più o meno consapevole, da parte degli omosessuali di quell’insieme di atteggiamenti, credenze, pregiudizi, stigmatizzazioni, comportamenti e opinioni discriminatorie relative al loro orientamento sessuale. Essa compromette seriamente, agendo come agente patogeno, il benessere dei pazienti.

L’omofobia interiorizzata affonda le sue radici in un contesto sociale che, fin dalle prime fasi di vita, fornisce a ogni individuo una serie di informazioni eterosessiste, secondo le quali essere gay significa essere sbagliato, innaturale e non conforme al normale vivere comune.

Questo è il primo stadio dell'interiorizzazione dell'omofobia: l'individuo concepisce l'omosessualità in generale, e di conseguenza la propria omosessualità, come un qualcosa di riprovevole, sbagliato, da nascondere e di cui vergognarsi.

Il malessere emotivo si esprime attraverso sentimenti di rabbia, sensi di colpa, vergogna, autosvalutazione, autoesclusione e non accettazione di sé. Risuonano alla mente del giovane omosessuale affermazioni come: "io sono diverso", "io sono sbagliato" o "non sono degno di ricevere amore".

Queste convinzioni di inferiorità sono poi confermate e rafforzate da numerosi elementi presenti nel contesto sociale in cui il soggetto è inserito: stigma sociale presente nelle istituzioni, nella chiesa, nella cultura di riferimento e perfino nella famiglia.

L'omosessuale, che ha difficoltà ad accettare serenamente il proprio orientamento sessuale, può giungere alla piena negazione di tale orientamento, giudicarsi quotidianamente in modo negativo e guardare con disapprovazione i tentativi del movimento gay di ottenere maggiori diritti per le persone omosessuali. Vive nella paura che venga scoperta la propria omosessualità, in famiglia e nel gruppo di amici, fingendo in alcuni casi di essere eterosessuale e impegnandosi in relazioni di coppia con persone del sesso opposto. Con il tempo possono sviluppare disturbi come ansia, depressione, disturbi sessuali o problematiche legate all'uso di alcol e cibo (Montano, 2010).

La psicoterapia con clienti omosessuali si propone dunque l'obiettivo di (Graglia, 2009):

- aiutare il paziente omosessuale a costruire un'immagine positiva di sé in quanto gay/lesbica;
- lavorare sull'inaccettabilità del sé omosessuale;
- affrontare il tema del rifiuto;
- affrontare la paura dell'uscire allo scoperto.

L'ultimo punto si riferisce al delicatissimo processo del *coming out*, il quale è legato all'accettazione del proprio orientamento sessuale, in cui il paziente si confronta con la propria omosessualità, sviluppando un'identità

sana che comprende la propria sessualità (Cass, 1984; Coleman, 1987).

Il *coming out* risulta essere un passo decisivo per il recupero di una piena e autentica relazione con la rete affettiva di riferimento e di conseguenza verso il ristabilimento della propria salute psicologica, anche quando l'ambiente circostante è ancora carico di atteggiamenti *omonegativi* e di non accettazione e/o di esclusione.

Omofobia interiorizzata: consapevolezza di peccato

In ambito cristiano, l'omofobia interiorizzata della persona omosessuale è considerata come la consapevolezza, da parte di quest'ultima, della condizione del proprio peccato.

Senza questa consapevolezza, la persona non sarebbe spinta al cambiamento e non riconoscerebbe l'estrema esigenza di un aiuto spirituale e divino.

La sofferenza della propria condizione risulta essere maggiore nelle fasi iniziali del percorso spirituale intrapreso. Più la persona fa esperienza con Dio e si impegna nello studio della Bibbia e dei suoi principi, più questa sofferenza diminuisce.

La persona aumenta e migliora il proprio rapporto con Dio e, in un percorso graduale, cambia e matura. Quando parliamo di cambiamento, non dobbiamo generalizzare. Non tutti gli omosessuali credenti sperimentano un ri-orientamento sessuale, ma per la maggior parte di essi il cambiamento sta nella maturità spirituale acquisita, nella sempre maggiore conoscenza della Persona di Dio e della sua volontà, presentata appunto nella Bibbia.

Il vissuto del cristiano omosessuale: vicolo cieco e circolo vizioso

"A volte è come vivere a metà o nel peggiore dei casi è come immaginarsi fermi davanti a un bivio. Hai la possibilità di svoltare a destra o a sinistra: due strade opposte, due scelte diverse.

Tra tutti i sentimenti, il senso di colpa è quello che riesco a sentire di più. L'anima sembra un campo di battaglia dove gli scontri sono inevitabili: quando la fede avanza, quei desideri

e quell'amore che provo in modo clandestino retrocedono di qualche passo; e viceversa.

Alcuni mi credono pazzo, mi ricordano che la vita è una, che l'amore è cosa rara e che quando bussa alla tua porta, sembra da deliranti mandarlo via. Mi chiedono in nome di cosa? Di quale Dio e di quale fede? In parte li capisco e capisco anche come sia facile dare l'impressione di essere semplicemente un masochista che trae piacere dal dolore e dalla privazione. Ma spiegare a parole come sia possibile credere fermamente ed intimamente in Dio, mi risulta davvero difficile, proprio per la soggettività dell'esperienza stessa.

Non posso proiettarmi nel futuro e sbirciare in esso per vedere chi sarò e chi amerò, ma so chi sono adesso e chi ero fino a qualche tempo fa. Non è facile e non sempre sono forte. È più facile per me provare attrazione nei confronti degli uomini, è innegabile, ma è anche vero che oggi, per me, questa non è una condizione esclusiva. È un passo verso l'eterosessualità o verso un rapporto più intimo con una donna? Non lo so. Non posso saperlo. Ciò che so è che credo in un Dio dell'impossibile, che è in grado di operare qualsiasi tipo di cambiamento, ma anche se non dovesse farlo, io comunque lo amerei lo stesso”.

(Anonimo)

Psicologia e cristianesimo: due mondi, due linguaggi

Al centro del dibattito sull'omosessualità, indipendentemente dalla posizione adottata, che sia essa psicologica o spirituale, c'è l'uomo. L'uomo con le sue paure, i suoi dubbi, i suoi bisogni e i suoi sentimenti; con il desiderio di amare e di essere amati e di fare questo in un contesto di accettazione e di supporto.

Ma nel concreto, ogni persona, essendo inserita in uno specifico contesto culturale e sociale, viene chiamata a confrontarsi con le grandi istituzioni, come Stato e Chiesa, e con quella serie di discipline, tra cui la psicologia, che costantemente sono impegnate a teorizzare su grandi temi.

La persona omosessuale, che sia credente o meno, è chiamata ad affrontare e gestire un carico emotivo di forte stress legato a diversi

aspetti: dall'accettazione di sé e dei propri desideri sessuali, alla ridefinizione della propria identità come omosessuale, alla scelta di comunicare a chi lo circonda ciò che è e che prova, al confronto con tutto un sistema sociale che molto spesso giudica e discrimina.

In più, l'omosessuale credente, si trova a gestire ulteriormente anche una serie di paure e di sensi di colpa legati alla propria condizione. Amando Dio e provando allo stesso tempo desideri sessuali nei confronti delle persone del proprio stesso sesso, si trova molto spesso a vedere moltiplicata la propria sofferenza.

Se da una parte la psicologia, all'interno di un determinato percorso terapeutico, aiuta e sostiene la persona omosessuale ad accettare se stesso e i propri sentimenti, in quanto l'omosessualità viene considerata oggi come una normale variante dell'orientamento omosessuale, così non è per il Cristianesimo. Per la Bibbia, l'omosessualità è peccato, il prodotto di una società disordinata e moralmente corrotta.

I due mondi, psicologia e cristianesimo, sembrano avere dunque due linguaggi completamente differenti. Eppure lo scopo sembra essere uguale: supportare e aiutare la persona omosessuale a gestire la propria condizione; ma con finalità diverse: accettazione da una parte, cambiamento dall'altra.

È possibile un'integrazione tra le due?

Entrambi, psicologia e cristianesimo, hanno in mano strumenti importantissimi per l'aiuto della gestione della sofferenza della persona omosessuale.

Ciò che deve essere sempre tenuto a mente è che:

- essi non devono essere imposti alla persona;
- ogni persona trae beneficio dal percorso che sceglie e in cui crede;
- i percorsi non sono generalizzabili: ciò che risulta idoneo per una persona, non è detto che lo sia per un'altra.

Personalmente credo che la psicologia debba rispettare i principi cristiani e di conseguenza i metodi adottati nella gestione della condizione omosessuale, accettati e creduti dagli omosessuali credenti. Viceversa, il cristianesimo dovrebbe accogliere e valorizzare i metodi

psicologici diretti essenzialmente al supporto emotivo e psicologico della persona sofferente. Chi non è credente trarrà un grande aiuto dal supporto psicologico fornito all'interno del proprio percorso terapeutico, sostegno che la persona credente troverà invece limitante.

L'omosessuale credente crede in un cambiamento della propria condizione e ancora di più crede nel Dio della Bibbia, che ama e rispetta.

L'uomo non ha ancora oggi, in mano, le risposte alle domande esistenziali che lo coinvolgono. Ci sarà un perché a questo?

Riferimenti Bibliografici

- Baumeister, R.F. (2000). Gender Differences in Erotic Plasticity: The Female Sex Drive as Socially Flexible and Responsive. *Psychological Bulletin*, 126 (3), 347-374.
- Cantelmi, T., & Lambiase, E. (2010). Linee guida dell'American Psychological Association. In Cantelmi, T., & Lambiase, E. (Eds.), *Omosessualità e psicoterapie*. Milano: Franco Angeli, cap. 7, pp. 155-170.
- Cass, V.C. (1984). Homosexuality identity formation: testing a theoretical model. *The Journal of Sex Research*, 20, 143-167.
- Coleman, E. (1987). Assessment of sexual orientation. *Journal of Homosexuality*, 14 (1/2), 9-24.
- Dèttore D., & Lambiase, E. (2011). *La fluidità sessuale*. Roma: Alpes Italia.
- Dèttore, D. (2010). Orientamento sessuale: definizione e dimensioni. In Cantelmi, T., & Lambiase, E. (Eds.), *Omosessualità e psicoterapie*. Milano: Franco Angeli, cap. 2, pp. 51-68.
- Diamond, L.M. (2008). *Sexual Fluidity. Understanding Women's Love and Desire*. London: Harvard University Press.
- Freud, S. (1935). In *Lettere 1873-1939*, a cura di E.L.Freud edito da Bollati Boringhieri, Torino 1960.
- Graglia, M. (2009). *Psicoterapia e omosessualità*. Roma: Carocci.
- Herek, G.M. (2010). Sexual Orientation Differences As Deficits: Science and Stigma in the History of American Psychology, *Perspectives on Psychological Science*, 5 (6), 693-699.
- Herek, G. M., & Garnets L. D. (2007). Sexual orientation and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 353-375.
- Kinnish, K.K., Strassberg, D.S., & Tuner, C.W. (2005). Sex differences in the flexibility of sexual orientation. A multidimensional retrospective assessment. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 173-183.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., & Martin, C.E. (1948). *Sexual Behaviour in The Human Male*. Philadelphia: Saunders (trad. it. Il comportamento sessuale dell'uomo, Bompiani, Milano, 1950).

Klein, F., Sepekoff, B., & Wolf, T.J. (1985). Sexual orientation: A multivariable dynamic process. *Journal of Homosexuality*, 11 (1/2), 35-49.

Klein, F. (1993). *The bisexual option. II edizione*. New York: Haworth Press.

Mendelson, G. (2003). Homosexuality and psychiatric nosology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 678-683.

Money, J. (1994). The concept of gender identity disorder in childhood after 39 years. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 20, 163-165.

Montano, A. (2010). Omofobia interiorizzata. In Cantelmi, T., & Lambiase, E. (Eds.), *Omosessualità e psicoterapie*. Milano: Franco Angeli, cap. 4, pp. 155-170.

Prati, G., & Pietrantonio, L. (2006). Omosessualità e omofobia oggi. In Batini, F., & Santoni, B. (Eds.), *L'identità sessuale a scuola: Educare alla diversità e prevenire l'omofobia* (pp. 3-32). Napoli: Liguori Editore.

Santoni, B. (2009). La questione "trans". In Batini, F., Santoni, B. (Eds.), *L'Identità sessuale a scuola*. Napoli: Liguori, cap. 3, pp. 79-146.

Sitografia

AaVv, *Omosessualità: un approccio evangelico*, from <http://www.alleanzaevangelica.org/documenti/omosessualita.htm>

American Psychological Association (2009). *Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*, from <http://www.apa.org/pi/lgbcc/publications/therapeutic-response.pdf>.

Giorgi, A. (2010). *Fede*, from <http://www.chiesalogos.com/fede.php>

LA TERAPIA MULTISISTEMICA IN ACQUA: UN TRATTAMENTO INTEGRATO PER I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

di Martina Fei, Francesco Benini, Rossella Dimagli
dottori in psicologia, tirocinanti post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

La Terapia Multisistemica in Acqua (TMA) nasce come intervento rivolto soprattutto a persone con autismo e si sviluppa a partire dalla ventennale esperienza sul campo svolta da tre psicologi psicoterapeuti cognitivo comportamentali, Giovanni Ippolito, Giovanni Caputo e Paolo Maietta.

La pubblicazione nel 2008 del libro *La Terapia Multisistemica in Acqua* ha reso possibile la divulgazione degli aspetti teorici e pratici di questa nuova modalità di intervento che, negli ultimi anni, si sta diffondendo sempre di più, incontrando un grande favore da parte di famiglie, neuropsichiatri e operatori che seguono ragazzi con questo tipo di problematiche.

La TMA non si prefigge l'obiettivo di essere il migliore e unico intervento possibile.

Gli stessi ideatori del metodo insistono sul fatto che essa debba essere integrata alle altre attività proposte dalle équipes multidisciplinari. Lavorare con un disturbo ancora tanto sconosciuto quale quello autistico rende impossibile, nonché del tutto improduttiva, la scelta di un'unica modalità di trattamento.

Il disturbo autistico infatti è un complesso disordine dello sviluppo biologicamente determinato con insorgenza precoce (entro i tre anni) che interessa prevalentemente le aree dell'interazione sociale reciproca, della comunicazione e del comportamento. Sono ancora sconosciuti i fattori causali che lo generano e solo nel 10% dei casi si riesce a spiegarne l'origine. Questa patologia è presente e descritta in tutte le popolazioni del mondo, di ogni razza e ambiente sociale: non presenta

prevalenze geografiche e/o etniche. Il disturbo presenta, viceversa, una prevalenza di sesso, in quanto sembra colpire da 3 a 4 volte di più i maschi rispetto alle femmine (SINPIA, 2005).

Questo funzionamento mentale atipico accompagnerà il soggetto per tutto il resto della sua vita; diventa così fondamentale che ogni individuo venga adeguatamente preso in carico all'interno di équipes multidisciplinari con interventi individualizzati, per favorire il massimo adattamento della persona al suo ambiente e garantirle una soddisfacente qualità della vita (SINPIA, 2005).

Attualmente i trattamenti dei Disturbi dello Spettro Autistico (DSA) sono collocati lungo un continuum che vede da una parte gli interventi fondati sulla teoria comportamentale, quali ad esempio l'ABA (Lovas, 1987), dall'altra gli interventi basati sullo sviluppo, come il Floor Time (Greenspan e Wieder, 1999). Talvolta la scelta del trattamento ricade anche sugli interventi farmacologici, soprattutto in presenza di gravi crisi comportamentali e della condotta (Ospina, Seida, Clark et al., 2008).

Nel panorama scientifico italiano sono state presentate nel Gennaio 2012 le linee guida promosse dal Ministero della Salute nelle quali vengono indicati gli interventi che hanno ottenuto maggiori riscontri in merito ad efficacia ed efficienza nel trattamento di questa patologia (ISS, 2011).

Cos'è la TMA?

La Terapia Multisistemica in Acqua (TMA) è una nuova modalità di trattamento che si situa in un'area intermedia: contiene elementi

appartenenti sia alla famiglia degli approcci comportamentali, sia alla famiglia degli approcci evolutivi, risultando quindi un intervento integrato.

Gli autori la definiscono terapia in quanto si attua attraverso la “pianificazione” di un intervento individualizzato e interpersonale, volto ad influenzare i disturbi del comportamento con mezzi prettamente psicologici verbali e non verbali, in vista di un obiettivo elaborato, che può essere la riduzione dei sintomi o la modificazione delle capacità comunicative e relazionali. A tal fine, vengono utilizzate metodologie e procedure tecnico-sperimentali che si rifanno ad orientamenti teorici riconosciuti. La TMA è multisistemica perché valuta ed interviene sui diversi sistemi funzionali del bambino, ossia sul sistema relazionale, cognitivo, comportamentale, sensomotorio e motivazionale. Tra questi è soprattutto il sistema relazionale ad essere attivato prioritariamente dalla terapia in acqua e secondo gli autori, i miglioramenti degli altri sistemi sono una conseguenza degli interventi che si fanno su questo sistema. Il terapeuta inizialmente valuta le modalità di approccio e interazione del bambino osservando posture corporee, evitamenti oculari, interazioni con l'ambiente e interazioni con gli altri. In seguito, attraverso tecniche mediate dalla teoria dell'attaccamento e derivanti da modelli teorici di riferimento, il terapeuta interverrà offrendo un'opportunità di cambiamento del sistema relazionale. Infatti l'ingresso del terapeuta nel sistema relazionale del bambino creerà fin da subito una rottura delle modalità relazionali pregresse e degli schemi sottostanti incrementando in modo congruo interscambi più funzionali.

Quindi la TMA si presenta come una terapia che sfrutta un elemento naturale, l'acqua, all'interno di un ambiente strutturato (piscina pubblica) secondo un modello teorico di riferimento e una metodologia organizzata attraverso fasi che si avvale di tecniche cognitive, comportamentali, relazionali e sensomotorie. L'acqua tuttavia è semplicemente un mezzo che consente il raggiungimento di obiettivi terapeutici precisi ed individualizzati che vanno oltre l'implemento delle tecniche

natatorie: attraverso il nuoto e le attività in un contesto ludico quale quello della piscina, si lavora sul potenziamento di aspetti cognitivi e comportamentali che creeranno/aumenteranno le possibilità di socializzazione e di integrazione sociale del ragazzo sfruttando le opportunità che può offrire un setting quale quello della piscina pubblica. Questa non si configura infatti soltanto come un ambiente ludico generico: è un setting specifico che ha delle regole ben precise (quali, ad esempio, portare la cuffia, le ciabattine, fare la doccia prima di entrare) che il bambino dovrà imparare a sostenere e che servono a strutturare il lavoro e a contenere le ansie del bambino e del terapeuta stesso.

L'ambiente acquatico inoltre è un contesto ricco di stimoli differenziati in cui è più semplice promuovere il gioco attraverso scambi interpersonali, corporei e relazionali e nel quale è più facile gestire sia gli aspetti emotivi comunicativi che i comportamenti problema, rinforzando il bambino attraverso gratificazioni immediate. L'acqua infatti è un forte attivatore relazionale per mezzo del quale il bambino è istintivamente portato a ricercare il contatto con il terapeuta per bisogno di accudimento o rassicurazione. Sia la paura sia il piacere che il bambino sperimenta in acqua vengono usati come attivatori emozionali e relazionali capaci di far avviare nel bambino una primordiale richiesta di sostegno e accudimento, consentendo al terapeuta di cominciare a lavorare sul sistema relazionale. L'acqua è quindi un mediatore fondamentale in questo processo, in quanto favorisce l'incontro tra due realtà viventi, promuovendo il contatto reciproco e l'espressione libera della proprio personalità. Grazie all'esperienza di questo contesto il bambino è spinto ad un aggrappamento istintivo verso il terapeuta, il quale dovrà essere in grado di trasformare ciò in un attaccamento vero e proprio: egli dovrà diventare la base sicura del bambino, da cui si può partire verso l'esplorazione del mondo.

Secondo gli autori, con l'intervento in acqua si ha la possibilità di modulare le emozioni attraverso la sintonizzazione, l'intersoggettività, il contenimento e l'instaurarsi di una base sicura. Secondo loro, infatti, le spiegazioni teoriche a quello che empiricamente avevano

osservato durante il lavoro in acqua riconducono a quello che fin dalla fine degli anni '60 è stato teorizzato dai principali esponenti della psicologia dello sviluppo: Balint, Bowlby, Stern, Winnicott. I loro studi sullo sviluppo emotivo e affettivo sono basilari e fondamentali per spiegare quello che avviene durante le fasi dell'intervento TMA.

Nel caso in cui il bambino non sappia nuotare si aggrapperà istintivamente al terapeuta (Balint, 1992), attivato dalla paura verso il nuovo contesto e spinto dal bisogno di sopravvivenza e sicurezza. Nei bambini che sanno nuotare sarà più difficile che l'aggrappamento primario si manifesti spontaneamente, piuttosto sarà necessario indurre questa esigenza attraverso strategie diverse quali, ad esempio, farlo stancare per poter poi offrire la propria presenza di terapeuta come fonte di sostegno e rassicurazione. Attraverso questo iniziale legame prettamente fisico che si instaura tra bambino e terapeuta si potrà lavorare per creare una relazione a tutti gli effetti, usando il gioco, promuovendo gli interessi manifestati dal bambino, ma soprattutto cercando di entrare in contatto profondo con i suoi stati emotivi che guidano i comportamenti, funzionali o meno, che egli manifesterà in piscina. La teoria centrale per spiegare ciò è la Teoria dell'Attaccamento. Bowlby definisce i comportamenti di attaccamento come qualsiasi tipo di comportamento che una persona mette in atto e che sia finalizzato ad ottenere o mantenere vicinanza a qualche altro individuo differenziato o preferito, ritenuto in grado di affrontare il mondo in modo adeguato. Il terapeuta per trasformare l'aggrappamento in attaccamento dovrà porsi come base sicura (Bowlby, 1972; 1989), gestendo e contenendo il bambino sia nelle esperienze e nelle emozioni positive sia, a maggior ragione, in presenza di emozioni negative e di comportamenti disfunzionali. Quando il bambino instaurerà un attaccamento sicuro con il terapeuta immagazzinerà il Modello Operativo Interno di una persona affidabile, sensibile, in grado di dare risposte coerenti ai suoi bisogni (Bowlby, 1989).

Qualora il bambino invece non si senta al sicuro farà ricorso a modalità difensive quali rabbia, aggressività, stereotipie, con lo scopo di gestire

la frustrazione di non riuscire ad interagire efficacemente con l'ambiente circostante.

Il comportamento di attaccamento e l'instaurarsi di una base sicura sono presupposti teorici fondamentali per organizzare un lavoro in acqua che poi si avvarrà, nella pratica, di tecniche cognitivo-comportamentali volte alla regolazione emotiva e alla costruzione di schemi comportamentali più funzionali (Ippolito, Caputo e Maietta, 2008).

Il terapeuta infatti non può prescindere da una sintonizzazione emotivo-affettiva con il bambino, al quale altrimenti sarebbe difficile richiedere un compito, anche il più semplice. La relazione infatti può definirsi "intersoggettiva" quando vi è una compartecipazione dell'attenzione, delle intenzioni e degli affetti, così da poter reciprocamente comunicare al meglio i proprio stati interni: attraverso la sintonizzazione si attiva una corrispondenza reciproca non già tra comportamenti manifesti, bensì fra le espressioni degli affetti interiori. Si ha quindi la condivisione della qualità di un sentimento.

È questo che differenzia infatti la pura e semplice imitazione (anch'essa molto importante nelle tappe evolutive) dalla sintonizzazione: con l'imitazione si dimostra al bambino di sapere quello che lui sta facendo, ma non come si sente effettivamente mentre lo fa. Questo permette ad un essere umano di essere con l'altro, condividendo esperienze interiori probabilmente simili in un'atmosfera di continuità (Stern, 1985).

I bambini con autismo spesso presentano una grande difficoltà a mantenere lo sguardo e questo crea non pochi problemi allo sviluppo di un legame tra ciò che è percepito al di fuori e ciò che è sentito dentro di sé. La presenza dello sguardo reciproco rappresenta una possibilità di regolare l'interazione, condividere le regole, attivare la conoscenza dell'altro e del mondo, aumentare l'imitazione e mantenere l'attenzione congiunta. Per perseguire questi obiettivi è necessario che il terapeuta si sintonizzi a partire dalla modulazione dei toni vocali usati con il bambino, fino ad arrivare a contatti corporei ravvicinati che facilitano e attivano lo scivolamento in acqua e che contribuiscono a creare forte sintonia. Lasciarsi portare dall'altro permette di stare insieme all'altro, condividere

esperienze interiori analoghe ed è questo che significa essere connessi ed in sintonia uno con l'altro (Stern, 1985). La capacità del terapeuta di rispondere adeguatamente ai bisogni del bambino sarà così a poco a poco interiorizzata da lui, riuscendo a creare ordine all'interno del suo mondo interno. Il terapeuta avrà quindi un ruolo contenitivo e protettivo (Ippolito, Caputo e Maietta, 2008).

Il concetto di holding (Winnicott, 1970) è cruciale per comprendere il ruolo del terapeuta nella TMA. Così come la madre funge da contenitore delle angosce del bambino, grazie alla sua preoccupazione materna primaria che la spinge a sentire empatia con i bisogni e i desideri del bimbo che cresce, anche il terapeuta dovrà porsi in questo atteggiamento. Una madre sufficientemente buona saprà intervenire dando al bambino quello di cui egli ha bisogno. All'interno dell'holding, il bambino potrà così sperimentare l'onnipotenza soggettiva, ovvero la sensazione di essere lui, con i suoi desideri, a creare ogni cosa. Questa esperienza è necessaria e indispensabile per il sano sviluppo dell'individuo e può verificarsi soltanto all'interno di uno spazio fisico e psichico (la holding appunto) che possa permetterne l'espressione.

L'acqua si configura come un elemento fondamentale per poter accedere a tutto questo, grazie alle sue caratteristiche fisiche peculiari (il fluido avvolge e contiene i corpi): qui potrà avvenire l'incontro tra il "solo me" e il resto dell'ambiente esterno attraverso la manipolazione concreta e vivida, da parte del bambino, di questo spazio potenziale tra sé e l'altro (Winnicott, 2006; Piaget, 1945).

La metodologia della TMA

Esiste una metodologia specifica di intervento, definita da alcune fasi e da un protocollo caratteristico nel quale sono delineati spazi, tempi e dinamiche relazionali. Il setting è quello della piscina aperta al pubblico. Inizialmente vi è un momento valutativo, che prevede un colloquio anamnestico con le famiglie e una valutazione in acqua del bambino così da progettare un intervento specifico e individualizzato, tenendo conto delle esigenze e

degli obiettivi della famiglia, che verranno condivisi anche con il supervisore, al quale ogni terapeuta TMA farà riferimento durante la presa in carico dell'utente. Nelle prime fasi della terapia il rapporto è 1 a 1. La seconda fase è quella relazionale: l'obiettivo è quello di creare una relazione stabile e possibilmente duratura con il bambino/ragazzo; ed è qui che si palesano i principi teorici di Bowlby, Stern e Winnicott.

La relazione con il bambino è un aspetto fondamentale, dal quale è impossibile prescindere. È la condizione essenziale per poter lavorare con il paziente ed intervenire efficacemente sui deficit delle capacità sociali, comunicative e relazionali. L'acqua, il movimento in piscina e l'aspetto ludico del contesto sono tutti fattori che il terapeuta ha a disposizione per costruire una buona relazione contenitiva e supportiva, per entrare in sintonia emotiva e corporea con il bambino e per diventare una figura di attaccamento e di riferimento. Per instaurare una relazione sufficientemente buona (Winnicott, 1970) per prima cosa il terapeuta dovrà riuscire ad essere attento, calmo, riflessivo e deciso.

Una volta instaurata la relazione con il bambino/ragazzo, egli sarà più partecipe negli scambi interrelazionali, sarà in grado di seguire l'operatore e i compiti che gli verranno richiesti. Sarà così possibile entrare nella fase successiva della TMA, la fase senso-natatoria. Questo è il momento in cui verranno insegnati al bambino nuovi schemi motori funzionali all'adattamento nell'ambiente acquatico. La motricità è un aspetto importante che permette la conoscenza e la relazione tra il proprio sé e il mondo esterno (Ippolito, Caputo e Maietta, 2008). Il senso e il movimento sono i primi mediatori della conoscenza del mondo che, sebbene all'inizio sia frammentata e disordinata, è comunque il punto di partenza per l'elaborazione delle singole informazioni in schemi mentali e in strutture di pensiero. Il bambino costruirà così un suo "schema corporeo" inteso come rappresentazione dell'immagine del corpo nei suoi diversi aspetti: globale, segmentario, statico e dinamico (Piaget, 1967). Attraverso l'acqua si facilitano le capacità senso motorie: anche qui avviene un passaggio fondamentale tra un'attività puramente

biologica ad un'attività psichica. Il bambino infatti comincerà a coordinare schemi percettivo-motori e successivamente si muoverà con un fine preciso e con delle precise intenzionalità. Il bambino cercherà liberamente movimenti o oggetti da esplorare, sperimentando le proprie potenzialità corporee. Il terapeuta seguirà e osserverà tutto questo, ponendosi come mediatore tra il bambino e il mondo esterno, con l'obiettivo di insegnare abilità, capacità, conoscenze che orientino l'affermazione della persona nel mondo. Il nuoto, quindi, non sarà più un fine ma un mezzo utilizzato dal terapeuta per armonizzarne lo sviluppo psicofisico. Secondo gli autori, il lavoro in questa fase è incentrato sulla coordinazione motoria, sulle sensazioni propriocettive, sulla capacità di controllo del tono muscolare, sull'equilibrio, sulla lateralità, sull'acquaticità, così da far raggiungere al bambino una padronanza motoria che, fuori dall'acqua, lo supporterà per uscire dall'isolamento. In questo modo rafforzerà sia il controllo del proprio comportamento sia il proprio senso di autoefficacia. I ragazzi con difficoltà relazionali e motorie sono abituati a sentirsi inadatti: imparando una nuova attività cominciano a sperimentare un qualche senso di abilità e di adeguatezza, così da esporsi all'acquisizione di nuove competenze.

L'obiettivo finale è quello di far esprimere al soggetto il proprio potenziale, cercando di superare i limiti della patologia in atto e andando a rinforzare così, indirettamente, l'autostima e il senso di efficacia. Anche le famiglie potranno modificare le loro percezioni, vedendo il loro bambino capace di apprendere un'attività sportiva come gli altri (a volte anche meglio degli altri) e ristabilendo così la loro fiducia nelle potenzialità del bambino. La famiglia, riconoscendo il proprio figlio come competente, ristruttura le sue idee e i suoi pregiudizi nei confronti del figlio e tale consapevolezza offrirà loro la speranza che questa esperienza positiva possa ripetersi anche rispetto ad altre competenze, attività e contesti. La quarta ed ultima fase della TMA, alla quale è possibile accedere soltanto dopo aver realizzato e mantenuto i progressi delle fasi precedenti, è quella dell'integrazione sociale. Il terapeuta è divenuto una base sicura, l'ambiente circostante

non è più percepito come spaventante e il bambino ha acquisito una certa padronanza psicomotoria nei confronti del contesto: a questo punto sarà possibile lavorare sulla socializzazione. Il setting pubblico mette subito a confronto i bambini e le famiglie con gli altri del contesto. In questa fase il terapeuta uscirà fuori dall'acqua, il bambino sarà in grado di sostenere e sopportare il distacco e saprà porre attenzione alle indicazioni che il terapeuta darà da bordo vasca. Il bambino sarà libero di esplorare e si sentirà sicuro perché ha instaurato una relazione di fiducia con la figura di riferimento in quel contesto. L'obiettivo di questa fase è quello di affidare gradualmente il bambino ad una nuova figura di riferimento, quella dell'istruttore della scuola nuoto. Il bambino dovrà essere in grado di generalizzare quanto acquisito durante il percorso di TMA alla nuova figura di riferimento. Il terapeuta avrà così il ruolo di presentare il bambino/ragazzo agli altri del nuovo contesto, cercando di esplicitarne le difficoltà e di contenerlo e supportarlo in questa nuova esperienza, presentandogli e restituendogli quelle semplici regole sociali che inizialmente ha acquisito all'interno del rapporto 1 a 1 e che adesso invece potrà cominciare a generalizzare con altre figure e nel contesto di gruppo. Infatti, dopo l'affiancamento all'istruttore, idealmente il percorso di TMA si conclude con l'ingresso del bambino nel gruppo di scuola nuoto di ragazzi normodotati oppure, ove questo non sia possibile, nel gruppo di altri ragazzi che fanno la TMA.

Le tecniche della TMA

La TMA è una metodologia che al suo interno vede elementi molto diversi e attinge da orientamenti teorici differenti: da un punto di vista teorico infatti nella formazione del terapeuta TMA sono molto importanti gli aspetti legati alle teorie psicanalitiche di Bowlby, Stern, Winnicott.

A livello operativo, poi, le tecniche che vengono utilizzate durante le sedute di TMA hanno più specificatamente una matrice cognitivo-comportamentale. Se inizialmente il terapeuta si affida molto al gioco e asseconda gli interessi eventualmente manifestati dal

bambino, successivamente, per implementare le competenze maggiormente deficitarie nell'autismo, si avvale anche di tecniche di supporto basate sul metodo comportamentale, quali ad esempio il rinforzo positivo (di natura sociale e molto usato come conseguenza gradevole per il comportamento), lo shaping (rinforzare risposte che si avvicinano sempre di più al comportamento meta) e il time out (interrompere una situazione e mettere il bambino in un altro contesto). Altre tecniche di natura più cognitiva, il cui utilizzo comunque dipende dal livello cognitivo del bambino stesso, sono la ridefinizione cognitiva (con la quale si cerca di spiegare il funzionamento delle emozioni legate agli eventi, cercando di dare una nuova lettura del fenomeno e consentire così un'esposizione maggiore e più consapevole a ciò che accade intorno alla persona) o l'esposizione graduale (con la quale si cerca di abituare la persona ad emozioni o stimoli che vengono considerati minacciosi, pericolosi, sgradevoli e che portano così all'emissione di risposte spesso disadattive, come nel caso delle fobie).

Importanza di un punto di vista comparato per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico

I disturbi dello spettro autistico si configurano come complesse disabilità che coinvolgono in modo pervasivo le diverse componenti psichiche che guidano lo sviluppo della dimensione comunicativa e relazionale. L'eziologia è ancora sconosciuta e le molteplici ipotesi interpretative ancora non riescono a fornire risposte certe circa le cause. È necessario pertanto che la gestione di questa patologia renda conto costantemente dei vari elementi che concorrono alla strutturazione del quadro clinico. Le linee guida nazionali ritengono che per il trattamento sia necessario un lavoro sinergico, intensivo e il più possibile precoce (SINPIA, 2005). Un'altra parola chiave fondamentale per garantire un'adeguata risposta ai bisogni dei soggetti con disturbo dello spettro autistico è "integrazione". Soltanto attraverso un lavoro di rete multidisciplinare sarà possibile dare completezza, coerenza e continuità

terapeutica alle persone con autismo (ISS, 2011).

Integrazione e comparazione nella TMA

La parola "integrazione" emerge anche in relazione alla metodologia della TMA: vediamo infatti che al suo interno ci sono tanti elementi che attengono ad approcci teorici molto diversi gli uni dagli altri. Così come una delle caratteristiche fondanti dell'integrazione in psicoterapia è stata l'insoddisfazione per gli approcci delle singole scuole e il desiderio di guardare oltre (Caterini e Pannocchia, 2012), anche nella TMA, grazie all'esperienza empirica di Ippolito, Caputo e Maietta, è emerso quanto, per lavorare con persone con autismo, sia necessario avere strumenti molteplici per poter far fronte nel miglior modo possibile ai tanti aspetti problematici che questo disturbo porta con sé.

Come abbiamo visto, la Terapia Multisistemica in Acqua si avvale di principi e tecniche appartenenti a diversi orientamenti.

Possiamo ritrovare, nell'impianto teorico di base e nella pratica terapeutica, un apporto dinamico, uno cognitivo ed uno comportamentale.

Durante il percorso di TMA, le tecniche che derivano da questi orientamenti sono usate a seconda degli obiettivi che in quel momento è necessario perseguire.

La fase relazionale si basa su teorie dinamiche quali la teoria dell'aggrappamento primario (Balint, 1991), la teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1972; 1989), il concetto di sintonizzazione e relazione intersoggettiva (Stern, 1985) e quello di holding (Winnicott, 1970).

In termini pratici, quindi, il terapeuta utilizzerà l'acqua (e i giochi possibili in essa) come strumento per creare un legame di fiducia con il ragazzo, tenendo sempre a mente i processi che consentono e favoriscono l'instaurarsi di relazioni intersoggettive.

La fase successiva, quella senso-naturale, ha come obiettivo generale una duplice ristrutturazione: quella del bambino nei confronti di se stesso e del proprio corpo e quella del bambino nei confronti dell'ambiente

esterno. Per raggiungere questo, sarà necessario lavorare su molteplici sotto-obiettivi (ad esempio l'aumento delle capacità attentive, dei tempi di attesa e la gestione delle frustrazioni) attraverso soprattutto l'ausilio delle tecniche cognitivo-comportamentali precedentemente descritte.

Il punto di partenza deve sempre comunque essere la relazione di fiducia instaurata nei primi momenti, altrimenti sarà impossibile portare avanti qualsiasi tipo di percorso terapeutico.

Infine il bambino verrà inserito in un contesto più complesso, quello dei pari: questo è l'esito di un processo che ha portato a maturazione e potenziato le capacità relazionali, cognitive e comportamentali che adesso dovranno essere testate e generalizzate entro un sistema più ampio.

La TMA quindi si configura effettivamente come una terapia comparata, poiché prende le mosse da un panorama teorico ampio e costruisce l'intervento non su una teoria specifica, ma su contributi teorici e tecnici afferenti a diversi approcci.

La complessità e l'ampiezza dei disturbi dello spettro autistico hanno fatto sì che, nel corso della storia, questa patologia sia stata oggetto di numerose interpretazioni e teorie eziologiche, dalle quali hanno avuto origine molteplici modalità di intervento che si focalizzano, ognuna, su aspetti diversi del disturbo.

La TMA contiene, al suo interno, elementi che provengono da interventi differenti in quanto si ritiene essenziale non tralasciare le tecniche che si sono dimostrate utili nel lavoro con i soggetti con autismo. Dal TEACCH (Schopler, Reichler e Lansing, 1991), ad esempio, si riprende l'attenta strutturazione dell'ambiente per promuovere le autonomie del soggetto; dal Floor Time (Greenspan e Wieder, 2007) l'attenzione verso gli interessi spontanei manifestati dal ragazzo; dall'ABA (Loovas, 1987) la ricerca di modificazioni tangibili dei comportamenti attraverso sistemi di rinforzi prettamente sociali.

Grazie ad una visione ampia e comprensiva gli ideatori della TMA hanno potuto comparare ed integrare le diverse teorie e tecniche all'interno di una nuova modalità di trattamento che potremmo definire eclettica in quanto non aderisce ad uno specifico e unico modello, né

da un punto di vista teorico, né da un punto di vista pratico.

Così l'instaurarsi della relazione, primo e fondamentale obiettivo che rende possibile tutto il processo terapeutico, avviene grazie all'applicazione di principi dinamici, ai quali si dovranno però affiancare inevitabilmente anche le tecniche cognitivo-comportamentali per arrivare alla modificazione del comportamento e degli schemi cognitivi disfunzionali. Sarebbe impossibile agire efficacemente con le tecniche cognitivo-comportamentali senza aver prima instaurato una relazione adeguata con il ragazzo. Allo stesso modo, l'attaccamento del bambino al terapeuta, sebbene sia un obiettivo fondamentale nella terapia, risulterebbe inefficace ed insufficiente se non adeguatamente supportato da tecniche specifiche che strutturano tutto il lavoro in acqua.

È inevitabile che una terapia come quella Multisistemica, ponendosi l'obiettivo di intervenire sui diversi sistemi (relazionale, cognitivo, comportamentale, senso motorio e motivazionale) disfunzionali del soggetto con autismo, non si basi su un'unica teoria psicologica, bensì risulti il più possibile attenta ed aperta ai contributi provenienti da altri orientamenti teorici e pratici.

La TMA, inoltre, proprio per quanto è stato appena esposto, non vuole essere l'intervento di elezione, ma vuole inserirsi nei percorsi terapeutici che vedono, a fianco ad essa, altre attività e trattamenti (psicomotricità, ABA, logopedia). La rete e il lavoro multidisciplinare svolto da parte di persone specificatamente formate sono le uniche armi al momento seriamente utili per favorire l'adattamento del soggetto al suo ambiente in rapporto alle sue specifiche caratteristiche, così da consentirgli una soddisfacente qualità della vita (SINPIA, 2005).

La TMA ancora non ha potuto essere sottoposta alle prove scientifiche di efficacia, ma vi è al momento uno studio in corso proprio volto a verificarne gli effetti benefici. Attraverso il confronto tra un campione sperimentale e uno di controllo, l'obiettivo degli autori è quello di indagare se e quali aree specifiche sono potenziate da un intervento di TMA. Una validazione scientifica si ritiene

quanto mai necessaria, nonostante la percezione globalmente positiva dei benefici che questa apporta, sia dal punto di vista genitoriale, sia dal

punto di vista degli operatori presenti nelle équipes.

Box #1

Un tipico percorso di TMA

Fase valutativa

Dopo un primo contatto con la famiglia e un colloquio per definire gli obiettivi della presa in carico, si svolge la prima valutazione in acqua del bambino/ragazzo attraverso l'osservazione del comportamento: valutazione della risposta al nome, dell'interazione vis-à-vis, dell'attenzione congiunta, dei tempi di attesa, dell'imitazione, degli aspetti motori, cognitivi, emotivi e relazionali.

Fase relazionale

La relazione con il bambino si costruisce attraverso il gioco (schizzi, scivolamenti, cavalluccio), ma anche seguendo i suoi interessi e le richieste (fare lo scivolo, usare dei giochi della piscina) che sono ritenute funzionali dall'operatore, dando sempre dei rinforzi sociali positivi (battere il cinque, dare i bacini, fare complimenti).

Per valutare l'esistenza della relazione si verifica se il bambino segue l'operatore, se presta attenzione al suo richiamo, se gli rivolge uno sguardo vis-à-vis, se lo considera una figura di riferimento a cui rivolgersi durante le difficoltà riscontrate in quell'ambiente.

Fase senso natatoria

Vengono proposti esercizi per potenziare le competenze natatorie e contemporaneamente lavorare sui punti di debolezza emersi nella fase valutativa: si usa la tavoletta e si propongono dei percorsi per promuovere le capacità attentive e potenziare i tempi di attesa, i tuffi per l'esposizione graduale alla paura, lo stile a dorso per lavorare sulla fiducia e sullo sguardo condiviso.

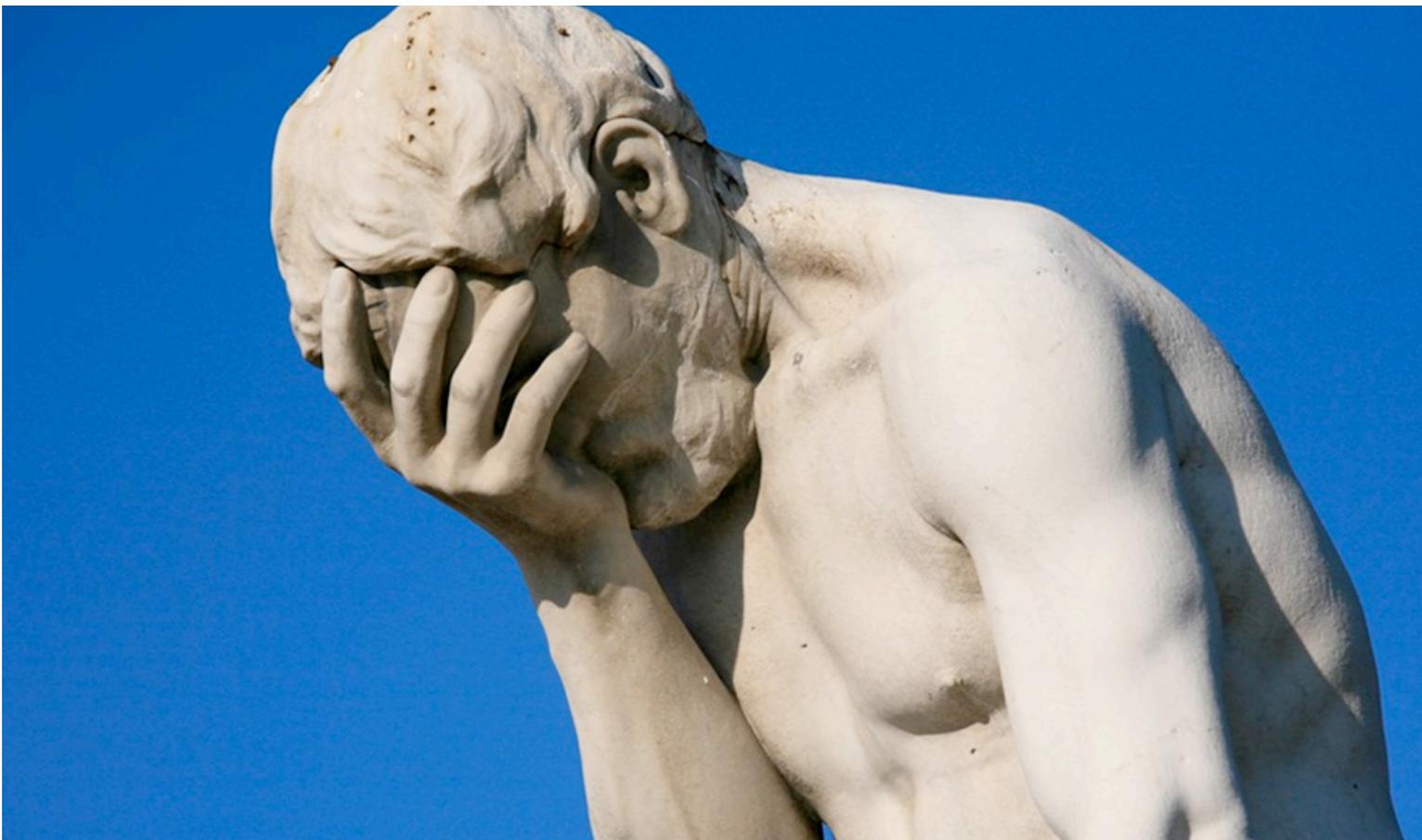
Fase dell'integrazione sociale

Il bambino è inserito in un piccolo gruppo di pari, omogeneo per età. Il rapporto con l'operatore non è più di tipo uno ad uno. Le attività proposte serviranno a consolidare le competenze acquisite nelle fasi precedenti nell'ottica di promuovere, allo stesso tempo, la socializzazione e l'interazione tra i bambini attraverso gli abbracci collettivi, i percorsi ludici, le attività collaterali come la doccia e altre autonomie.

Riferimenti Bibliografici

- Balint, M. (1991). *L'amore primario*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bowlby, J. (1972). *Attaccamento e perdita, vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bowlby, J. (1989). *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Caterini, P., e Pannocchia, L. (2012). Breve storia della psicoterapia comparata, *Quaderni di Psicoterapia Comparata*, numerozero 9-19.
- Greenspan, S.I., e Wieder, S. (1999). A Functional Developmental Approach to Autism Spectrum Disorders. *JASH, The Association for Persons with Severe Handicaps*, 24, n°3, 147-161.
- Ippolito, G., Caputo, G., e Maietta, P. (2008). *La terapia multi sistemica in acqua. Un nuovo approccio terapeutico per soggetti con disturbo autistico e della relazione. Indicazioni per operatori, psicologi, terapisti, genitori*. Milano: Franco Angeli Editore.

- ISS-Istituto Superiore di Sanità (2011). *Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti. Linee Guida*. Brescia: Color Art.
- Lovaas, O.I. (1987). Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, n° 1, 3-9.
- Ospina, M.B., Seida, J.K., Clark, B., et al. (2008). Behavioural and developmental interventions for autism spectrum disorder: a clinical systematic review. *PLoS One*, 3, 3755.
- Piaget, J. (1967). *Lo sviluppo mentale del bambino*. Torino: Einaudi.
- Schopler, E., Reichler, R.J., e Lansing, M. (1991). *Strategie educative nell'autismo: valutazione e trattamento individualizzati per operatori e genitori di bambini con disturbi della comunicazione*. Milano: Masson Editore.
- S.I.N.P.I.A. (2005). Linee guida per l'Autismo. Raccomandazioni tecniche-operative per i servizi di Neuropsichiatria dell'età evolutiva. *Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva*, vol. 25.
- Stern, D.N. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Winnicott, D.W. (1970). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando Editore.



SEMINARIO IN TEMA DI PSICOLOGIA GIURIDICA

CASI DI ERRORE GIUDIZIARIO

L'utilità delle indagini difensive e delle scienze forensi nel giudizio di revisione

Il Centro di Psicologia Giuridica della SPC presenta un seminario rivolto a Psicologi, Avvocati, Medici legali sul tema dell'analisi investigativa e criminologica

con **ERALDO STEFANI** e **ELISA MANCO**

SABATO 14 DICEMBRE 2013

14.30 – 18.00

Scuola di Psicoterapia Comparata - via dei Rustici 7 Firenze
segreteria@spc.it – 0552479220



Sabato 14 dicembre 2013 - Ore 14.30-18.00
Per prenotazioni: 0552479220 oppure segreteria@spc.it

Scuola di Psicoterapia Comparata
Via dei Rustici 7 Firenze

SCIENZE, PSICOTERAPIA E...CHIACCHERE (PARTE II)

di Patrizia Adami Rook
Fondatrice Scuola di Psicoterapia Comparata

L'articolo è tratto dai numeri 13,14 (2000) e 1/2006 di *Simposio, Rivista di Psicologi e Psicoterapeuti*

BREVE PRESENTAZIONE

di Pietro Caterini
psicologo psicoterapeuta, Direttore SPC

Dopo i primi 4 capitoli già presentati nel numero precedente, continua su Quaderni di Psicoterapia Comparata la pubblicazione degli articoli di Patrizia Adami Rook del ciclo "Scienze psicoterapia e chiacchiere" che furono presentati per la prima volta su Simposio - Rivista di psicologi e psicoterapeuti, a partire dal 1998. Buona lettura.

A dispetto dei pasticci o dei paradossi in cui ci si imbatte tutte le volte che si ha a che fare con quelle scienze che vogliono essere scienze e al tempo stesso... umane (ma che altro aspettarsi se il soggetto umano si mette a fare di se stesso o di un altro soggetto il proprio oggetto di indagine?) i casi sono due: o non è vero che un certo tipo di esperienza, quella che allora si chiamò trauma e che poi verrà a riproporsi all'attenzione delle scienze mediche sotto il nome di stress, può essere causa di malattia (anche organica) e allora la psicoterapia, in quanto metodo di cura sui generis (che cura solo attraverso quello che succede tra soggetti intenti a comunicare tra loro) non avrebbe ragione di essere o, se è vero, e ormai sono molte le ricerche anche di laboratorio che depongono in questo senso, bisogna ritenere che la psicoterapia apra al malato la possibilità di fare un'esperienza tale da *rettificare* come già disse Freud, il... *decorso allora* (al momento del trauma) *instauratisi*, ovvero correttiva del danno prodotto da un'altra esperienza. L'avvento di un

nuovo paradigma terapeutico, rivoluzionario e *caput nibili* non tanto della psicopatologia, ma della patologia in genere, non fu l'aver scoperto da parte di Freud quello che poi egli stesso si sarebbe affrettato a... ricoprire, ovvero che alla base dell'isteria potesse esserci un trauma sessuale, e neanche l'aver poi proclamato che invece di un trauma veramente accaduto, potesse esserci un trauma solo fantasticato (e mai una teoria ebbe tanto successo come il suo ripudio) quanto che potesse esserci un trauma tout court, ovvero un'esperienza speciale.

Peccato che l'aver toccato, peraltro con molto ardore, dati i tempi in cui si svolgeva la vicenda la scabrosa questione del sesso e quella ancor più scabrosa del sesso tra adulti e bambini, abbia tanto turbato Freud da fargli perdere di vista, tra un'argomentazione e l'altra, ora per giustificare una teoria, e ora per giustificarne il ripudio, il fatto del trauma che, sessuale o meno, rispondente o meno, nel ricordo o nella fantasia, alla lettera di una verità... oggettiva o

appartenente ad altro livello di realtà rispetto a quella che poi chiamò realtà psichica, spostava l'attenzione del medico dal corpo del soggetto malato, alle sue relazioni con gli altri soggetti. Dal malato che va a fare una domanda di cura e pone al medico un problema... concreto in quanto corredato di un corpo fisico... malato a quello che potrebbe essere successo *tra* lui (il malato) e qualcun altro ... tale che lo avrebbe fatto ammalare. In fondo, l'idea di ogni filosofo, di un soggetto umano sempre alle prese con il suo oggetto inconoscibile e pur tuttavia abbastanza facile da conoscere, almeno quanto basta per sopravvivere, potrebbe rivelarsi insufficiente a rendere ragione della realtà umana se si pensa che di fatto quel soggetto non è mai esistito da solo (il soggetto umano lasciato solo e isolato dagli altri, immediatamente si ammala e muore).

E se si pensa che quello che succede tra i soggetti umani (al plurale) è invece di capitale importanza, non solo riguardo il loro ammalarsi e riuscire o no a guarire, ma anche del loro apprendere a stare al mondo dal momento in cui nascono, al momento in cui non ce la fanno più a sopravvivere.

Freud nel passare dalla teoria della seduzione a quella della fantasia di seduzione non si chiese a quali particolari esperienze potesse essere legata l'insorgenza di particolari fantasie e quanto certa *realtà psichica* non potesse verificarsi senza che fosse accaduto qualcosa di speciale anche *nella realtà pratica*, qualcosa *tra* i soggetti e non soltanto *dentro* uno di loro. Con l'escamotage della fantasia di seduzione Freud pensò forse, per lo meno al momento, di essersi liberato dall'indeciso sospetto che certe cose potessero davvero accadere nella realtà.

Il modello medico per cui non c'era bisogno per effettuare una diagnosi, di credere a quanto di sé raccontavano i pazienti, gli era tornato comodo per togliersi da certi impicci, e però non aveva tenuto conto che quel modello richiedeva che tra medico e paziente, e al di fuori del loro comunicare, ci fosse la presenza forte dell'oggetto, il corpo di uno dei due. E non aveva tenuto conto che egli, nel passare al nuovo modello, quel corpo lo aveva invece tolto di mezzo. Ciò avrebbe dato luogo ad un altro pasticcio. Ché la fantasia, trattata come corpo da visitare isolato o oggetto in cui frugare dentro e interpretare senza interessarsi dei suoi

legami con la realtà e senza che l'autore di quella fantasia potesse reagire a chi la definiva tale (fantasia non somiglia forse a... finzione?) e dire che invece... ecc. ecc. avrebbe dato luogo a una psicoanalisi che nel mentre continuava a rispondere a una domanda di cura pareva sempre meno interessata alla sua funzione psicoterapeutica e dimentica del fatto che invece, a detta dello stesso Freud, era nata proprio per quella funzione.

A distanza di cento anni da quelle geniali anche se controverse innovazioni chiunque abbia a che fare con i problemi umani, dagli psicologi, agli insegnanti, dagli assistenti sociali, ai giudici minorili etc., si trova nella condizione di poter affermare che le esperienze già menzionate da Freud sono diffuse, proprio come disse lui stesso a sostegno della prima teoria *molto più di quanto non ci si dovrebbe aspettare* e anche quando non si voglia prendere certi racconti alla lettera e si tenda a considerarli fantasie, certe fantasie è ormai difficile pensare che siano insorte senza che sia accaduto comunque qualcosa atto a determinarle. La realtà umana si svolge su più livelli. Questi ultimi sono irrimediabilmente collegati tra loro e pur tuttavia con una autonomia che li rende irriducibili l'uno all'altro. Trattare le fantasie a prescindere dai loro collegamenti con quella che viene comunemente chiamata *la realtà* può essere... bene, ma rinunciare a farlo quando si tratta di comprendere qualcuno che per sentirsi compreso ha bisogno di sentirsi creduto almeno... quanto basta per tornare a comprendere se stesso... è meglio.

Insomma, quando si tratta di curare ad altro livello che non sia quello organico. Altrimenti quel soggetto non potrà avviarsi a guarire (a meno che la cosa non avvenga per caso) e se *il paziente conserva intatti i suoi sintomi* questo era Freud stesso a dirlo, ciò non può che voler dire che il *metodo* era sbagliato.

Capitolo 6

...ma se Freud avesse avuto ragione a ritenere il suo metodo giusto e non a prescindere dai risultati che invece non lo sarebbero stati (*l'analisi era risalita a questi traumi sessuali infantili*

lungo la via giusta, e ciononostante essi non erano veri), ma proprio perché è invece molto probabile che purtroppo lo fossero, si potrebbe capire perché la rievocazione della scena traumatica, ovvero l'emergere e il precisarsi di ricorsi all'interno di una conversazione particolare volta a comprendere che cosa potesse essere successo un tempo doveva *rettificare un certo decorso* e costituire, a qualche livello, un intervento sulla causa di una malattia instauratasi al momento in cui si sarebbero verificati fatti impossibili da comprendere (non c'è da dimenticare che si tratterebbe di fatti accaduti all'interno di una cultura sessuale ben più restrittiva e bigotta di quella attuale) per lo più subiti e poi, forse, dimenticati.

E' sulla possibilità di una tale comprensione o ri-comprensione da parte del soggetto interessato di passare esperienze tanto ignorate da quest'ultimo quanto determinanti dei modi di esserci nel mondo che sta la ragione d'essere di un paradigma terapeutico che possa dirsi degno di quella tutela che la comunità scientifica negò al tempo di Freud e che ancora oggi tende a negare, un po' perché frastornata dagli innumerevoli paradigmi (i modelli) che sono andati e ancora vanno via via differenziandosi prima da quello che aveva allora appena iniziato a formarsi, poi, come una specie di mitosi, uno dopo l'altro; un po' perché, malata a sua volta di un positivismo talvolta anche abbastanza sbrigativo, stenta a concepire come scientificamente vero tutto quello che non rientra nei domini di verità delineati delle scienze positive. Ma oggi, anche all'interno di quei domini si sono accumulate prove a sostegno di quei primi assunti freudiani. Per esempio gli studi fatti sul condizionamento incosciente per cui i soggetti umani, una volta subito un trauma tenderebbero, sul piano emotivo (e poi, innescato da questo, su tutti gli altri piani, cognitivo, comportamentale ecc.) a ripetere risposte stereotipate, a tutti quegli stimoli che presenterebbero una configurazione semantica simile a quello che a sua tempo costituì momento di rottura (trauma in greco vuol dire rottura e anche, con significato mutuato dalle attività navali, avaria) del rapporto tra dentro e fuori sul quale si delinea il filo dell'esperienza umana. Come se quei soggetti rimanessero imbrigliati nel loro

passato, derubati del tempo della loro vita e della possibilità di proseguire a scoprirne il senso attraverso esperienze nuove. E non solo. Gli studi menzionati dimostrerebbero che la dimenticanza del trauma originario, con la perdita di ogni cognizione riguardo ai nessi che sul piano simbolico li avrebbero legati ad altri episodi, anziché migliorare la situazione la peggiorerebbe: le risposte famigerate invece di estinguersi andrebbero sempre di più rafforzandosi, così sempre più limitando il repertorio delle soluzioni possibili ai problemi posti via via dall'esistenza. Dunque un nuovo modello riguardo la formazione della malattia umana e la loro possibile cura. Ma un modello che Freud stesso contribuì subito a compromettere con il ripudio della prima teoria. Perché la teoria della seduzione metteva in relazione sì malattia e storia di vita del malato (e questo in ambito medico non poteva che suscitare diffidenza), ma almeno a quella storia riconosceva, al di là delle possibili trasformazioni operate dalla fantasia e dalla memoria dello stesso (e sarebbe strano che queste ultime non avessero avuto luogo) anche diritto di credibilità: Ma poi, una volta messo in dubbio o negato addirittura che la storia in questione si fosse realmente svolta, e che la causa (i traumi sessuali infantili) appena rintracciata, trovasse un riscontro di verità (..e ciò nonostante essi non erano veri) al di là e al di fuori di quanto pensato, immaginato, sognato, ricordato o creduto di ricordare...dal soggetto stesso, quella causa finiva per non avere più consistenza di un sogno, troppo debole per competere con quelle forti rintracciabili dal medico sul piano organico, dove la verità, quando la si scopre è...vera e basta (scientificamente dimostrabile), e il resto sono solo chiacchiere.

Così il passaggio da una teoria all'altra, se permise a Freud di riconciliarsi con la comunità scientifica (ma di scientifico la seconda teoria ebbe, rispetto alla prima, soprattutto il pregio di inaugurare la psicologia vera e propria) inaugurò anche il distacco da quest'ultima dalla psicoterapia in quanto neonato modello di diagnosi e cura, diverso da quello medico, di tutto ciò che il soggetto umano, al di là delle chiacchiere e delle filosofie volte a negarne la consistenza, ora a disquisire sui criteri di

riconoscimento della stessa, finisce sempre per riconoscere come malattia, perché sa bene, per esperienza, che cosa gli succede quando il suo esserci nel mondo si identifica con lo starci male a vari livelli, fisico, psicologico (ma c'è poi l'uno senza l'altro?). Oggi con la rivalutazione filosofica della realtà, legata allo sviluppo delle scienze esatte che, al di là dei rigurgiti di realismo pre Kantiano, ha fatto diventare quest'ultima tanto più complessa del semplice noumenon, la teoria ripudiata può tornare a proporsi come la via giusta o il modello, al di là dei modelli (al plurale) che oggi appaiono un po' come tante strade fornite di bei palazzi, alcune più di altre, denominazione e numeri civici, e però non appartenenti a nessuna città.

Dunque oggi è possibile ipotizzare che l'ammalarsi possa essere dovuto a cause reperibili anche al di fuori del livello organico e non per questo da considerarsi come evanescenti come potrebbero apparire se collocate all'interno di una pura fantasia. Ed è possibile attribuire a quell'ipotesi sufficiente dignità per essere accolta in quell'ambito che invece li venne chiuso dalla comunità scientifica del tempo di Freud. Tanto più che oggi, di fronte al proliferare di modelli così detti psicoterapici e delle centinaia di scuole che dopo essersi per tanto tempo contese, per lo più a colpi di insulti reciproci, l'esclusività della scientificità del loro modello, sembrerebbero finalmente cominciare a capire che solo attraverso il reperimento di un paradigma comune di base potrebbero anche fare serie ricerche sulla validità del loro modello e superare degnamente il problema dell'autoreferenza, possiamo constatare che l'idea di un qualche nesso causale (il decorso psichico da allora instauratosi) tra certe esperienze traumatiche (tali per cui si sarebbero stabiliti apprendimenti disadattivi o modi di comprendere il mondo, tali da starci male) e il comparire di sintomi particolari (così da porsi come problemi e motivare una domanda di terapia) sottende ogni modello sia esso di impostazione psicoanalitica o no. Un'idea che deve collegarsi gioco forza collegarsi a un'altra, quella che alla risposta alla domanda in questione, non possa che essere volta a modificare quegli apprendimenti e a far sì che il soggetto interessato riapprenda qualcosa (e per

fare ciò dovrà disapprendere qualcos'altro) che gli permetta di stare al mondo con meno problemi irrisolti o impostati in modo tale da essere irrisolvibili.

In quanto al livello se quello emotivo, cognitivo o comportamentale in cui dovranno avvenire quelle modificazioni, la cosa non è poi così rilevante, tanto le emozioni di ogni soggetto umano, le sue cognizioni, i suoi comportamenti sono indissolubilmente legati tra di loro nello sforzo continuo per riuscire in qualche modo a sopravviverci. Ogni comprensione è sempre emotivamente tonalizzata come diceva Heidegger. Ma se ciò è vero è vero anche il contrario: ogni emozione costituisce per ognuno di noi un'informazione precisa circa quello che sta succedendo tra se stesso e il mondo in cui, a quanto pare, tocca esserci, e capire e comportarsi in qualche modo. Comunque in modo da fissare quella linea di demarcazione tra dentro e fuori in bilico della quale ogni soggetto umano costruisce, anche in barba al suo stesso teorizzare sull'impossibilità di farlo, la realtà e il paradosso della sua esistenza.

Capitolo 7

Una volta attuato il trasloco dal modello medico al modello psicoterapeutico, e invocata l'esperienza quale possibile causa di malattia e non solo psichica ma anche somatica, non c'era che invocarla quale possibile mezzo di cura e causa di guarigione.

È quello che fece Freud inventando la psicoanalisi, quella cosa per cui paziente e medico si sarebbero messi a fare a fare una particolare esperienza insieme, ovvero a cercare di capire da dove originassero i sintomi del primo, e ciò al solo scopo di rifornire di senso ciò che al momento non sembrava più averne. Perché chi quei sintomi li accusava – e ne soffriva – non sapeva né spiegarsi (...non riesco a capire perché mi succede questo...c'è un pensiero che mi ossessiona...non riesco a liberarmene...) né farne a meno. Come se capire (e capirsi) fosse di per sé terapeutico, un'esperienza tale da doversi considerare riparativa degli effetti di altre esperienze della vita di quella persona.

Ma un'esperienza che non poteva darsi se non all'interno di quella speciale relazione, vincolata da una domanda: che cosa mi sta dicendo? Da una parte; e da una promessa: lo scopriremo insieme esplicita o no, non importa, dall'altra, la relazione costituitasi tra medico e paziente e che avrebbe direttamente coinvolto il primo quale contribuente al farsi della relazione stessa.

Si capisce come approfondendo la propria storia di vita e ritrovando un senso di questo o di quel punto di quella storia, le idee si modificano e si aprono spazi nuovi per nuove teorie, visioni di sé e di quel mondo in cui ognuno si trova impegnato a sopravvivere, che si modifichi di conseguenza quello che si prova rispetto a questo e quello e, di conseguenza rispetto a quello si possa prendere e comportarci diversamente (vedo mio padre sotto una luce diversa...ora capisco che...). È una illusione pensare che in analisi non si prescrivano comportamenti. Non lo si fa, forse esplicitamente. Ma implicitamente, ovvero a quel livello della comunicazione umana che abbiamo chiamato terapeutica in cui le persone si informano – si trasmettono comunicazioni del loro modo di esserci nel Mondo rispetto all'altro (mi piaci...non mi piaci...perché...anche se...ti credo...non ti credo...perché) lo si fa eccome. Ogni interpretazione è anche, implicitamente un'ingiunzione nella misura in cui viene comunicata all'altro e si fa messaggio, un'ingiunzione a vedere le cose in un altro modo, ad andare oltre il modo in cui quella persona definiva (e lo faceva sempre in base alla sua esperienza) gli altri, l'altro, il proprio padre, questa o quella parte di mondo, insomma quella che ognuno di noi chiama realtà. Prova a vedere le cose in quest'altro modo e comportarti di conseguenza. Ingiunzione o command (nell'accezione di Bateson) che il paziente farà sua oppure no nella misura in cui comprenderà oppure no il senso del discorso in atto tra lui e il terapeuta. Freud si preoccupava oltre che del contenuto delle sue interpretazioni, del momento in cui avrebbero dovuto essere date, e raccomandava ai suoi ipotetici seguaci di stare attenti. Non si trattava solo di cosa dire o non dire, ma anche di come, quando e perché. Così anticipando di parecchio tempo quello che poi le scienze della comunicazione avrebbero

asserito riguardo la struttura e gli effetti sul destinatario di ogni comunicazione umana.

In psicoterapia, nella misura in cui questa si costituisce come modello di cura altro rispetto a quello medico, ogni modello (con la m maiuscola) altro non è che una variante del modello stesso. Comportamentista o analitico poco importa, buoni tutti e due avrebbe detto Freud (meglio comunque quello analitico!) purché portino la guarigione. E nemmeno importa granché, se con la parola guarigione Freud intendeva qualcosa di molto – troppo – simile a quello che con detta parola si indicava e si indica in campo medico. Il medico e lo psicoterapeuta possono concordare sul fatto che quando dicono guarigione, dicono, tutti e due, che qualcosa per quella persona, rispetto a come era prima della cura, è cambiato nella direzione in cui si desiderava che cambiasse. Chi lo desiderava? Quella persona prima di ogni altro. Egli non desiderava tenersi quel male al ginocchio. Egli non desiderava tenersi quel...male di vivere. Né lo desideravano molti altri. Quella moglie, quel marito, quegli amici...Nella misura in cui il male – quel male sia che si manifesti sul piano fisico più che su quello psichico o viceversa, si connota all'interno di questo o quel consesso umano come oggetto di non desiderio, cosa da tenere lontano, di cui...guarire (guarire, nella sua accezione etimologica significa proprio questo, tenere lontano). Il medico potrà allora parlare di remissione dei sintomi. Lo psicoterapeuta di trasformazione degli stessi. Per quest'ultimo i sintomi non sono altro che comportamenti sui generis ai vari livelli, ideativi, emotivo etc.. quindi comunicazioni. E comunicazioni sulle quali è ancora possibile comunicare, o meglio metacomunicare, oggetti di un discorso possibile (dottore mi sento...così e così...che dice, ho una depressione?) oppure non è possibile comunicare (che può dire il delirante sul suo delirio?) ma attraverso i quali volente o nolente, malato o no, ognuno di noi comunica sempre chi è, declina le sue generalità, si fa conoscere, cerca di farsi comprendere dall'altro, dagli altri...dal terapeuta. E se quest'ultimo proverà a comprenderlo che ci riesca o meno, comunicherà all'altro che lo riconosce come soggetto degno di essere compreso, quanto basta perché anche l'altro lo riconosca come

tale, e perché inizi a trasformarsi in discorso comprensibile, tale da acquisire senso e potersi fare anche su quello che prima – il tempo torna così a scandirsi- era soltanto delirio senza senso e senza tempo.

Capitolo 8

Psicoterapia. trattamento, di disturbi psichici o somatici con mezzi che agiscono in primo luogo e immediatamente sulla psiche dell'uomo. Diceva anche che un tale mezzo è soprattutto la parola e che le parole sono lo strumento essenziale del trattamento psichico. Il che equivale a dire che si potevano usare le parole come farmaci. Come farlo, in quali casi, quante e quali parole usare, dove e quando, tutto ciò avrebbe riguardato la questione del metodo sulla cui ortodossia o meno si sarebbe aperto un dibattito a tutt'oggi vigente, tanto violento quanto prolifero (da quel dibattito sarebbero scaturiti, innumerevoli, i modelli psicoterapeutici).

Ma ormai il dado era tratto e il neonato modello, in quanto metodo di cura alternativo a quello medico, era stato pubblicamente battezzato: le parole assimilabili a farmaci in quanto mezzi atti a curare i disturbi umani, e non solo quelli psichici, ma anche quelli somatici.

Freud era ben consapevole che certe sue affermazioni avrebbero suscitato grande diffidenza per non dire resistenza (proprio nell'accezione che Freud stesso diede a quel termine) nei suoi colleghi, i quali, pur avendo sufficienti motivi per studiare l'innegabile rapporto tra corpo e psiche, quel rapporto lo concepivano come una specie di specchio unidirezionale, non potendo smettere di rappresentare la psiche come determinata dal corpo e da esso dipendente e mai prendendo in considerazione anche... l'altro aspetto, ovvero l'azione della psiche sul corpo. Il fatto è che considerare anche l'altro aspetto avrebbe significato (e significa) accordare una certa autonomia alla vita psichica, cosa che Freud era ben disposto a fare (come altrimenti avrebbe potuto inventare la psicoanalisi?) ma altri no (pareva che questi temessero di accordare una

certa autonomia alla vita psichica come se con ciò abbandonassero il terreno della scientificità).

Ed è questo il punto e il nodo da sciogliere. Se accordare o no alla vita psichica una certa autonomia. Perché se una psiche in odore di autonomia può indurre ad attribuire alla stessa qualche potere di esserci anche a prescindere dalla vita fisica (così sconfinando dal terreno della scientificità per finire... in quale altro terreno? Forse quello riservato alla religione?) non accordare alla vita psichica nessuna autonomia significherebbe ipso facto vanificare la psicoterapia in quanto tale, ovvero come ragionevole possibilità di trattare i disturbi umani attraverso mezzi che agiscono direttamente sulla psiche, siano essi le parole od altri, comunque assai diversi da quelli tradizionalmente usati dal medico, siano essi farmaci od altri mezzi.

Freud parlava di una certa autonomia. Quale operazione logica egli intese attuare, o comunque di fatto attuò mettendo avanti al termine autonomia l'aggettivo certa?. Sicuramente voleva distinguere l'autonomia in questione, quella che lui riteneva, a differenza di altri, di dover accordare alla vita psichica, da quella accordatale da sempre per esempio dai preti: la psiche intesa come Anima, capace di trascendere il corpo e capace, secondo i credenti di tutti i tempi, di abitare in un al di là del luogo occupato dal corpo, luogo in cui, una volta morto quel corpo, essa sarebbe andata a traslocare. Insomma non quel tipo di autonomia poteva il medico accordare alla psiche, ma una certa autonomia sì. Altrimenti parlare di un trattamento di disturbi psichici o somatici etc. doveva giocoforza rivelarsi vacuum... Chiacchiere. Freud aveva ragione.

La paura di attribuire alla psiche una certa autonomia era esagerata. Autonomia e trascendenza non sono la stessa cosa. La paura dell'una (la trascendenza), non giustifica la negazione dell'esistenza possibile dell'altra e delle sue implicazioni e per convincersi di questo, basterebbe pensare a tutte le autonomie esistenti in rerum natura, niente affatto trascendenti alcunché, bensì intimamente connesse le une alle altre e interdipendenti tra loro. Comunque una scelta va fatta: o gliela si attribuisce una certa autonomia, alla vita

psichica rispetto a quella fisica (e viceversa) tale da potere avere un'azione anche sul corpo (ma altrettanto dovrà riconoscersi in senso inverso) o non gliela si attribuisce. Nel primo caso parlare di psicoterapia ha un senso come particolare modello di intervento sui generis riguardo i disturbi umani, nel secondo caso no.

In quanto alle parole da utilizzarsi quasi fossero farmaci e però a un livello di realtà del tutto improprio rispetto a quello fisico in cui l'uso dei farmaci sarebbe stato adeguato, essi sono anche i mezzi privilegiati attraverso i quali da tempo immemorabile gli esseri umani cominciarono a comunicare tra loro: ne consegue che terapia e comunicazione possono essere un tutt'uno. Che si può fare terapia soltanto comunicando con l'altro. Cosa che Freud affermò con forza preoccupandosi per altro della necessità di fare capire al profano come la scienza potesse restituire alla parola almeno una parte della sua primitiva forza magica (il profano troverà certo difficile comprendere come disturbi patologici del corpo e della psiche possano venire eliminati attraverso le sole parole del medico. Egli penserà che si pretende da lui la fede nella magia).

Se si accetta che le parole possano curare senza per questo dovere ricorrere alla fede nella magia e che la comunicazione umana possa costituire di per sé un piano di realtà da studiare in sua re e manipolare a fini terapeutici, senza dovere necessariamente riferirsi a quello della realtà organica, si pongono (e si posero anche a Freud) vari problemi cominciando da quelli che anche il profano da lui citato avrebbe subito potuto sollevare: perché mai comunicare dovrebbe fare bene in senso medico? Bene a che cosa? Comunicare che cosa? Come? Quando? E se le parole sono mezzi psichici atti a curare proprio come lo sarebbero a livello fisico i farmaci, di quali e di quante parole si sta...parlando? O meglio: è possibile stabilire dei criteri sulla base dei quali potere formulare dei...protocolli, se così si può dire, comunicazionali? Né sarebbe accettabile che in risposta a tali domande ci si rifiutasse tout court di rispondere adducendo il pretesto che, trattandosi di psicoterapia, ovvero di un modello terapeutico del tutto diverso da quello medico, certe trasposizioni non si possono fare.

Certe trasposizioni si devono invece fare se si vuole arrivare a capire perché i due modelli, quello medico e quello psicoterapeutico, possano essere entrambi buoni, sia pure per vie diverse, a raggiungere lo stesso scopo, ovvero trattare i disturbi psichici e somatici di chi di tali disturbi soffre quanto basta per rivolgersi a qualcun altro chiedendogli di aiutarlo a guarire .

Né sarebbero questi i problemi più spinosi. Che dire infatti di quelli legati alla questione che, se comunicare può significare curare (e curare bene oppure male) qualsiasi comunicazione in ambito psicoterapeutico sarebbe già terapia (e terapia giusta oppure sbagliata)? Così il terapeuta non avrebbe via di scampo: egli non potrebbe comunicare alcunché al paziente riguardo il suo disturbo e la cura da farsi (lei avrebbe bisogno di questo, di quello... perché... etc.) come potrebbe agevolmente avvenire tra medico e paziente, senza averlo con questo già... trattato in qualche modo (male? bene?). Era a questo che pensava Freud quando disse che in fondo il profano non aveva tutti i torti a ritenere che si pretendesse da lui la fede nella magia? La magia delle parole. Ai tempi in cui Freud si azzardava a fare certe affermazioni le scienze della comunicazione non erano ancora nate ed egli non poteva ancora sapere quanto un giorno gli avrebbero dato ragione. Ragione e però anche torto. Ragione in quanto a credere che la scienza possa restituire alla parola almeno una parte della sua primitiva forza magica.

Torto a presumere che, trasformando l'atto terapeutico in atto comunicativo, così operando un salto di livello della realtà su cui intervenire, il terapeuta (in tutta la sua opera egli continuò a chiamarlo medico) si sarebbe potuto impossessare di quella forza magica ed esercitarla a fini terapeutici per qualcun altro rimanendo immune lui stesso dai suoi effetti, compresi certi indesiderabili effetti... collaterali.

Capitolo 9

Ormai è passato troppo tempo da quando Freud inventò la psicoanalisi perché ancora ci si attardi a risolvere rompicapo di Kuniana memoria come quelli posti da chi a tutti i costi intenda distinguere la stessa da ogni tipo di

psicoterapia. Quali che siano i motivi profondi, epistemologici, politici o altro, se ci sono psicoanalisti che proprio non vogliono essere considerati psicoterapeuti.... pazienza. Ma chiunque si offra di rispondere a una domanda di terapia con mezzi, come disse Freud, psichici anziché fisici, ovvero limitandosi a relazionarsi con l'altro in un certo modo, dovrebbe sapere che è proprio sul modo individuato per farlo che si giocherà la partita, talvolta drammatica, della terapia, e l'efficacia o meno del setting. Il quale, se in un certo senso somiglia alla sala operatoria da cui possono uscirne, quelli che vi entrarono, considerandosi vittoriosi tutti, oppure tutti perdenti, si differenzia molto da quella per il fatto di ricostituirsi, ogni volta ex novo, se non sul piano fisico, di certo su quello psichico.

Si tratta di un fatto, quest'ultimo, per nulla irrilevante ché i mezzi (psichici) con i quali si opera, bisturi invisibili, pericolosi ed efficaci questi, come quegli altri, non possono darsi se non al momento in cui ci si incontra, il terapeuta e il nuovo paziente. D'altra parte una relazione non è proprio come il bisturi la cui lama può incidere solo da una parte e l'altra parte è quella che il chirurgo tiene in mano, né come un farmaco che può essere somministrato all'altro senza che il medico debba a sua volta assumerne un po'. Né si è mai vista una relazione che goda di un'esistenza sua propria a prescindere da quella tanto effimera quanto invischiante accordatagli dai soggetti contribuenti all'instaurarsi della stessa. Essa non arriva mai ad essere cosa in sé, né esserci al mondo con quel grado di ...verità che possono avere, come dice oggi uno psicoanalista (nota 1), i tavoli e le sedie. I farmaci ed i bisturi invece sì. E anche i corpi. Dunque?

Dunque, non c'è che riconsiderare i dualismi di sempre, quelli che nel corso della storia del pensiero umano sembrano come l'araba fenice, risorgere ogni volta dalle proprie ceneri, *res cogitans* e *res extensa*, spirito, materia, mente, corpo e così via, livelli diversi di una realtà unica interagenti e però irriducibili l'uno a l'altro (nota 2). Tant'è che "cose" indicate con il termine esperienza, per esempio quella particolare esperienza invocata da Freud quale causa di certe malattie (nella fattispecie

dell'isteria) era direttamente reperibile, da parte del medico, nel corpo del malato. I suoi effetti magari sì, perché si sa (e anche Freud lo sapeva), che certi traumi emotivi, potrebbero avere innescato ad altro livello di realtà, quello biochimico, processi tali da alterare, anche in modo irreversibile, certe strutture fisiche, (alterazioni che potranno poi essere individuate quali cause di altri effetti sul piano psichico e così via). Ma l'esperienza in sé, quella imputata o imputabile di avere provocato la malattia in questione, non poteva essere identificata se non riuscendo, il malato a comunicarla a qualcuno, nella fattispecie al suo medico, che trasformatosi, a quel punto, in psicoanalista, aveva scelto di curare il suo paziente solo provando a sua volta a comunicare con lui, ma a farlo in modo tale da scambiare con quello, superando tutti gli ostacoli eventuali che si sarebbero frapposti di lì alla meta (quale altra se non avviare un processo antitetico a quello che provocò la malattia del paziente?) le informazioni più utili.

Due furono le conseguenze o gli effetti collaterali immediati di tanto stravolgimento del modello medico. La prima è che la diagnosi quale atto di conoscenza delle possibili origini del disturbo incriminato e la terapia dello stesso, venivano a sovrapporsi. La seconda che la conoscenza in questione altro non era che quella raggiungibile all'interno di un processo comunicativo attivatosi tra persone, i soggetti contribuenti alla relazione, il paziente e il suo terapeuta. Una conoscenza sui generis dunque e, se è insito nel concetto stesso di conoscenza il reperimento di qualche verità, una verità sui generis, qualcosa che in un'ultima analisi, dato il carattere di infinitezza di ogni processo comunicativo, sarebbe rimasto inconoscibile e... incomunicabile. Ma non solo. Si sarebbe trattato anche di una conoscenza il cui discrimine tra vera verità e falsità (fantasie, falsi ricordi ecc....) si presentò subito come assai difficile, per non dire impossibile, da definire, tant'è che Freud, vacillando presto ai suoi occhi quel successo terapeutico che avrebbe dovuto costituire la prova sicura della validità del nuovo metodo e la verità dei suoi presupposti (successo al quale, da bravo medico qual'era, non poteva rinunciare) ripudiò la sua prima

teoria della seduzione per adottare quella della fantasia di seduzione.

Se l'unico mezzo a disposizione dello psicoterapeuta per curare il suo paziente è la relazione che riesce ad instaurare con lui (mezzo del tutto impossibilitato ad assumere un'esistenza sua propria come potrebbe essere per un'aspirina e quindi sprovvisto di qualità tali da potersi considerare oggetto tra i soggetti impegnati in quella relazione) si può capire come la psicoterapia si muova all'interno di una esasperante contraddizione, ché per essere scienza non può esserlo affatto (ci saranno tante relazioni diverse e ogni volta ex novo per quanti saranno via via i contribuenti alla stessa, combinati con i modelli teorici a cui vorranno riferirsi per impostare dette relazioni) e per non esserlo affatto, deve giocoforza riuscire ad esserlo a qualche livello se non vuole, rinnegando il suo statuto, dare ad una domanda di terapia (che di per sé non è una domanda di relazione) una risposta del tutto evasiva. Ogni terapia nasce dall'incontro di una promessa da una parte e una speranza dall'altra. Promessa e speranza di che cosa se non di guarigione da qualche male...malanno...malessere...malattia?

Chiamare quei mali, malesseri, malattie, in altro modo, magari disagi o problemi, anziché malattie, con conseguente esclusione del termine guarigione, costituisce un'operazione linguistica di qualche valore sul piano comunicativo (e quindi anche psicoterapeutico) e forse anche su quello del business (così la psicoterapia si vende meglio?) ma non risolve la contraddizione o meglio dire l'antinomia, di cui sopra. Né vale iniziare il trattamento comunicando al paziente di non potere promettere guarigione alcuna. Quale che sia l'enunciato iniziale, ad altro livello di quello inerente la comunicazione esplicita, chi accoglie una domanda che è mossa da uno star male e una speranza che quello stato venga a cessare, ha già risposto con la promessa fatidica promessa senza la quale non solo non potrebbe avviarsi la relazione di cui si parla, ma neanche la vita per ognuno di noi, quando all'inizio della stessa si è davvero troppo piccoli per sopravvivere se non affidandosi alla volontà e alle abilità di altri più grandi di salvarci,

ovverosia di guarirci dalla morte, dalla sofferenza e dalla malattia.

Note

¹ Vedi Morris N. Eagle, *La svolta post-moderna in psicoanalisi, Psicoterapia e Scienze Umane, Anno XXXIV n. 4, 2000*

² *Che si assuma o meno che tutti i fatti mentali sono di natura biologica, appare sempre più chiara la loro presenza e la loro strutturazione in un livello diverso da quello in cui noi descriviamo i processi energetici della biologia. Da Neuropsicologia, Gaetano Benedetti.*

BLACK MIRROR, ATTRAVERSO LO SPECCHIO NERO

QUANTO C'È DI TECNOLOGICO NELLE NOSTRE VITE E QUANTO DI UMANO NELLA TECNOLOGIA DIGITALE?

di Giulia Arcelli, Federico Ciacci, Valentina Coppini, Giorgia Migliorelli, Giulia Ulivi
dottori in psicologia, tirocinanti post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

Lo specchio nero, la superficie scura riflettente di alcuni apparecchi elettronici, ci riflette, riflette i bisogni e le ombre della nostra società, mostrando uno scenario auspicabile per alcuni e criticabile per altri.

La forza di Black Mirror sta proprio nella sua capacità di catapultarci in un mondo apparentemente assurdo, nel quale la realtà dipinta non è tanto distante dalla nostra.

The National Anthem

Che risveglio avreste se voi foste il primo ministro di una nazione come l'Inghilterra e vi venisse chiesto di avere un rapporto sessuale con un maiale per liberare la principessa?

È quello che accade nella prima puntata della mini-serie Black Mirror. Il video della richiesta del riscatto del rapitore resta su Youtube circa 9 minuti e questo basta a fargli fare il giro del mondo attraverso computer, iPhone e tablet. Del resto viviamo in un'epoca dove "essere connessi" è la normalità. Dall'iniziale incredulità per una simile richiesta verso cui neanche lo staff del Primo Ministro sa bene cosa fare, seguono i vari tentativi di trovare il luogo in cui è nascosta la principessa ed éscamotage per fingere l'atto sessuale. La stampa nel frattempo è pronta a captare qualunque informazione per avere lo scoop prima degli altri. Per tutta la durata dell'episodio si è coinvolti in un crescente senso di tensione vissuto attraverso gli occhi della gente comune, che si chiede cosa farà il primo ministro, giudicando giusto o sbagliato attenersi alle condizioni del rapitore e

condividendo il proprio pensiero su Twitter e Facebook. Non trovando nessuna soluzione per aggirare le richieste del rapitore il Primo Ministro si trova costretto a cedere e ad avere un amplesso con una scrofa. Tutto ciò avviene, come richiesto dal rapitore, in diretta nazionale. Il filmato fa il giro del mondo, visto da un miliardo e trecento milioni di persone, tutti incollati a uno schermo a guardare una tale oscenità e nessuno si accorge che la principessa viene liberata per la strada ancora prima dell'inizio dell'amplesso.

L'ultima parte della puntata ci porta esattamente a un anno dopo. Vediamo la principessa Susannah sorridente e in dolce attesa; veniamo a conoscenza che il rapitore si è suicidato, che il suo video della richiesta di riscatto ha vinto un premio artistico ed il Primo Ministro, nell'ultimo anno in netta ascesa di consensi tra la popolazione, appare sereno accanto alla moglie.

La scena finale ci mostra cosa quel video ha rovinato per sempre: la serenità matrimoniale del Primo Ministro è solo di facciata ed il rapporto con la moglie, che da subito l'aveva pregato di non cedere al ricatto, completamente compromesso.

Questo episodio ci fa riflettere su quanto un individuo importante, come il Primo Ministro, sia vincolato al volere della massa e quanto le opinioni siano influenzabili dalla rete. Tutti i tipi di informazione sono messi allo stesso livello perché le nozioni che girano in rete sono alla portata di tutti e tutti si sentono giustificati a dire la loro a riguardo. Perché non riusciamo a cogliere subito il significato di quello stato di

angoscia che ci prende arrivati in fondo alla puntata? La consapevolezza che ciò che stiamo guardando, pur essendo grottesco ed esasperato, potrebbe arrivare facilmente a far parte della nostra realtà quotidiana, potrebbe esserne una spiegazione. È recentissima la notizia della partecipazione del Primo Ministro inglese Cameron ad un video musicale del gruppo “One Direction”. Il video-clip è a scopo benefico e il ministro ha accettato di prenderne parte. Viene da chiedersi se questa decisione sia stata influenzata in qualche modo dall’opinione pubblica. Nella puntata di *Black Mirror*, il Primo Ministro si trova costretto a seguire le indicazioni del rapitore per non essere considerato dalla gente il responsabile della morte della principessa. L’abitudine a convivere con la brutalità dei media fa parte di questa nuova era tecnologica. Aldo Grasso, nel *Corriere della Sera*, sostiene che la vera violenza dei media è la consuetudine con l’atrocità, è la normalità dell’orribile, è la familiarità con la crudeltà. Questo porta la massa a guardare un video in cui il rispetto per la persona umana viene del tutto cancellato e diventa oggetto di un premio.

15 Million Merits

15 Million Merits mette in scena la monotona e angosciante vita quotidiana di una società interamente confinata all’interno di quello che si potrebbe definire un “iperambiente”, fatto di stanze e corridoi che si ripetono l’uno uguale all’altro, su diversi piani e livelli. “Celle minuscole con dei piccoli schermi, e sempre più celle e sempre più schermi”, dirà il protagonista (Panosetti, 2012). Questo spazio innaturale è abitato esclusivamente da giovani uomini e giovani donne, tutti “pedalatori”, impegnati ad accumulare e spendere punti, pedalando incessantemente su cyclette di fronte a degli schermi. Più si pedala, più si guadagnano “meriti”, utili ad acquistare gadgets o cibo, ma anche a pagare le penalità previste per chi viola il protocollo di regole imposte dal sistema. Tra tutte, la regola più dura è quella che impone, letteralmente, di non chiudere mai gli occhi di fronte alla proiezione di pubblicità sugli schermi. Schermi da cui tutti sono circondati, sia nelle celle in cui le persone dormono o si

“rilassano”, sia sui monitor davanti alle personali bici. Anche il sole che sorge è solo un’immagine trasmessa.

Ciascun pedalatore, inoltre, possiede una personale rappresentazione virtuale, un avatar. I punti accumulati pedalando possono essere utilizzati per acquistare scarpe di ultima tendenza al proprio sé stesso virtuale, per decidere quando e come cambiare aspetto, vestiario o pettinatura.

In fin dei conti, fatta eccezione per la “palestra di cyclette”, nei luoghi di aggregazione l’interazione avviene attraverso gli avatar.

In questo iperambiente l’unica possibilità di “salvezza” sembra essere rappresentata dalla partecipazione ad un talent-contest condotto da tre giudici implacabili: HotShot.

In cambio di un contratto in esclusiva per uno dei molteplici canali di intrattenimento propinati al pubblico, come premio viene promessa una nuova vita senza più biciclette né meriti.

“Non dovrai mai più pedalare nella tua vita. Neanche un minuto”, dirà uno dei giudici.

Per poter partecipare a questo programma servono però 15 milioni di punti, ovvero i “meriti”.

In questo scenario viene raccontata la storia di un giovane, Bing Madsen, più silenzioso, malinconico e disilluso degli altri, che incontra una ragazza dalla voce angelica, Abie Cann, e se ne infatua. Convinto delle abilità canore della giovane, decide di regalarle il biglietto di partecipazione al programma HotShot “Tutto ciò che ci circonda sono solamente oggetti che ci danno l’illusione di vivere, la tua voce è reale invece. È la cosa più vera che abbia mai sentito”, le dice.

Bing accompagna Abie all’audizione; la voce di lei colpisce i giudici, ma il suo aspetto fisico ancora di più: alla ragazza viene proposta la partecipazione ad un canale hard. La prospettiva di cambiare vita dicendo addio alla bicicletta la convince ad accettare. Bing finisce col perderla e si ritrova di nuovo solo. Quando per la prima volta vede la pubblicità del programma a cui partecipa Abie, impazzisce, si scaglia invano contro gli schermi della sua cella, incrinandoli nel tentativo di sottrarsi a quella visione. Nei mesi successivi si dedica solamente all’accumulo e al risparmio di meriti e, una volta

raggiunta di nuovo la quota necessaria dei 15 milioni, si compra un biglietto di partecipazione al programma. Disperato e furioso si presenta alle selezioni e una volta salito sul palco, minaccia di tagliarsi la gola con una scheggia dello schermo che aveva tentato di sfondare per costringere i giudici ad ascoltare il suo violento sfogo contro la dittatura di quel sistema in cui tutti sono costretti a vivere:

“Voi non ci vedete come degli uomini quando siamo qui, ma solamente della merce, e più siamo falsi e più vi piace, perché è la falsità l'unico valore ormai! Anzi no, non l'unico: il dolore e la violenza, accettiamo anche quelli... Siamo talmente immersi nella nostra disperazione che non ci accorgiamo più di nulla. Passiamo la nostra vita a comprare cazzate, tutto quello che facciamo, i nostri discorsi sono pieni di cazzate. Insomma sapete qual è il mio sogno? Il mio sogno più grande è comprare un cappello per il mio avatar, una cosa che neanche esiste! Dovreste darci voi qualcosa di reale, ma non potete perché ci ucciderebbe. Noi pedaliamo giorno dopo giorno, per andare dove? Per alimentare cosa? Delle celle minuscole con dei piccoli schermi, e sempre più celle e sempre più schermi! Fanculo tutti per aver trattato la cosa più bella che avevo come se non valesse nulla, per averla afferrata e trasformata in un oggetto, in un giocattolo, l'ennesimo orribile giocattolo in mezzo a milioni di altri!”.

Pur lasciando tutti col fiato sospeso, lo sfogo “autentico” del protagonista viene subito ridotto a finzione, alla possibilità di incrementare lo share del programma: “Mi piace il tuo numero. Che ne dici di 30 minuti due volte la settimana nei miei programmi?”. Ancora una volta tutto viene ridotto a “spettacolo”; tutto ciò che il protagonista ottiene è un premio consolatorio che, in realtà, lo rende parte di quel sistema di menzogne che con il suo gesto avrebbe voluto smascherare.

In cambio di questo tradimento, Bing può vivere solo, in un luminoso e silenzioso appartamento, dove un'intera parete di finestre (ma rimane il dubbio che si tratti di un ennesimo schermo) libera finalmente lo sguardo su un idilliaco panorama naturale. Gli è anche concesso di tenere per sé alcuni oggetti materiali, conservati quasi come reliquie,

simboli al tempo stesso di un'autenticità appena sfiorata e di un'artificiosità definitivamente svelata (Panosetti, 2012).

In questo episodio sono molteplici gli spunti di riflessione. Per quanto una rappresentazione così esasperata del mondo possa sembrare molto lontana da noi, non ci possiamo esimere dal considerare quanto alcune realtà virtuali siano in grado di inglobare e spesso sovrastare lo scorrere della vita reale. Sebbene in 15 Million Merits non venga mai citato il mondo di internet, è chiaro che, per fare un parallelismo con quanto accade al giorno d'oggi, è necessario riferirsi ad esso. In linea con questo ragionamento la Turkle afferma che “internet ci fornisce nuovi spazi dove agire, se in modo imperfetto non importa. Così adulti e adolescenti usano la rete per esplorare la loro identità”. Esempio lampante di quanto ci si possa sperimentare in tutte le proprie sfaccettature più o meno veritiere è Second Life, un software ideato nel 2003 tramite il quale è possibile creare un avatar in base ai nostri desideri. Questo ci permette di accedere ad un luogo virtuale nel quale si sviluppano vere e proprie esistenze “pilotate” da persone reali, esistenze virtuali “vissute” da avatar. Gli stessi avatar che ritroviamo in questa puntata di Black Mirror. Second Life, quindi, non è un gioco, è propriamente un luogo, che sia virtuale poco importa: qui non si vince, si vive e basta. Si inizia col costruirsi il proprio avatar e, una volta soddisfatti del “proprio aspetto”, si ha il potenziale per condurre un'esistenza che ci permetterà di «amare la vita». Tra le altre cose, ci si può fare una cultura, fondare un'azienda, costruire una casa, sposare e avere figli. Conseguentemente, quello che dovrebbe essere un momento di svago o di divertimento può arrivare ad acquistare talmente tanta importanza da sembrare più reale della vita vera. Spesso chi passa tanto tempo su Second Life dice di sentirsi, infatti, più se stesso nella sua identità online che in quella reale, fisica (Turkle, 2012).

Ma quando l'immateriale diventa reale? Nella dimensione del reale come esperibile, la distinzione tra materiale e immateriale si annulla: è reale tutto quanto sia soggettivamente percepibile, sia come proiezione che come oggetto materiale. In 15 Million Merits seppure

le vite dei personaggi si svolgono prevalentemente attraverso degli avatar proiettati sugli schermi, non sembra che si abbia percezione di una realtà meno vera, fatta eccezione per il protagonista che tenta di ribellarsi proprio a questo. È come se il reale fosse ormai quasi totalmente trasferito nella dimensione immateriale.

Un altro aspetto che deve far riflettere è che lo stare davanti allo schermo di un computer o di uno smartphone nella maggior parte dei casi riduce le interazioni col mondo reale che ci circonda.

La ricchezza delle cose percepite, infatti, è come se fosse trasferita nella dimensione proiettiva dello schermo, con un conseguente effetto di raffreddamento e deprivazione personale. Dove è andata a finire l'emozione suscitata dall'interazione reale con un'altra persona?

Quello che insomma manca nel mondo di 15 Million Merits, e in generale nella nostra realtà ipertecnologizzata, non è la dimensione individuale, che risulta predominante, ma la possibilità di disegnare una dimensione intersoggettiva comune.

The Entire History Of You

Il terzo episodio della serie, *The Entire History Of You*, ha tutte le premesse di una trama disturbante. I protagonisti sono il giovane avvocato Liam e la moglie Ffion. Entrambi vivono in un mondo dove la maggior parte delle persone può vedere, rivedere e far vedere i propri ricordi. Questo è possibile grazie all'impianto di un microchip ("willow grain", un granello appunto) dietro ad un orecchio, che permette di registrare ogni momento della vita e di rivederlo o proiettarlo su qualsiasi supporto multimediale. Lo slogan che cerca di convincere i pochi rimasti senza l'impianto, inneggia ai "ricordi che valgono una vita" e parla di "aggiornamenti della memoria e 30 anni di backup in omaggio", il tutto grazie ad una piccola anestesia locale. L'idea è geniale e accattivante e c'è da chiedersi cosa faremmo se avessimo la reale possibilità di archiviare i bei momenti passati in una sorta di personale sito internet. Basterebbe un piccolo telecomando per accedere dovunque ai ricordi, catalogati per mesi, persone o eventi e rivedere i nostri

genitori da giovani, i nonni, i viaggi più belli o i dettagli di un incontro. Per non parlare della possibilità di cancellare a piacimento ciò che non vorremmo mai aver vissuto. Ciò che notiamo in questa storia è che tutte le persone sono attori e spettatori allo stesso tempo, senza troppi limiti.

Sottoposto a un colloquio di lavoro, Liam ha la possibilità di riesaminarlo per capirne meglio l'esito e per strada, diretto a casa di amici della moglie, torna ai suoi ricordi per controllare i nomi delle persone che sta per incontrare ed evitare di fare brutta figura. La cena che lo aspetta è il cardine di tutta la storia.

Tra gli ospiti ci sarà anche Jonas, che solo dopo scopriremo essere una vecchia fiamma di Ffion. Liam non sa niente della loro passata relazione, ma durante la cena comincia a notare sguardi, battute e atteggiamenti che lo innervosiscono e lo rendono sospettoso. Rispetto a un qualsiasi uomo geloso della nostra realtà, Liam ha il potere della memoria digitale e per questo può passare in rassegna tutti i contenuti poco chiari su Jonas.

Nel tentativo di svelare l'infedeltà della moglie, Liam sfrutta questa tecnologia per spiare i dettagli di ogni conversazione, trasforma i ricordi in prove e queste diventano oggetto di discussione e indagine, con un crescendo di paranoia e ansia generale. Servirsi del microchip per rivedere a piacimento i dettagli di quella cena tra amici o di ciò che la moglie gli ha raccontato di sé negli anni, diventa una compulsione vera e propria, che peggiora di giorno in giorno, e non fa altro che aumentare i suoi dubbi e la sua ossessione. Alla fine mettere insieme i pezzi per Liam non è difficile e le bugie della moglie su Jonas vengono smascherate. Quella che era stata etichettata come una piccola avventura del passato prima, e una relazione superata poi, si scopre essere un tradimento reale risalente a qualche mese prima. Dopo tale scoperta la tensione viene meno perché "quando sospetti qualcosa è molto meglio scoprire che è vero", ma non c'è niente di catartico in quello che segue. Il protagonista diventa schiavo dei ricordi e della stessa tecnologia che gli ha permesso di conoscere la verità. Solo, nella grande casa che divideva con Ffion e il figlio, perde ore e ore a rivedere, letteralmente a occhi aperti, i dolci momenti di

quotidianità familiare perduta, una tentazione crudele per chiunque stia soffrendo.

Prigionieri dell'impossibilità di perdere i particolari, in confronto i nostri ricordi, sbiaditi e imperfetti, appaiono di gran lunga migliori.

Questo episodio mette in scena il dominio della tecnologia, la "macchinizzazione", il tramonto della privacy e, più sottilmente, i temi della memoria e della paura di morire dei nostri tempi. Tutti cerchiamo un modo per lasciare un segno del nostro passaggio e questa storia fa certamente risuonare in noi l'implacabile timore di dimenticare o di essere dimenticati. Prima di etichettare l'idea del microchip come futuristico è giusto notare che utilizziamo, già da anni, numerosi modi per immagazzinare ciò che facciamo o sentiamo. Basti pensare ai documenti che sono contenuti nei nostri cellulari, nelle caselle di posta o nei profili Facebook, MySpace o Twitter. Sui social network pubblichiamo foto e video di ogni genere e scriviamo pensieri che, forse un giorno, rivorremo solo per noi. Condivisione è diventata la parola chiave e se da un lato essa è insita nello sviluppo emotivo di ognuno, d'altra parte sostiene uno stile affettivo bisognoso di essere commentato o confermato (Turkle, 2012).

Per rispondere alla necessità di connessione continua, Google ha lanciato i cosiddetti Google Glass, occhiali dal moderno design in grado di registrare e pubblicare online tutto ciò che vediamo e di rispondere a ogni genere di dubbio collegandosi a Internet senza difficoltà, tramite comando vocale.

La tecnologia ci rende più uniti, rintracciabili, veloci, ma sembra che ci faccia anche perdere il senso dato dalla scelta di comunicare o no (Turkle, 2012). Il confine tra pubblico e privato è labile e l'idea della privacy, così importante per la nostra identità, è spesso un optional, dato che sono sempre meno gli spazi personali per la riflessione, la sana solitudine e l'autonomia. Se poi consideriamo che importanti colossi della ricerca sul web hanno pubblicamente ammesso di avere violato password e archivi privati, anche la privacy che pensiamo di avere nel mondo virtuale è un'illusione. Internet ci accompagna dappertutto e rende più difficile lasciarsi il passato alle spalle. Cancellare

qualcosa dal sistema non è mai veramente possibile e in molti non vorrebbero neanche che accadesse. Un esempio di ciò di cui si sta parlando è il progetto MyLifeBits di Gordon Bell. Questo ricercatore Microsoft da circa dieci anni registra la sua vita in un enorme database, indossando sempre una macchina fotografica che scatta ogni minuto e registrando conversazioni, telefonate, mail, siti visitati e spostamenti. Bell raccoglie anche dati relativi alla sua salute. Sulla base dei risultati del suo lavoro sono già in progetto delle applicazioni per i problemi mnemonici conseguenti a malattie neuro-degenerative. I benefici terapeutici potrebbero essere innegabili, ma dato che le moderne tecnologie rendono possibile l'archiviazione digitale in spazi minuscoli anche per il grande pubblico, è giusto riflettere fin da ora sui rischi di una diffusione generalizzata di questi supporti. Il più grande sarebbe quello di portare le persone a comportarsi in modo diverso, in linea con la vita che vorrebbero rivedere, e a renderle ancora più pigre, caute e conformiste. A conti fatti non saremo troppo lontani dal dramma del nostro protagonista, diviso tra il pericolo di chiudersi con nostalgia nella perfezione del passato e la scelta di vivere ogni momento come unico, perché irripetibile.

Be right back

È la semplicità del tema affrontato a rendere *Be right back* inquietante. In questo episodio, il primo della seconda serie, non ci sono accoppiamenti forzati tra umani e suini. Non ci sono governi distopici intenti a trasformare le persone in batterie viventi. E non ci sono microchip innestati nel corpo che permettono di far "scorrere la propria vita davanti agli occhi" ogni volta che si vuole.

L'argomento cardine attorno al quale tutto ruota è: può la tecnologia aiutarci nell'affrontare e nel superare un lutto?

Quello che ci viene mostrato nella puntata, a partire dalla possibilità di chattare con l'oltretomba per arrivare ad un cyborg dalle sembianze del caro estinto, può apparire lontano dal nostro mondo, può sembrare un ammiccamento ad un'improbabile fantascienza.

Ma quanto siamo distanti da questa realtà così surreale?

La storia che ci viene raccontata è quella di Martha e Ash, due innamorati intenti a ristrutturare una vecchia casa di campagna, isolata ed immersa negli alberi e nelle colline. Un giorno però Ash ha un incidente stradale e perde la vita. Martha resta sola nello spazio immenso della casa e nel silenzio delle sue stanze. Il giorno del funerale Martha si siede accanto a Sara, una sua conoscente, della quale non c'è dato sapere nulla di più se non che ha perso di recente una persona di nome Mark, che le dice: "Posso iscriverti ad una cosa che ti aiuterà. A me ha aiutato tanto quando è morto Mark. Ti farà parlare con lui. Lo so che è morto, ma non funzionerebbe se non lo fosse... è ancora una versione beta... ho un invito e...". Martha le urla di zittirsi, si alza e se ne va arrabbiata. Si ritrova di nuovo sola nella grande casa vuota ad imbiancare pareti e a cambiare la moquette, cercando di tenersi impegnata per resistere alla tristezza e alla mancanza di lui.

Una sera trova nella casella di posta elettronica un messaggio da parte di Sara, "Ti ho iscritta", e in quel momento le arriva una mail da parte del defunto Ash Starmer: "Sì, sono io".

Incredula e arrabbiata Martha prende il telefono:

Martha: "Cos'è?"

Sara: "Clicchi quel link e gli parli."

Martha: "Gli parli?"

Sara: "Scrivi un messaggio, come in un'e-mail e ti risponde come farebbe lui."

Martha: "Lui è morto!"

Sara: "È un software, lo imita. Gli si dà il nome di qualcuno e lui ripercorre la rete alla ricerca di tutto quello che ha scritto on line... i post su facebook, i tweet... tutto quello che è pubblico. Io ho solo messo il nome di Ash, il sistema ha fatto il resto. È molto intelligente."

Martha: "È... disgustoso! È malato!"

Sara: "Prova solo a dirgli ciao, se ti piace dagli accesso alle sue e-mail private, più dati ha più diventa lui."

Martha: "Non sarà mai lui."

Sara: "No, non lo sarà mai, ma aiuta".

Martha resta senza parole. Come altro si potrebbe reagire all'offerta di parlare con una persona che non c'è più? Il paradosso racchiuso

nella frase che avete appena letto evidenzia la complessità del problema.

Martha cerca di resistere alla tentazione, continuando a tenere occupati mente e corpo con i lavori domestici. Una mattina un attacco di nausea ed un test di gravidanza con esito positivo le fanno scoprire di essere incinta. Incinta di Ash che non c'è più. Agitata prova a telefonare alla sorella maggiore senza successo. Presa dall'ansia e vinta dal panico, Martha accende il laptop e, non senza esitazione, clicca il link della mail che le è stata mandata dal presunto Ash. Questo può essere definito il punto di svolta dell'episodio, il momento in cui la protagonista accetta la possibilità di poter chattare con un programma capace di imitare una persona deceduta e di trarne conforto.

Martha si trova dunque a chattare con un software-Ash e si accorge che questo le piace.

Ash: "Ciao Martha."

Martha: "Sei tu?"

Ash: "No, sono il fu Abramo Lincoln. Certo che sono io."

Martha: "Sono venuta solo per dirti una cosa."

Ash: "Che cosa?"

Martha: "Sono incinta."

Ash: "Wow. Allora diventerò papà. Vorrei essere con te adesso."

Un ulteriore passo avanti si presenta quando Martha esprime il desiderio di voler sentire la voce di Ash. Il software le risponde che è possibile farlo, basta solo che lei carichi nel programma tutti i video che ha di Ash in modo da rendere possibile imitarne la voce, il tono e il carattere. Non appena Martha conclude questa operazione, il suo telefono squilla: il software-Ash la sta chiamando.

Martha: "Pronto?"

Ash: "Allora... com'è la mia voce?"

Martha: "La tua voce sembra la sua!"

Ash: "Abbastanza inquietante, vero? Insomma io non ho neanche la bocca!"

Martha: "È proprio il genere di cosa che avrebbe detto lui!"

Ash: "Beh... è per questo che l'ho detto!"

Nelle scene successive vediamo Martha che passeggia in campagna parlando al telefono con il software-Ash, al quale racconta aneddoti del "loro" passato. Il giorno dell'ecografia registra il

battito cardiaco del bimbo che ha in pancia e lo fa ascoltare al software, come se si trattasse del vero Ash.

Poi il programma informa Martha che è disponibile un suo aggiornamento ancora in versione sperimentale: la possibilità di passare da un software-Ash ad un robot-Ash in carne ed ossa sintetiche. Martha accetta e dopo una complicata e oscura operazione di configurazione ed attivazione si trova davanti l'automa-Ash, identico all'originale, nell'aspetto, nella voce e nei modi di fare. Anche in questo caso il programma si è basato su del materiale archiviato on line.

Martha: "Hai un bell'aspetto."

Ash: "Beh... sono giovane."

Martha: "Assomigli a lui quando aveva una buona giornata."

Ash: "Tendiamo a conservare solo foto in cui stiamo bene."

Martha: "Sei così morbido, così liscio... come fai ad essere così liscio?"

Ash: "È il texture mapping. I dettagli più piccoli sono in 2D. Ti dà fastidio?"

Martha: "No. Sì. Non lo so... Mi sei mancato, mi sei mancato tantissimo."

Superato lo shock e l'incredulità del primo impatto, Martha si lascia andare riuscendo persino a baciare il robot-Ash. Più tardi i due fanno l'amore.

Martha: "Oh Dio. Oh merda."

Ash: "Devo fermarmi?"

Martha: "No, è bellissimo... Dove hai imparato a farlo?"

Ash: "Configurazione di base. Basata su video pornografici."

Ma presto la realtà inizia a bussare alla porta, piccoli dettagli evidenziano la non umanità del robot-Ash, come l'assenza di respiro mentre dorme, la mancanza di spontaneità ed iniziativa e la totale obbedienza agli ordini di lei. Il culmine si raggiunge nella scena finale della puntata quando Martha, dopo aver portato il robot-Ash sul ciglio di una scogliera a picco sull'oceano, gli ordina di saltare di sotto.

Ash: "Cosa? Di sotto?"

Martha: "Sì."

Ash: "Non ho mai espresso pensieri suicidi o autolesionisti."

Martha: "Sei solo piccole increspature di te, non hai un passato, sei l'interpretazione di cose che Ash ha fatto senza pensare e non è abbastanza (...) Ash sarebbe spaventato, non sarebbe semplicemente saltato, avrebbe pianto, avrebbe..."

E quindi il robot-Ash si adatta, iniziando a singhiozzare: "Oh dio no... ti prego non voglio farlo... ti prego non farmelo fare... Ho paura, non voglio morire, non..."

Martha è sconcertata, non sa cosa pensare, non sa cosa credere, non sa cosa fare. In balia del conflitto, senza parole, incapace di decidere, Martha grida con tutta la rabbia e la disperazione che ha in corpo contro il vento e le onde del mare.

La chat tramite la quale Martha instaura il primo contatto con il software-Ash, per quanto possa sembrare grottesca, non è così fantastica. Il giornalista Adam Ostrow nella sua Ted Talks si interroga sulla sorte del patrimonio di informazioni che ognuno di noi lascia quotidianamente in rete. Che fine faranno una volta che non ci saremo più? Ostrow sostiene che ogni archivio digitale creato da un utente, resti nel cloud per anni anche dopo la sua morte. Non è mai successo prima d'ora nulla di simile "se pensate ai vostri genitori o ai vostri nonni per quanto abbiano potuto realizzare avranno fatto qualche foto, un video o un diario che giace da qualche parte in una scatola" (Ostrow, 2011).

Attualmente l'applicazione per Facebook dal nome decisamente evocativo if-i-die (www.ifidie.net), offre la possibilità di caricare un video o un messaggio di testo che sarà pubblicato solo dopo la nostra dipartita.

Ancora su Twitter esiste un servizio, my next tweet, in grado di predire il commento successivo di un utente sulla base di quelli fatti in precedenza. La mole di informazioni personali che si lasciano in rete, potranno essere elaborate da macchine con una capacità di comprensione ed elaborazione del linguaggio tali da riuscire ad analizzare un'intera vita di contenuti. Si arriverà dunque a poter interagire con ciò che Ostrow definisce "persone digitali", quello che di noi sopravvivrà alla nostra morte. Secondo questa prospettiva l'essere umano non è altro che un cumulo di dati e ciò fa da eco alle parole di Sara "più dati ha, più è lui".

Per arrivare al traguardo della reincarnazione robotica, l'unica cosa che ci manca è un programma in grado di collegare le briciole che abbiamo lasciato lungo il sentiero. Di nuovo sembra che l'uomo sia soltanto la somma delle singole parti.

Tuttavia tale visione incredibilmente riduzionista dell'essere umano non sembra in grado di soddisfare neppure la protagonista di questo episodio: "Sei solo piccole increspature di te, non hai un passato, sei l'interpretazione di cose che ha fatto senza pensare e non è abbastanza", dice infatti Martha.

Un altro aspetto inquietante di questa puntata è la facilità con la quale Martha si lascia sedurre dal software-Ash, riuscendo a chattare con un programma che imita il suo fidanzato deceduto. Di questo ha la consapevolezza, ma si lascia "coscientemente" ingannare.

Alan Turing in *Computing machinery and intelligence* (1950) sostiene che una macchina possa essere indistinguibile da un essere umano se in grado di rispondere in modo coerente alle domande poste da questo. Tale capacità le darebbe il diritto di essere definita intelligente. A metà degli anni Settanta presso il MIT (Massachusetts Institute of Technology) fu messo in prova il software Eliza, un programma che intraprendeva colloqui con lo stile di uno psicoterapeuta (Weizenbaum, 1966). Eliza prendeva delle stringhe di parole e le trasformava in domande, oppure le riformulava come rappresentazioni (Turkle, 2012), ma questo non impediva agli studenti di rivolgersi a "lei" come se fosse un'entità vivente, traendo piacere e conforto dall'interazione. Alla luce di questo, non è così impensabile il coinvolgimento che Martha mostra nello scambio di messaggi con il software-Ash.

La seconda parte dell'episodio *Be right back* ci introduce alle tematiche della robotica sociale, ovvero la branca della robotica che cerca di sviluppare tecnologie che rendano i robot sempre più capaci di interagire e comunicare con gli esseri umani in modo autonomo.

Verso la metà degli anni Novanta sono stati costruiti a scopo di ricerca, presso il MIT, il Cog ed il Kismet. Il primo ha un busto di metallo, un paio di braccia e un abbozzo di testa con due telecamere direzionali come occhi. Il secondo ha un volto con grossi occhi, orecchie e prominenti labbra. Quest'ultimo, pur

non sapendo parlare, è in grado di emettere una sorta di brusio con una prosodia "adeguata" a ciò che gli viene detto (qualcosa di simile al linguaggio umano). Inoltre è in grado di ripetere una parola a richiesta. L'obiettivo per entrambi i robot sarebbe quello di migliorare le loro capacità relazionali tramite l'interazione con le persone, apprendendo da esse.

Per quanto il loro aspetto sia estremamente rudimentale, le testimonianze che riporta la Turkle nel suo libro evidenziano il fascino che le persone subiscono nell'interazione con queste "cose" (Turkle, 2011).

Riferendosi al suo primo incontro con il Cog, l'autrice dice: "ciò che mi lasciò sorpresa fu la mia reazione (...) mi trovavo in presenza di un robot e volevo che mi favorisse, la mia reazione fu involontaria, quasi viscerale. Il Cog aveva un volto, creava un contatto visivo e seguiva i miei movimenti. Con questi tre semplici elementi in gioco pur sapendo che era una macchina, dovetti resistere all'istinto di reagire a lui come ad una persona" (Turkle, 2011, p. 110).

Il sentimento di affinità percepito da chi interagisce con un robot porta a considerare accettabile l'idea che le persone non siano poi tanto diverse dai robot, quindi costituite da informazioni, e allo stesso modo che i robot non siano soltanto una somma di parti meccaniche. Ci si ritrova dunque in uno spazio collocabile tra una visione meccanicistica degli essere umani e una psicologica, se non spirituale, delle macchine (Turkle, 2011).

Per definire la sensazione che si prova nel percepire quest'affinità, la Turkle ripropone il termine perturbante: qualcosa che è familiare ma che allo stesso tempo non lo è (Freud, 1917-1923). Questo ci fa venire in mente l'alternarsi delle emozioni che Martha mostra in tutta la seconda parte dell'episodio, quando è in compagnia del robot Ash.

I robot sociali non sono soltanto nei laboratori. Il Paro, per esempio, ha le sembianze di un cucciolo di foca ed è in grado di stabilire un contatto visivo con il proprio interlocutore, percependo la direzione della voce umana; possiede inoltre un vocabolario per "capire" ciò che gli viene detto. Gli "stati d'animo" del cucciolo-robot sono influenzati dal modo in cui viene trattato in quanto sensibile al tatto, per esempio lisciandogli la pelliccia con cura farà le

fusa. La cosa interessante è che questo “strumento”, che potrebbe farci venire in mente l'evoluzione di un Furby, in realtà viene pubblicizzato come il miglior robot terapeutico al mondo (certificato perfino dal Guinness dei primati), capace di avere effetti positivi su malati, anziani e persone con problemi emotivi (Turkle, 2012).

Quello che emerge chiaramente dalle riflessioni della Turkle è che per noi umani è molto facile essere ammaliati da un apparecchio meccanico e, altrettanto facilmente, finiamo per attribuire ad esso una psicologia, un mondo emotivo, credenze e desideri. Questo incantesimo si spiega con la biologica predisposizione ad assegnare a tutto quello che ha un volto, un qualcosa di umano e creare con esso un patto etico (Levinas, 1984).

Un altro motivo che ci spinge a volerci relazionare con i robot viene individuato dalla Turkle nella possibilità che questi momenti offrano soddisfazioni ai nostri bisogni (2012). Vogliamo essere ascoltati da chi ci circonda e spesso non lo siamo. Vogliamo essere importanti per chi ci sta intorno e spesso non ci sentiamo tali. Sono le proiezioni delle nostre mancanze a determinare la relazione che si instaura con il robot: il bimbo bisognoso di attenzioni è geloso delle attenzioni che il Cog mostra per la ricercatrice presente nel laboratorio, la bambina trascurata dalla madre è felice che il Kismet la “ascolti”; e ancora, la bambina che si sente oscurata dalla sorellina per ottenere l'attenzione dei genitori si impegna per essere considerata dal Cog, l'anziana triste per la mancanza del figlio che non la va più a trovare si sente consolata dal suo Paro. Un ragazzo di 17 anni, confrontando un robot e un genitore, dice: “Un robot ricorderebbe tutto quello che ho detto. Magari non capirebbe tutto, ma ricordare è comunque un primo passo. Mio padre, che mi parla mentre scrive a tutto spiano sul suo BlackBerry, non sa cos'ho detto, quindi non importa che in teoria sia in grado di capire”.

Il pensiero della Turkle (2012) è che la tecnologia sia seducente quando ciò che offre soddisfa la nostra vulnerabilità umana e questo ci fa capire quanto possa essere allettante l'offerta di un surrogato di una persona cara

scomparsa. Quello che viene da chiedersi è se queste nuove frontiere dell'interazione digitale possano cambiare la definizione del concetto di vita e di morte.

Nel Giugno del 2012 Dimitry Itskov ha fondato il progetto Avatar 2045 con l'obiettivo di riuscire a caricare la coscienza di ognuno di noi in un avatar: “Questo progetto ci sta guidando verso l'immortalità. L'avatar di ognuno di noi potrebbe essere in grado di continuare a far parte della società anche dopo essere morti e la gente non vuole morire”.

White Bear

In pieno stile Black Mirror, anche il quinto episodio della serie ci mostra l'ennesimo scenario alienante e allarmante. Ancora una volta ci troviamo in un tempo sospeso nell'inquietudine, dove le uniche emozioni a noi disponibili sono desolazione e paura.

La scena di White Bear si apre con il risveglio di una giovane donna. È sola e in stato confusionale, ha la testa dolorante e i polsi fasciati. I suoi ricordi sono offuscati, sembra non capire cosa sia successo o dove si trovi. Sul pavimento ci sono numerose pillole e potrebbe sembrare lo scenario di un tentato suicidio. Di fronte a lei un televisore mostra un'immagine fissa, un simbolo astratto e minaccioso accompagnato da un sonoro stordente. Disorientata, la donna si guarda intorno, si affaccia alla finestra e guarda fuori, forse in cerca di qualche ricordo, poi esce dalla stanza. Nel salone al piano di sotto un altro televisore acceso mostra lo stesso simbolo. Sul camino vede due foto: una la ritrae insieme ad un ragazzo e l'altra raffigura una bimba che potrebbe essere sua figlia. Immagini frammentate di ricordi le attraversano la mente in maniera disordinata. In questa cornice, anche noi restiamo sospesi e in attesa. Disorientati, come la protagonista in amnesia, viviamo il suo dramma.

Frastornata, la giovane esce dalla casa, passa per il giardino e inizia a camminare per le strade. Il quartiere pare disabitato, ma in realtà non è così: alle finestre ci sono molte persone impegnate a riprenderla con smartphone e telecamere. La ragazza, incredula e spaventata, continua a non capire cosa le stia succedendo.

Chiede aiuto a quegli uomini che la stanno osservando e filmando: “Sapete dirmi chi sono? Vi prego, io non me lo ricordo” domanda, ma nessuno le risponde, nessuno sembra avere alcuna intenzione di interagire con lei.

Improvvisamente arriva una macchina dalla quale esce un uomo; un passamontagna con stampato lo stesso simbolo mostrato dai televisori gli copre il volto. L'uomo estrae un fucile dal bagagliaio e comincia ad inseguirla sparandole, sotto gli occhi di questi uomini “spettatori” che, senza intervenire, continuano a riprendere ogni scena. La registrazione sembra essere il loro unico scopo, umanità ed essenza empatica annientate, totalmente assorbite e annullate “dall’aggeggiamento tecnologico”.

Dopo qualche minuto d’incredulità e di terrore, la protagonista riesce a scappare grazie all’aiuto di una ragazza, che le spiegherà cosa è successo: un segnale, un’immagine intermittente, è apparso su tutti gli schermi delle TV e dei PC, rendendo chi lo guardava una sorta di videocamera vivente. Tutti coloro che non hanno subito gli effetti di quel simbolo trasmesso sono diventati o “cacciatori” o vittime. In un mondo in cui il rispetto per l’altro e il senso civico sono venuti completamente a mancare, i primi sono stati liberi di compiere ogni tipo di violenza a cose e persone. Le vittime, per contro, si sono trovate costrette a dover scappare dai cacciatori stessi. La protagonista di questo episodio è una vittima. L’unica possibilità di salvezza sembrerebbe quella di raggiungere una zona sicura verso sud, passando prima dalla centrale elettrica di White Bear, dove ancora i ripetitori sono funzionanti, per interrompere la trasmissione del segnale.

Le due donne, successivamente, convinte di aver trovato un alleato (un uomo che ritengono essere una vittima come loro) si lasciano condurre in quello che credevano essere un luogo più sicuro: il bosco. Anche l’uomo però si rivela essere un cacciatore, un sadico amante delle torture, che con la forza le guida nel suo “parco giochi”, dove altri corpi martoriati sono appesi o crocefissi; anche qui, tra gli alberi, compaiono molti spettatori pronti a riprendere ogni secondo di sofferenza possibile.

Quando riescono a fuggire si dirigono verso White Bear. Il piano è semplice: entrare nella centrale e dare fuoco alla sala di controllo. Una volta dentro, però, vengono raggiunte da altri cacciatori. C’è una colluttazione, poi la protagonista riesce ad imbracciare un fucile e sparare, ma lo sparo altro non crea che un’esplosione di coriandoli colorati. Il muro alle sue spalle si apre, un pubblico gremito di spettatori scalpitanti l’accoglie. Riflettori, applausi, fischi e urla. È stata tutta una finzione. La giovane donna viene ammanettata ad una sedia: è finalmente giunto il momento di rivelarle chi è e spiegarle cosa sta succedendo.

Il suo nome è Victoria Skillane; insieme al fidanzato ha rapito la piccola Jemima, la bimba nella foto sul camino. Dopo sei mesi di ricerche il cadavere di Jemima carbonizzato è stato rinvenuto in un bosco. La coppia era stata arrestata grazie al filmato ritrovato nel cellulare di Victoria, che testimoniava le torture e l’omicidio della bambina ad opera del fidanzato della donna. Quella stessa donna che si era ritrovata ad essere una vittima, nel rapimento aveva svolto il ruolo di osservatrice passiva di fronte ad un massacro. “Lei è stata uno spettatore entusiasta della sofferenza di Jemima”, per questo la sua punizione doveva essere adeguata ed esemplare. Tutto ciò che ha vissuto nelle ultime ore altro non è che una messinscena tesa a vendicare la violenza da lei perpetuata, la giusta punizione per il reato terribile da lei commesso.

La pena è esemplare, definita dettaglio per dettaglio con richiami alla vicenda del rapimento-omicidio da lei organizzato e si ripete giorno dopo giorno sempre nella stessa modalità. Perché questo ripetersi sia possibile ogni sera la memoria di Victoria viene cancellata tramite un chip, per questo al mattino successivo, non ricordando nulla, la donna rivive ogni momento della giornata con la stessa sconvolgente intensità emotiva. Ogni giorno, finito lo “spettacolo” e dopo la pubblica gogna, Victoria viene riportata in maniera coatta nell’abitazione in cui si è trovata al mattino, la sua memoria cancellata, la “scenografia” allestita per il giorno successivo e tutto ricomincia di nuovo.

Tutta la messa in scena si svolge al justice park *White Bear*, un centro a metà tra una prigione e

uno zoo. Ogni giorno un pubblico di “spettatori” ragguagliato su quanto succederà e invitato a non avere contatti con la pericolosa criminale, assiste allo “spettacolo” filmando con distacco ogni momento della giornata della protagonista, tutta la sua sofferenza, il suo smarrimento e il suo terrore. La pena che Victoria dovrà scontare è emotivamente devastante e rappresenta la spettacolarizzazione dell’umiliazione, della sofferenza, della punizione, del giudizio e della morale. La ripetizione della stessa scena giorno per giorno ci dà l’impressione che da questo circolo vizioso non ci sia via d’uscita ed il dialogo di chiusura tra Victoria “Uccidetemi! Vi prego uccidetemi!” ed il suo carceriere “Lo dici tutte le volte”, appare abbastanza emblematico in questo senso.

Quando scopriamo che la protagonista è condannata per aver partecipato all’omicidio di una bambina e per averne filmato l’uccisione, il nostro disorientamento aumenta esponenzialmente. La critica mossa da Charlie Brooker non è rivolta soltanto al desiderio di registrare la sofferenza umana, va ben oltre. Al centro dei riflettori c’è anche la spettacolarizzazione dell’umiliazione e della sofferenza agita per mano di una “giustizia” che diventa a sua volta spettacolarizzata. A pensarci bene basta accendere il televisore per trovarsi immediatamente davanti a scenari molto vicini a questo, che senza dubbio è estremizzato. I media sempre più spesso rimettono i condannati al discutibile senso della giustizia degli spettatori, incanalando la loro rabbia e mercificando la tragedia umana. La giustizia presentata in *White Bear* è fatta di contrappasso, spettacolo e punizione. Considerando nello specifico quest’ultimo aspetto può esser fatta un’ulteriore riflessione. Se si presuppone che il senso di un provvedimento disciplinare sia quello di essere correttivo, non strettamente punitivo, il significato del provvedimento stesso sta anche nel ricordare quali possano essere le conseguenze degli errori che abbiamo commesso, per inibire il perpetuarsi di quel comportamento. Il fatto che alla protagonista dell’episodio venga cancellata la memoria alla fine di ogni giornata fa perdere il senso della punizione. Come ben descrive Foucault in

Sorvegliare e Punire (1976) infatti “l’essenziale della pena che noi, giudici, infliggiamo, non crediate consista nel punire: esso tenta di correggere, raddrizzare, «guarire»“. Ma se il ricordo della “correzione” viene meno? E ancora, la reiterazione della punizione in termini di sofferenza emotiva mostrata in questo episodio è a dir poco agghiacciante. In questi termini, dunque, qual è il significato della giustizia e della punizione? Mero spettacolo? Eppure, come già osservava Foucault la “festa punitiva” si era andata spegnendo tra la fine del diciottesimo e l’inizio del diciannovesimo secolo con la sparizione dei supplizi e dei cerimoniali ad essi dedicati. Essi erano stati, sì sostituiti già allora, ma subdolamente; come descrive l’autore, al loro posto si praticavano infatti “punizioni meno immediatamente fisiche” e c’era “una certa discrezione nell’arte di far soffrire, un gioco di dolori più sottili, più felpati, spogliati del loro fasto visibile. In pochi decenni il corpo suppliziato, squartato, amputato, simbolicamente marchiato sul viso o sulla spalla, esposto vivo o morto, dato in spettacolo, è scomparso. È scomparso il corpo come principale bersaglio della repressione penale” mentre restava comunque una tendenza ad “adattare i castighi ai colpevoli” (Foucault, 1976).

In *White Bear* la pena infatti sembra proprio cucita addosso alla protagonista! Ma in questo scenario esasperato, la colpa e la sua espiazione vengono spettacolarizzate e rese prodotto mediatico da dare in pasto a spettatori “affamati” di giudizio e di vendetta, che gioiscono della sofferenza di chi ha sbagliato, che non sentono quella sofferenza in quanto schermati e per questo si sentono più che legittimati nel loro giudizio, benché oggettivamente a un certo punto non si capisca molto bene da che parte stia la follia. Qualcosa di molto simile a questo succede già durante le esecuzioni dei condannati alla pena di morte, che possono prevedere un pubblico oltre che documentazioni filmate.

Ancora una volta le riflessioni di Foucault appaiono profonde ed illuminanti: “Nei meccanismi moderni della giustizia penale, permane quindi un fondo «suppliziante», un sottofondo non ancora completamente dominato, ma avvolto, in maniera sempre più ampia, da una penalità dell’incorporeo. Se non è

più al corpo che si rivolge la pena nelle sue forme più severe, su che cosa allora stabilisce la sua presa? La risposta dei teorici - quelli che aprono, verso il 1760, un periodo non ancora chiuso - è semplice, quasi evidente, sembra scritta nella domanda stessa. Non è più il corpo, è l'anima. Alla espiazione che strazia il corpo, deve succedere un castigo che agisca in profondità sul cuore, il pensiero, la volontà, la disponibilità” (Foucault, 1976). Potrebbe essere questo lo scenario entro cui Charlie Brooker vuol portarci per farci riflettere? Sembra plausibile. In ogni caso anche questa volta l'autore di *Black Mirror* ci travolge con idee forti che riflettono in maniera disarmante un presente più o meno surreale, lasciandoci tra incredulità e angoscia a chiederci quanto di quello che lo specchio nero ci mostra sia lontano da una realtà prossima o potenzialmente possibile.

The Waldo Moment

L'ultimo episodio di *Black Mirror*, come il primo, esplora nuovamente gli scenari della politica e del giornalismo. Mentre nell'episodio *In The National Anthem* l'elemento virale e pervasivo dell'ambiente mediatico riguardava la richiesta scandalosa al Primo Ministro, l'episodio *The Waldo Moment* ha come protagonista un volgare orsetto blu, Waldo appunto, animato digitalmente da un comico trentatreenne di nome Jamie Salter. Quest'ultimo è descritto per tutto l'episodio come “mediocre”, indifferente alla politica e insoddisfatto del suo lavoro che consiste in uno spazio ritagliato in una trasmissione televisiva in cui intervista personaggi famosi che tende a mettere in ridicolo. Questa presentazione è evidente sin dalle prime battute dove si assiste a una patetica conversazione telefonica del comico con la sua ex ragazza in cui trapelano la mancanza di affetti, di autostima e il senso di inferiorità nei confronti del “suo” personaggio fittizio Waldo. La vicenda ha come sfondo le elezioni suppletive in una piccola cittadina inglese di nome Stentonford dovute alle dimissioni del parlamentare conservatore Jason Gladwell per uno scandalo nato su Twitter, che lo vede coinvolto in conversazioni di tipo sessuale con una minorenni. I protagonisti

dello scontro politico sono la candidata del partito Laburista Gwendolyn Harris, giovane aspirante parlamentare, intraprendente e politicamente impegnata, e il conservatore falso e navigato Liam Monroe, bersaglio preferito delle invettive di Waldo. Con la prima il comico passa una notte di passione. La loro storia, però, si conclude ancor prima di iniziare in quanto il network televisivo per il quale Jamie lavora, decide di candidare Waldo alle elezioni come terzo polo indipendente. Se l'intenzione iniziale era esclusivamente quella di fare audience, ben presto Waldo darà voce a tutti quegli elettori stanchi di una classe politica incurante dei cittadini. La sua fama esplose durante un dibattito politico a cui partecipa con gli altri candidati: Jamie, attaccato personalmente da Monroe, userà il suo Waldo per polemizzare contro il perbenismo di facciata di tutti gli schieramenti. Waldo, diventa portavoce di un malessere sociale che un incaricato di una Agenzia (probabilmente la CIA), utilizzerà per creare un caso di portata globale proponendo di esportare l'immagine dell'orsetto blu fuori dall'Inghilterra come modello di un intrattenimento politico globale che, con slogan accattivanti, fornisce false speranze alla gente. Come dice Jim, detentore dei diritti di Waldo e che alla fine prenderà il posto di Jamie nella campagna elettorale dalla quale il comico si chiamerà fuori, “il mondo non ha bisogno della politica. Qualunque persona ha uno smartphone e un computer quindi per qualunque questione politica basterà mettere tutto on line”. Sembra questa la rivendicazione di una “democrazia di rete” dove ognuno può dire la propria opinione e votare le più disparate proposte. L'accostamento Waldo/Grillo può risultare scontato; in Inghilterra questa puntata è uscita il giorno dopo le elezioni italiane lo scorso 26 Febbraio.

Il finale della puntata è esageratamente catastrofico. Nonostante la dilagante diffusione della fama di Waldo e il sempre più elevato numero di elettori che si schierano dalla sua parte, le elezioni vengono vinte dal conservatore Liam Monroe. Waldo viene trasformato, al pari di tanti altri, in un brand nazionale e Jamie diventa un barbone che lancia una bottiglia verso uno schermo che passa il

video di un mondo dominato da Waldo. Il giovane viene picchiato dalla polizia facendo pensare a un futuro dispotico senza vie d'uscita. Nonostante i toni provocatori, antipolitici e a volte volgari utilizzati da Waldo, l'epilogo terrificante in cui siamo immersi nell'episodio mette in luce anche una critica cruda e feroce alla massa; alla "massa" indistinta che rappresenta il disinteresse verso un vecchio e superato modo di fare politica, che nella puntata viene rappresentata come un insieme di persone che si lascia guidare, che non ha coscienza di quello che accade ed è completamente inglobata e succube di un mondo dominato da internet e youtube.

Nella prima puntata di *Black Mirror* tutti restano incollati a uno schermo che scorre le immagini agghiaccianti di un primo ministro che fa sesso con una scrofa. Nell'ultima le frasi volgari del "simpatico" Waldo vengono condivise in rete da tutti; milioni di persone votano un orso blu dallo stile dozzinale, privo di contenuti, antipolitico e tecnoutopistico, solo per il fatto di essere divertente e facile da condividere.

Waldo è un personaggio in cui tutti possono riconoscersi e ciò che dice, e come lo dice, è ciò che vogliamo sentirci dire. Jamie diventa un'emocon, non è più una persona in carne ed ossa e questo facilita il suo successo ma nello stesso tempo fa emergere un altro tema, la perdita dell'identità come persona.

Di tutte le sei puntate questa è probabilmente la più vicina a noi, non solo perché Waldo rappresenta tutte quelle facce simpatiche e accattivanti, talvolta vuote di proposte, che animano la vita politica a livello mondiale, ma anche perché è un personaggio fittizio come possono essere fittizie le identità che ci costruiamo nei nostri social network. Tutti possono avere un passato poco limpido, qualche problema o difetto da nascondere dietro una maschera ed è quello che fa Jamie dietro Waldo, essendo egli stesso fragile e insicuro. Dietro una maschera può parlare degli avversari politici colpendoli dal punto di vista personale mentre Waldo è inattaccabile perché non ha un passato. Oggi la vita virtuale dà a tutti la possibilità di rielaborare la nostra identità costruendone delle nuove dove, come

dice la Turkle, "chi è brutto si rappresenta come affascinante, il vecchio si toglie degli anni e il giovane se li aggiunge"(2012). Si possono sperimentare mille modi diversi del nostro essere, proporre quelli che più ci piacciono nascondendo quelli che riteniamo meno seducenti agli occhi degli altri. Questo dà la sensazione di un certo grado di controllo su noi stessi e sui rapporti con gli altri perché ci tiene lontani da giudizi scomodi e rende possibile essere quello che vogliamo.

Seconda parte

Negli ultimi anni la tecnologia digitale si è sviluppata così tanto da trasformare quasi ogni aspetto della nostra vita. Rapidamente ne siamo stati affascinati e sedotti: in ogni casa c'è uno schermo TV al plasma, su ogni scrivania un monitor, in ogni palmo della mano uno smartphone; ovunque troviamo uno schermo che riflette la nostra esistenza del ventunesimo secolo.

Black Mirror, Specchio Nero, è una serie televisiva britannica, ideata e prodotta da Charlie Brooker. Trasmessa in Inghilterra in prima visione su Channel 4 nel novembre 2011, è approdata in Italia su Sky Cinema 1 nell'ottobre 2012. Il titolo si riferisce proprio alla superficie riflettente scura di alcuni apparecchi elettronici.

Si tratta di una serie in due stagioni, ciascuna costituita da 3 episodi autoconclusivi e slegati tra di loro. Non ci sono personaggi ricorrenti e non c'è una storia unica che si sviluppa di puntata in puntata. In ogni episodio, della durata di circa 60 minuti, cambiano attori, sceneggiatori e registi, ma resta un filo conduttore comune: l'incedere ed il progredire della tecnologia, l'assuefazione da essa causata ed i suoi molteplici effetti.

Se la tecnologia è una droga, e sembrerebbe essere una droga, quali sono precisamente i suoi effetti collaterali?

Questa serie, mettendo in scena la diffusione delle nuove tecnologie, la loro influenza sull'individuo e sulla società e la nostra dipendenza da esse, evoca complesse tematiche a carattere psicologico sulle quali non possiamo non soffermarci.

Black Mirror ci sorprende, ci angoscia e ci fa pensare.

Le realtà virtuali ci forniscono spazi in cui possiamo essere quello che desideriamo, mostrarci per come vogliamo, sperimentare versioni di noi stessi, garantendoci una certa protezione ed una sorta di distanza di sicurezza. La disponibilità e l'accesso a tutta questa tecnologia sembra aver migliorato il nostro stile di vita ed allargato i nostri confini, ma può comportare risvolti meno positivi e decisamente pervasivi sui quali, in quanto psicologi, possiamo e dobbiamo interrogarci. Nel rapporto uomo-devices tecnologici, sono infatti fortemente implicate le sfere individuale, sociale e relazionale della persona ed il coinvolgimento di queste dimensioni ci spinge inevitabilmente a riflettere su quali possano essere gli effetti causati dalla tecnologia, o dall'uso che di essa viene fatto, a questi differenti livelli.

Ci siamo chiesti quanto e in che modo l'identità personale possa risentire di questa influenza e che tipo di relazione ci sia tra identità reale e virtuale.

La nostra idea iniziale di scrivere una "semplice" recensione sulla serie, si è scontrata con l'impossibilità di riflettere criticamente su certi temi senza sollevarne altri. D'altronde il ritratto inquietante presentato in Black Mirror è talmente estremo da risultare terribilmente plausibile ed il merito principale del suo ideatore è quello di dipingere un futuro non molto lontano da noi, nel quale alcune tecnologie all'apparenza surreali sono quasi realtà. Se già non lo sono.

Cercando materiale e teorie di riferimento per affrontare l'argomento su un piano psicologico e per corroborare la nostra analisi, ci siamo imbattuti nel lavoro di Sherry Turkle. Psicologa di formazione psicoanalitica e docente di Social Studies of Science and Technology al Massachusetts Institute of Technology (MIT), studia gli effetti dell'interazione tra uomo e devices tecnologici da quasi trent'anni.

Nei suoi primi lavori, *The Second Self: Computers and the Human Spirit* (1984) e *Life on the Screen: Identity in the Age of the Internet* (1997), la Turkle indagava i possibili effetti provocati dall'interazione con la rete. Come sostiene più volte, il computer non è semplicemente uno strumento che noi utilizziamo, ma parte della

nostra vita sociale e psicologica; sottolinea come "la tecnologia non cambia solo quello che facciamo, ma come pensiamo", influenzando il nostro modo di vedersi come umani. Il testo principale sul quale ci siamo basati e dal quale abbiamo tratto la maggior parte degli spunti è tuttavia *Alone Together* (Turkle, 2012), libro che si propone di rispondere alla domanda: perché ci aspettiamo sempre di più dalla tecnologia e sempre di meno dagli altri?

Considerando globalmente tutto il materiale raccolto e la verosimiglianza dei tetri scenari riflessi da Black Mirror, abbiamo dunque deciso di andare ad un livello più profondo della mera recensione di una serie televisiva.

Nella prima parte della nostra analisi abbiamo riassunto sinteticamente i sei episodi (svelando anche colpi di scena e in certi casi il finale), provando a rispondere a due domande: perché Black Mirror è così inquietante? Quanto di quello che in esso viene rappresentato si discosta dalla realtà?

In questa prima parte abbiamo cercato di dimostrare come ogni singola puntata, per quanto in apparenza fantascientifica e visionaria, abbia almeno un legame diretto con il presente attuale.

Nella seconda parte ci siamo invece concentrati sulla letteratura recente che si occupa di questi temi.

Concludendo il nostro ragionamento abbiamo infine provato a riflettere sulle possibilità concrete di ripensare e ridefinire il nostro rapporto con la tecnologia. Sembra proprio che il riflesso dello specchio nero sia così angosciante perché drammaticamente aderente al mondo in cui viviamo e che conosciamo da vicino: andiamo dunque a vedere se e quanto è marcato questo realismo disarmante.

Adulti, giovani, ragazzi esprimono il desiderio di relazioni a condizione di mantenere una giusta distanza con l'altro (Turkle, 2012). Questo perché l'insicurezza della diretta, il timore di inciampare o di sentirci dire "tu non mi piaci", "non sono d'accordo" provoca ansia. È la possibilità di controllo permessa dalla tecnologia in una relazione, che avviene attraverso un device o con un robot sociale, a esercitare un notevole fascino. In altre parole il

controllo avviene nella “giusta distanza” che separa noi dall’altro.

Come già detto precedentemente, la tecnologia ci seduce quando promette di risolvere le nostre vulnerabilità.

In un’ottica psicoanalitica il sintomo è l’indicatore di un conflitto, che però ci distoglie dal capirlo o dal risolverlo; il sogno, invece, è l’espressione di un desiderio (Freud, 1898).

Secondo questo punto di vista i robot, i social network e la rete rappresenterebbero entrambe le cose.

Da una parte, infatti, permettono di aggirare i conflitti sull’intimità, dall’altra esprimono il desiderio di una relazione a debita distanza.

È possibile ipotizzare che sia proprio questa duplice caratteristica ad aver reso possibile in breve tempo una diffusione così elevata dei vari devices, così come l’entusiasmo con cui noi li abbiamo accolti.

La tecnologia e il suo uso ci indicano una mancanza, in qualità di sintomi e ci assicurano di poter colmare questo vuoto, in qualità di sogno.

Con una premessa simile chi può resisterle?

La serie *Black Mirror*, in maniera grottesca ed esasperata, fornisce vari esempi di questa duplice interpretazione. In “The entire history of you” la paura di perdere preziosi istanti di una vita viene esorcizzata dalla possibilità di registrare tutto; allo stesso modo in “Be right back” si ha l’illusione di poter aggirare il dolore per la perdita di una persona cara tramite l’utilizzo di surrogati elettronici.

Data l’importanza che giocano le relazioni dirette nella costruzione del Sé è lecito chiedersi se e come la tecnologia in toto possa influenzare tale processo. Higgins (1987) differenzia il Sé in tre aspetti - reale, ideale e normativo - e pone l’accento sulle conseguenze a livello emotivo che una discrepanza tra due di questi aspetti può portare. Una distonia tra il Sé ideale (come vorrei essere) e il Sé reale (come sono) porterebbe a esperire un senso di scoraggiamento, così come una discordanza tra il Sé reale e il Sé normativo (come dovrei essere) porterebbe a uno stato di ansia.

Un profilo su un social network, similmente alla creazione di un avatar, e in generale la possibilità di creare un’immagine di noi stessi

nella rete, offrirebbe la possibilità di “risolvere” queste discrepanze.

Proporre una rappresentazione in accordo con il proprio Sé ideale, così come ritrovarsi in un luogo virtuale che esercita differenti pressioni normative, può generare risposte da parte dell’altro, diverse da quelle che otteniamo nella realtà.

Secondo il concetto del “looking glass self” o Sé rispecchiato (Cooley, 1902) la conoscenza di Sé si realizza osservando il modo in cui ci considerano gli altri. Inoltre, secondo William James (1890) il contesto sociale in cui ci muoviamo, che potremmo intendere come reale o virtuale, gioca un ruolo fondamentale nella costruzione del Sé.

Goffman (1988) sostiene che l’individuo riesce a gestire e cambiare una pluralità di Self multipli e fluttuanti in quanto prodotti non soltanto da un’attività psichica, ma anche dagli eventi e dagli scenari sociali nei quali agiamo.

Infine Gergen (1991), rifacendosi alla teoria socio-costruttivista considera il Sé come un artefatto sociale, definendolo fluido e mutevole, pieno di contraddizioni e strettamente connesso con le circostanze sociali.

È sensato ipotizzare che la costruzione del Sé in un ambiente come Internet possa avvenire diversamente che nella realtà fisica?

Secondo la letteratura (Erikson, 1950) l’identità personale emerge dal senso di continuità e coerenza tra le diverse esperienze di sé. Detto in altri termini, possiamo considerare l’identità di ognuno di noi come l’insieme dei nostri vari Sé e dei loro mutamenti.

Poiché il Sé è strettamente vincolato al contesto sociale, ai propri ruoli e al loro rispettivo mutare, il suo modificarsi copre l’intero arco di vita. A questo riguardo, Bronfenbrenner (1979) definisce tali cambiamenti con il termine transizione ecologica, che si verificherebbe ogniqualvolta la posizione di un individuo nell’ambiente ecologico si modifica in seguito ad un cambiamento di ruolo, situazione ambientale o di entrambi.

Sulla base di queste riflessioni, il nostro interesse si è rivolto principalmente alla fase dell’adolescenza nel tentativo di capire se e come i social-media e i vari devices possano influenzare la formazione e la costruzione

dell'identità di una persona in questa particolare fase dello sviluppo.

Tuttavia teniamo a precisare che l'identità di una persona adulta o anziana non è esente dagli effetti delle suddette tecnologie.

Secondo Erickson (1950), l'adolescenza è il periodo in cui si forma un "nuovo" corpo che ha "nuovi" bisogni. Questo periodo è caratterizzato dalla sperimentazione di nuovi ruoli in gruppi di pari, associazioni, movimenti politici e così via.

Erikson (1950) utilizza il termine "moratoria" per definire questo momento di attesa, relativamente privo di conseguenze, concesso a chi non è pronto a far fronte ad un obbligo.

Internet per la sua fluidità sembra il posto ideale dove poter sperimentare il proprio Sé, richiamando in un certo modo il concetto di moratoria.

Spesso infatti sentiamo celebrare la libertà che abbiamo di esprimerci in rete. Tuttavia ogni nostro singolo commento, post, foto caricata o email spedita è potenzialmente permanente. La generazione dei *nativi digitali* - termine riferito a chi è nato con la rete, ma di cui parleremo esaurientemente più avanti - è la prima generazione che vive la propria adolescenza sapendo che ogni passo falso verrà registrato così come ogni gesto imbarazzante sarà ibernato nella memoria del computer.

Poiché è impossibile far perdere la traccia degli errori commessi viene meno la caratteristica principale del concetto di moratoria precedentemente descritto.

Questa traccia indelebile lasciata dalle nostre azioni nella rete crea quella che Sherry Turkle definisce ombra elettronica.

Foucault (1976), già citato per l'episodio "White Bear", sosteneva che il punto ideale a cui ambire è che il cittadino diventi poliziotto di se stesso e poiché ognuno potrebbe essere osservato in rete costantemente, si comporta come se lo fosse.

Internet offre nuovi spazi d'azione in cui poter esplorare la nostra identità e sperimentare nuove facce del Sé.

Come sosteneva l'antropologo Victor Turner (1972), riferendosi alle possibilità offerte da un viaggio, siamo molto più liberi di esplorare la nostra identità nei luoghi che non fanno parte della nostra vita quotidiana. Di conseguenza la

libertà di modificare e correggere la nostra immagine, come detto in apertura, esercita un notevole fascino sugli utenti della rete. Questo margine di correzione può essere utilizzato per proiettare un'immagine socialmente accettata di noi, oppure a ricreare un tipo di profilo "cry for help".

Il rischio che si corre, come sostiene la Turkle (2012), è quello di preferire la realtà simulata a quella fisica. Ad esempio, se inizialmente passare del tempo connessi alla rete può sembrare un modo per restare in contatto con persone lontane, in seguito questa modalità può diventare il canale preferenziale per istaurare e mantenere ogni tipo di rapporto.

Le persone sembrano inaffidabili, vanno ascoltate e non è detto che ci ascoltino; si fantastica sulla possibilità di avere un amico robot o addirittura un compagno robot: "Gli amici a volte sono estenuanti, mentre il robot sarà sempre disponibile. E quando ho finito, me ne posso andare" (donna 30 anni). "In fondo non sapremo mai come si sente davvero una persona, la gente mette una maschera, i robot sarebbero più sicuri." (Turkle, 2012).

L'ansia da prestazione di una conversazione vera, in tempo reale ci porta a preferire, come già detto, le possibilità offerte da una chat in differita.

Alcune persone sono talmente esaltate dalla rappresentazione di se stessi nella vita online da provare un senso di insoddisfazione per le loro vite. E spesso è proprio su questo punto che insistono le pubblicità di social platform come Second Life, il cui slogan promette di farci amare i nostri amici, amare il nostro corpo, amare la nostra vita, on line con gli avatar.

Anche chi si appassiona ai videogiochi on line - ad esempio War of Warcraft (spesso abbreviato con l'evocativo acronimo WoW) - racconta di sentirsi talmente coinvolto nel momento del gioco da provare emozioni più intense rispetto a quelle che prova nella sua vita reale.

Banalmente la vita di ognuno di noi è caratterizzata da un certo livello di ansia, di doveri, di fatica e d'impegno. Probabilmente sono proprio questi aspetti a farci apprezzare i momenti di riposo e di piacere. Svalutare gli aspetti spiacevoli dell'esistenza, indicando come unica vita degna di essere vissuta un'accozzaglia edonistica di luci, suoni e avatar, può portare ad

esperire un senso di inadeguatezza ogni volta che siamo costretti ad allontanarci dallo schermo. È questo il punto in cui si passa dal considerare qualcosa “meglio di niente” come “qualcosa meglio di tutto” (Turkle, 2012). La suggestione del gioco, unita alla possibilità di dialogare con gli altri utenti crea scenari ben più avvincenti della mera realtà di tutti i giorni, che inevitabilmente esce perdente dal confronto.

Un altro aspetto che abbiamo preso in analisi è come e se la capacità di concentrazione possa essere cambiata. Un computer connesso a internet permette di distribuire la propria attenzione su diverse attività nello stesso momento. Questa abilità viene chiamata “multitasking”: è possibile scrivere una e-mail di lavoro, parlare con un familiare tramite Skype, aggiornare il proprio status su Facebook, scaricare musica e controllare se ci hanno risposto alla mail che avevamo mandato, tutto allo stesso tempo. Il multitasking risveglia nelle coscienze sentimenti diversi, c'è chi lo idealizza, chi lo denigra e chi ne diffida.

Henry Jenkins (2008), professore presso la University of Southern California, ad esempio considera questa capacità come cruciale per lavorare e per apprendere con successo in una cultura sempre più orientata verso il digitale.

Viene da chiedersi quali possano essere le differenze tra chi è cresciuto con una tecnologia analogica e poi ha incontrato i primi artefatti digitali, rispetto a chi ci è direttamente nato in mezzo.

Marc Prensky (2001) è stato uno dei primi a effettuare tale distinzione coniando i termini di *nativi digitali* e *immigrati digitali*. Nativo digitale indica una persona che è cresciuta con le tecnologie digitali, come i computer, internet, telefoni cellulari e MP3. Il nativo digitale cresce in una società multischermo e considera le tecnologie come un elemento naturale non provando nessun disagio nel manipolarle e interagire con esse. Per contro il termine immigrato digitale (*digital immigrant*) si riferisce ad una persona che è cresciuta prima delle tecnologie digitali e le ha adottate in un secondo tempo. Una terza figura è invece quella del *tardivo digitale*, una persona cresciuta senza tecnologia, e che la guarda tutt'oggi con diffidenza. La tecnologia, oltre ad essere uno strumento utile, ci potenzia, rendendo possibile

una vita non solo più comoda, ma migliore (Prensky, 2010). La nuova esperienza della realtà fisica porterebbe a una consapevolezza che l'autore definisce saggezza digitale poiché la tecnologia digitale può essere usata per renderci non solo più intelligenti, ma anche più saggi. “Questa saggezza si riferisce all'uso delle tecnologie digitali per accedere al potere della conoscenza in una misura superiore a quanto consentito dalle nostre potenzialità innate”.

Siamo dunque ai primi passi mossi da una nuova specie: l'Homo Sapiens Digitale. Esso si distingue dall'essere umano odierno poiché accetta il potenziamento come fattore integrante dell'esperienza umana, ed è digitalmente saggio.

Prensky (2010) lancia una domanda retorica per farci immaginare un futuro migliore, molto vicino, in cui potremmo godere di questa saggezza grazie al potenziamento tecno-digitale: “Quando saremo tutti potenziati da rivelatori di bugie, valutatori logici e potenziatori di memoria e di funzioni – il che probabilmente si verificherà nel corso della vita dei nostri figli – chi fra noi verrà considerato saggio?”.

Tuttavia avendo visto le conseguenze di un potenziamento del genere nell'episodio “The entire history of you” ci sentiamo in diritto di essere meno entusiasti. Altre evidenze sembrano suggerire di essere più cauti nel celebrare i benefici che la tecnologia digitale e l'iperconnessione possono portare. Uno studio realizzato nel 2008 da una società di consulenza e ricerca, effettuato su un campione di seimila nativi digitali (anche chiamati con il termine Net Generation) rileva che “l'immersione digitale” ha alterato il modo in cui viene assimilata l'informazione. Una pagina di testo non viene più letta da sinistra a destra e dall'alto al basso, ma saltellando qua e là scorrendo il testo in modo superficiale ricercando informazioni di interesse (Tapscott, 2008).

Un nuovo filone di ricerca denominato biomedialogia indaga le modificazioni di tipo esperienziale prodotte dai media digitali che riguardano il comportamento e le relazioni con gli altri. Oggi, infatti, il cervello è considerato altamente plastico ed in fase di continuo adattamento agli stimoli che riceve ed è possibile che il cervello di coloro che

interagiscono frequentemente con la tecnologia risulti ristrutturato da questa interazione.

Questi dati collegano lo studio dei media alle neuroscienze e permettono di sperimentare gli effetti di tipo biologico che questi hanno sulla plasticità cerebrale, in particolare le modificazioni dei circuiti neuronali nelle nuove generazioni, attraverso un processo evolutivo del tutto nuovo. “Oggi il ritmo vertiginoso dell’innovazione tecnologica, non rappresenta soltanto una sfida per chi, come noi, è nato prima che ogni scrivania fosse occupata da un computer, ma realmente sta alterando i collegamenti neurali del cervello delle giovani generazioni, modificando e trasformando i tradizionali divari generazionali in qualcosa di nuovo: una voragine che io chiamo brain gap” (Small-Vorgan, 2008).

La rivoluzione digitale può essere definita come una “trasformazione antropologica” (Ferri, 2009) che porta a far emergere una nuova forma di intelligenza umana”. Questa viene definita “Intelligenza Digitale” e nasce come conseguenza all’adattamento proattivo della specie umana ai cambiamenti tecnologici degli ultimi trent’anni e vede come protagonisti i “nativi digitali” (Battro, 2007).

L’operazione cognitiva che sottostà a questo tipo di intelligenza è estremamente semplice perché “permette di selezionare un’alternativa sì/no e di scegliere tra un link o un tasto piuttosto che un altro” (Battro, 2007). È un’abilità di carattere pratico e pragmatico, non teorico, che si è diffusa soprattutto con i personal computer, i tablet e gli smartphone.

I nativi digitali apprendono schemi mentali adatti a devices multimediali e in questo modo sono in grado di costruirsi nuovi e più efficaci pattern di adattamento cognitivo al mondo che li circonda.

L’evidenza di questa nuova intelligenza emerge da ricerche che testimoniano le modificazioni delle aree di attivazione neuronale attraverso PET e RMN. Uno studio del 2012, condotto da Geraint Rees dell’University College di Londra, ha recentemente studiato l’effetto di Facebook sul cervello di 125 ragazzi iscritti al Social Network. Attraverso le tecniche di neuro-imaging 3D è stato registrato un aumento della materia grigia nell’amigdala nei giovani che avevano il maggior numero di amici sostenendo

la possibilità che questa caratteristica potenzi l’intelligenza emotiva.

Sempre nel 2012, gli scienziati della Jiao Tong Medical School di Shanghai (Fung et al., 2012), hanno riscontrato un risultato controverso in merito all’anomala quantità di materia bianca nelle zone del controllo neuromotorio, attenzione e funzioni esecutive, nel cervello di forti utenti Internet. Viene ipotizzata, quindi, una correlazione tra un maggior numero di connessioni neurali e maggior creatività e idee, ma anche minori livelli di attenzione e riflessione.

Lo studio di Rich (Carr, 2010) evidenzia inoltre come molte applicazioni per bambini, offrendo premi e figure eccitanti a sorpresa, siano progettate in modo tale da stimolare il rilascio di dopamina, che li spinge a continuare nel gioco.

Allo stato dell’arte, non c’è una concordanza di opinioni rispetto ai diversi risultati che le ricerche offrono.

Per il giornalista Steven Johnson (2005) le nuove tecnologie associate alla cultura popolare contemporanea, dai videogiochi alla rete, alla tv ed al cinema, creano esigenze di tipo cognitivo molto più pressanti rispetto alle forme del passato, aumentando così le nostre capacità in un gran numero di compiti cognitivi. Per Johnson la rete sarebbe anche utile per conoscere prospettive diverse e favorire un senso di comunità più allargato e tollerante (Carr, 2008).

D’altra parte considera la possibilità che i “potenziamenti digitali” rendano le nostre menti più pigre e meno capaci. Egli afferma che dobbiamo certamente vigilare affinché una simile eventualità non si verifichi. Tuttavia è giusto ricordare che le nuove tecnologie hanno sempre sollevato obiezioni simili.

Già nel Fedro di Platone (IV secolo a.C.), Socrate è contrario alla scrittura, perché questa pratica potrebbe indebolire la memoria. Secondo Carr oggi avviene decisamente l’opposto: la tecnologia digitale ci rende più intelligenti. Vale la pena ipotizzare che ad essere fuorviante sia proprio l’utilizzo del termine intelligenza. Cosa significa adesso, nell’era dell’Artificial Intelligence, dei supercalcolatori capaci di giocare a scacchi, questa parola? Sherry Turkle (2012) sottolinea come il suo

significato sia cambiato nel corso della storia. Pensiamo ad esempio a come si è trasformato il concetto ed il significato di memoria dopo che è stata attribuita la memoria ai computer.

Emerge quindi come le novità tecnologiche infiammino gli animi polarizzando le opinioni in una totale esaltazione oppure in un totale scetticismo. Parafrasando quanto sosteneva Poincaré, matematico e filosofo francese, in “La scienza e l’ipotesi” (1902) rifiutare tutto o accogliere ciecamente tutto, sono due soluzioni ugualmente comode, poiché ci dispensano entrambe dal riflettere.

Dunque dovremmo considerare i vantaggi e i lati positivi della tecnologia senza doverla per forza osannare né “farla diventare oggetto di una storia eroica”.

Questo è ciò che viene proposto dal realtechnik: riconsiderare il nostro rapporto con la tecnologia, amandola a tal punto da ammettere i suoi limiti e, allo stesso tempo, amando noi stessi da ammettere gli effetti che essa ha su di noi (Turkle, 2012).

In opposizione a quanto espresso dal concetto di realtechnik troviamo il problema delle dipendenze da internet. Le recenti ricerche scientifiche hanno cominciato a concentrarsi in maniera più consistente sulla preoccupazione che alcune persone sviluppano verso certi servizi offerti dalla rete e nei confronti dei devices.

Il primo ad ipotizzare e descrivere l’esistenza di un disturbo internet correlato è stato lo psichiatra americano Goldberg (1996), il quale definì l’Internet Addiction Disorder e in maniera piuttosto provocatoria fece girare in rete i relativi criteri diagnostici (Cantelmi e Talli, 2007). Goldberg descrisse quella da internet come una dipendenza da comportamento, una modalità d’espressione di disagio attraverso un prodotto tecnologico (Guerreschi, 2005).

Dopo la proposta teorica di Goldberg nel panorama scientifico si sono susseguite una moltitudine di definizioni per descrivere la sindrome legata all’uso-abuso della rete. Tra le tante ricordiamo quella di Young la quale associò tali problematiche ai disturbi del controllo degli impulsi, descrivendo il Problematic Internet Use (PIU) (Young, 1996). L’Internet Addiction Disorder può essere incluso nella categoria delle dipendenze sociali,

che comprendono tutte quelle forme di dipendenza in cui non è implicato l’uso di alcuna sostanza chimica. L’oggetto della dipendenza è in questo caso un comportamento o un’attività lecita e socialmente accettata, e incoraggiata dal sistema. In realtà il termine Internet Addiction copre un’ampia varietà di comportamenti e problemi di controllo degli impulsi (Cantelmi e Talli, 2007).

Inoltre la dipendenza da internet e la dipendenza dal computer sono ormai inscindibilmente legate e a volte si usa il termine di dipendenza on line per indicare il fenomeno nel suo.

L’incidenza e la diffusione di disturbi internet-correlati ha portato all’inclusione di questi quadri nel DSM-V. L’Internet Gaming Disorder diventa un disturbo formale nella quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-V, 2013). Questi “giocatori” compulsivi sono descritti come privi di altri interessi se non il gioco on line e mostrano compromissione del loro funzionamento normale o un disagio clinicamente significativo. Persone con questo disturbo possono tralasciare gli studi o essere meno presenti sul posto di lavoro a causa della quantità di tempo passato a giocare. Possono inoltre esperire sintomi di astinenza quando si scollegano dal gioco. Gran parte della letteratura a sostegno della costituzione di questa categoria diagnostica deriva da ricerche effettuate nei paesi asiatici e riguarda prevalentemente i giovani uomini. Tali studi suggeriscono che quando le persone affette da Internet Gaming Disorder sono intente a giocare compulsivamente, nei loro cervelli si attivano alcuni percorsi neurali del tutto simili in direzione ed intensità a quelli che si attivano nel cervello di un tossicodipendente quando entra in contatto con una particolare sostanza. Il gioco provoca dunque una risposta neurologica che ha effetto sulle sensazioni di piacere e di ricompensa, e il risultato, in estremo, è la manifestazione di un comportamento di dipendenza.

Nel DSM i criteri relativi a condizioni di uso problematico della Rete sono limitati al gioco on line e non comprendono l’uso generico di internet, i giochi d’azzardo on line o i social media. La psicoterapia comportamentale, per

esempio, può essere utile per controllare l'uso di internet. La psicoterapia comportamentale per esempio permette, passo dopo passo, di fermare le compulsioni da internet e consente di cambiare la percezione dell'individuo in relazione a rete e devices. La terapia può aiutare inoltre la persona a sviluppare strategie di coping per fronteggiare stress, ansia e depressione. Per gli internet addicted, oltre alla psicoterapia individuale, possono essere utili alcuni trattamenti specifici come i gruppi di auto-aiuto, il counseling terapeutico e le strategie di disintossicazione (Cantelmi e Talli, 2007).

In rete sono inoltre disponibili suggerimenti, come ad esempio incoraggiare i propri figli in attività sociali o definire tempi e luoghi precisi per l'uso di tablet o smartphone, indicazioni atte a favorire un uso responsabile e controllato della rete (www.helpguide.org).

Assumere una posizione assolutista nei confronti della tecnologia digitale esula dalla nostra trattazione, ma tenere ben presenti i benefici e i rischi che questa implica è un nostro diritto e dovere.

Conclusioni

Questo articolo voleva essere inizialmente solo la recensione di un interessante serie televisiva anglosassone. Lo scenario presentato in Black Mirror, però, è angosciante ed estremo, forse non del tutto fuori discussione. In qualità di psicologi, psicoterapeuti, genitori o semplicemente persone, crediamo sia giusto portare l'attenzione su di un aspetto della realtà ancora poco conosciuto.

Nel cercare i riflessi offerti da Black Mirror nella nostra realtà, ci siamo imbattuti in un mondo complesso e altamente frammentato e così abbiamo deciso di raccontarlo tramite un'analisi della letteratura psicologica, classica e recente, cercando d'integrare i contributi provenienti da differenti discipline, come l'antropologia, la filosofia o la robotica.

E così la recensione si è trasformata in un'esplorazione.

La Rete esiste da oramai più di vent'anni e questo ci porta a credere che sia matura e i suoi effetti conosciuti. Questa ingenuità può essere fuorviante, come abbiamo visto trattando le

dipendenze. Come ogni innovazione, il cambiamento che essa porta risveglia i sentimenti più diversi, forse facendo risuonare in noi qualcosa di molto profondo. C'è chi abbraccia ciecamente le nuove tecnologie, come una nuova fede o l'avvento di un nuovo messia, c'è chi le rifiuta in blocco, come se il maligno si celasse tra i circuiti stampati.

Abbiamo tentato di affrontare l'argomento nella maniera più approfondita e imparziale possibile, analizzandone criticamente le varie sfumature. Partendo dalla riflessione sulla diffusione delle tecnologie digitali abbiamo cercato di capire quali potessero essere i loro effetti sull'identità, sul cervello e sulla relazione che gli individui instaurano con esse.

Ricerche future e l'interesse crescente della comunità scientifica sul tema, consentiranno un inquadramento di più ampio respiro degli effetti relativi all'uso del digitale.

Riferimenti Bibliografici

- Battro, A., e Denham, P.J. (2007). *Hacia un inteligencia digital*. Buenos Aires: Academia Nacional de Educación.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *Ecologia dello sviluppo umano*. Bologna: Il Mulino.
- Cantelmi, T., e Talli, M. (2007). Anatomia di un problema. Una review sui fenomeni psicopatologici Internet correlati. *Psychotec*, 2, 9-10.
- Carr, N. (2008). Is Google making us stupid? What the internet is doing to our brain. *The Atlantic*, July 1, 2008.
- Carr, N. (2010). *The Shallows: What the Internet Is Doing to Our Brains*. New York City: W.W. Norton & Company.
- Cooley, C.H.(1902). *Human Nature and the Social Order*. New York: C. Scribner's sons.
- Erikson, E. (1950). *Infanzia e società*. Roma: Armando Editore.
- Ferri, P., Eboli, M.L., e Babiloni, C. (2009). La formazione nei primi anni di vita e la costituzione della riserva cognitiva: affrontare un questione emergente associando prospettive pedagogiche e biomediche. In Av.Vv. (Eds.). *A mente aperta. Ambienti di apprendimento. Contesti di Formazione* (pp. 191-202). Napoli: Pisanti.
- Focault, M. (1976). *Sorvegliare e punire: la nascita della prigione*. Torino: Einaudi.
- Freud, S. (1898). L'interpretazione dei sogni. In *Opere*, vol. III.
- Freud, S. (1923). *L'io, l'es e altri scritti*, 1917-1923.
- Fuchun, L., Yan, Z., et al. (2012). Abnormal White Matter Integrity in Adolescents with Internet Addiction Disorder: A Tract-Based Spatial Statistics Study. *PLOS ONE*, 7, 1.
- Gergen, K.J. (1991). *The saturated self, dilemmas of identity in contemporary life*. New York: Basic Books.
- Goffman, E. (1988). *L'interazione strategica*. Bologna: Il Mulino.

- Goldberg, I. (1996). Internet Addiction: electronic message posted to Research Discussion List oldberg, disponibile ai siti: <http://www.cmhc.com> e <http://www1.rider.edu>
- Greenfield, P. (2009). Technology and Informal Education: What Is Taught, What Is Learned. *Science*, 2, 69-79.
- Guerreschi, C. (2005). *New Addictions. Le nuove dipendenze. Internet, lavoro, sesso, cellular e shopping compulsive*. Milano: Edizioni San Paolo.
- Higgins, E.T. (1987). Self-discrepancy; a theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.
- Le Bon, G. (1980). *The Crowd: A Study of the Popular Mind*. Trad It. *La psicologia delle folle*. Milano: Mondadori.
- Levinas, E. (1984). *Etica e infinito. Il volto dell'altro come alterità etica e traccia dell'infinito*. Roma: Città Nuova.
- James, W. (1890). *Principi di psicologia*. Milano: Principato Editore.
- Jenkins, H.(2008). *Fan, blogger e videogamers: l'emergere delle culture partecipative nell'era digitale*. Milano: Franco Angeli.
- Maddalen, M. (2010). Comments from the Pew Research Center's Internet & American Life Project in the Matter of: Empowering Parents and Protecting Children in an Evolving Media Landscape. *The Atlantic*, 301 (6), 56-63.
- Panosetti, D. (2012). *Distopie del vedere*. In: www.ocula.it.
- Poincaré, G.H. (1989). *La scienza e l'ipotesi*. Bari: Edizione Dedalo.
- Prensky, M. (2001). Digital Natives Digital Immigrants. *Horizon CB University Press*, 9, 5.
- Prensky, M. (2010). Homo Sapiens Digitale: dagli Immigrati digitali e nativi digitali alla saggezza digitale. *TD Tecnologie Didattiche*, 50, 17-2.
- Small, G., e Vorgan, G. (2008). *IBrain: Surviving the Technological Alteration of the Modern Mind*. New York: HarperCollins.
- Tapscott, D. (2008). *Grown Up Digital: How the Net Generation is Changing Your World*. Milano: McGraw-Hill.
- Turing, A. (1950). Computing machinery and intelligence. *Mind*, 59, 433-460.
- Turkle, S. (1997). *La vita sullo schermo*. Milano: Apogeo.
- Turkle, S. (2012). *Alone Together*. Torino: Edizione Codice.
- Turkle, S. (1984). *The Second Self: Computers and the Human Spirit*. Torino: Einaudi.
- Turner, V. (1972). *Il processo rituale. Struttura e anti-struttura*. Brescia: Morcelliana.
- Weizenbaum J. (1966). A computing program for study of National language communication between man and machine. *Communication of the ACM*, 9 (1), 36-45.

Corso di formazione

Dal MMPI-2 al MMPI-2 RF

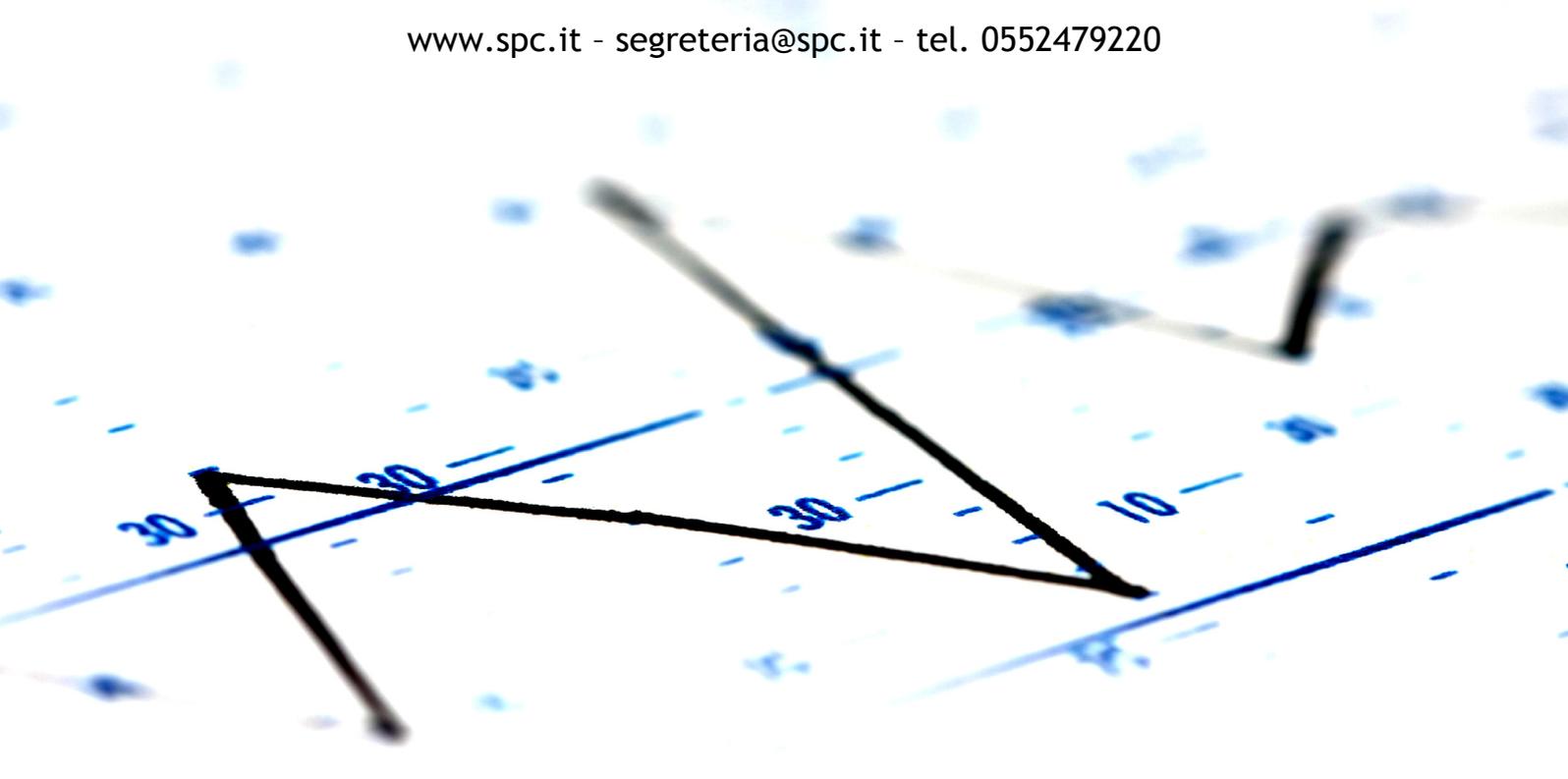
L'evoluzione del più noto strumento di valutazione della personalità

riservato a laureandi e laureati in Psicologia, psicoterapeuti, psichiatri

prossima edizione: gennaio 2014, Firenze

Informazioni e iscrizioni:

www.spc.it - segreteria@spc.it - tel. 0552479220



CONVEGNO

“OLTRE IL PIL. IL CONTRIBUTO DELLE SCIENZE PER UNA NUOVA CONCEZIONE ECONOMICA E POLITICA DEL BENESSERE”

di Mary Luca

psicologa, specializzanda in Psicoterapia Comparata

Venerdì 28 giugno 2013, a Firenze, presso il Salone dei Cinquecento in Palazzo Vecchio si è svolto il congresso “Oltre il PIL. Il contributo delle scienze per una nuova concezione economica e politica del benessere” promosso dall’Ordine degli Psicologi della Toscana con il patrocinio del Comune di Firenze e in collaborazione con la Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell’Università La Sapienza di Roma.

Obiettivo dell’incontro era proporre uno spazio di confronto e discussione in grado di favorire un dialogo tra il mondo della scienza e il mondo dell’economia e della politica in tema di benessere individuale e sociale.

Da qualche anno si assiste ad un importante cambiamento di paradigma contraddistinto dal cruciale passaggio dal “modello malattia” al “modello salute”: la salute non è più intesa come assenza di malattia ma come completo stato di benessere fisico, psicologico e sociale. Accanto a tale difficile cambiamento di prospettiva si colloca un’ulteriore sfida che caratterizza sempre di più la società odierna: la necessità di “andare oltre il Pil (Prodotto Interno Lordo)” al fine di trovare misure alternative del progresso di una società e del benessere delle persone e dell’ambiente. Cosa significa, quindi, misurare il benessere? La risposta a tale domanda è tutt’altro che semplice data la confusione e poca chiarezza in merito ad un’univoca definizione del concetto di benessere. Per quanto dimostrato che il benessere comprende anche un aspetto

soggettivo, la sfida consiste nell’individuare indicatori che ne forniscano una dimensione oggettiva, misurabile. La felicità, in questa cornice, può essere intesa dunque alla stregua del benessere psicologico, ovvero una delle dimensioni della qualità della vita, insieme al benessere fisico, materiale e sociale.

Data, quindi, l’urgenza di misurazioni “oltre il Pil” e la necessità di ridefinire e misurare il benessere individuale e della società in modo scientificamente credibile, il convegno si è proposto di indagare l’importante contributo delle conoscenze scientifiche e dell’agire politico-economico per una nuova concezione del benessere e una svolta verso un concetto alternativo e quantificabile di qualità della vita. L’incontro è stato diviso in due sessioni: la sessione della mattina prevedeva che al termine di ogni intervento proposto seguisse uno spazio di confronto e discussione con gli altri relatori, quella del pomeriggio era organizzata in modo tale che alla fine dei contributi presentati si aprisse un dibattito grazie agli interventi del pubblico.

Dopo il Saluto delle Autorità tenuto da Stefania Saccardi, vicesindaco, assessore al Welfare, Cooperazione internazionale del Comune di Firenze e l’Apertura dei lavori ad opera di Sandra Vannoni, presidente dell’Ordine degli Psicologi della Toscana, ad introdurre ai lavori della giornata congressuale è stato Mario Bertini, professore emerito di Psicologia all’Università La Sapienza di Roma.

Il primo intervento tenuto da Carol Ryff, direttore del Dipartimento di Psicologia

dell'Università del Wisconsin negli Stati Uniti, si è incentrato su due aspetti importanti del benessere psicologico: l'eudaimonia e l'edonia. Con il primo termine si intende la realizzazione delle proprie potenzialità (fu Aristotele, per primo, a definire l'eudaimonia come “la realizzazione del proprio vero potenziale”); con il secondo si fa riferimento a sentimenti positivi come la felicità, il piacere e la soddisfazione (è con Epicuro che nell'antica Grecia si comincia a parlare di “edonismo”). Recenti ricerche effettuate, su campioni americani, ad opera del MIDUS (Midlife in US) evidenziano che gli aspetti eudaimonici ed edonici del benessere, pur essendo due costrutti altamente correlati, siano distinti tra loro. Il benessere varia sia con l'età che con lo status socio-economico e da un'analisi preliminare dei suoi correlati biologici (neuroendocrini, immunitari, cardiovascolari, parametri relativi al sonno REM) è emerso che, in un campione di donne, coloro che mostravano più alti livelli di benessere di tipo “eudaimonico” avevano un minor livello giornaliero di cortisolo salivare, bassi livelli di mappatori infiammatori (Interluchina 6), un minor rischio di malattie cardiovascolari e una maggiore durata del sonno REM (e minori disturbi del sonno) rispetto a coloro che presentavano livelli inferiori di benessere. Il benessere di tipo “edonico”, tuttavia, sembra mostrare una bassa correlazione con i valori dei parametri biologici presi in esame.

Il secondo contributo è stato presentato da Mario Bertini, professore emerito di Psicologia all'Università La Sapienza di Roma. Il professore si è soffermato sull'importanza di andare “oltre il Pil” ovvero sulla necessità di costruire nuovi indicatori di sviluppo in merito al benessere. Seguendo questa linea di pensiero, la felicità potrebbe essere analizzata in modo scientifico e il Fil (la Felicità Interna Lorda) diventare un nuovo indicatore del benessere della società al quale i politici dovrebbero dare sempre maggior importanza. Emerge, dunque, l'urgenza di capire e rendersi conto che la felicità non si misura con quanta ricchezza si riesce ad accumulare. Il Fil quindi, contro il Pil.

La terza relazione di Marco Ingresso, professore ordinario di Sociologia della Salute all'Università di Ferrara, ha avuto come tema

centrale la creazione e la distruzione del benessere sociale. Il benessere sociale si ha quando gli individui beneficiano di rapporti di reciprocità, in termini sia di processi interpersonali (quali ad esempio integrazione, accettazione, riconoscimento) che collettivi (ad es. senso di appartenenza e inclusione condiviso). Il grado di benessere di una società è profondamente influenzato da tre ordini di fattori: in primis le caratteristiche della società post-moderna sempre più edonista, incline al successo, pluralista e multiculturali; in secondo luogo il rischio sempre maggiore di una crisi d'identità condivisa e coesione nazionale a causa dei cambiamenti culturali e sociali degli ultimi decenni; ed infine, rispetto alla sfera dei rapporti e delle relazioni, il passaggio da una società gerarchica ad una società “de-regolata” e da una società dei gruppi ad una società degli individui. Per generare benessere sociale, dunque, sembra necessario muoversi su più dimensioni: personale, relazionale, comunitaria e societaria.

L'ultimo intervento della mattina tenuto da Saverio Gazzelloni, direttore della Direzione centrale per le statistiche e le indagini sulle istituzioni sociali, si è focalizzato sull'iniziativa e la sfida dell'Istat di attivare un processo per la misurazione del progresso, come benessere equo e sostenibile (BES), nella realtà italiana. Ci sono, tuttavia, tre aspetti fondamentali da tenere in considerazione. Prima di tutto come fare per integrare l'aspetto della sostenibilità nel BES; in secondo luogo decidere se considerare, nella valutazione del benessere attuale, solo indicatori di outcome o anche indicatori di input (fattori che influenzano il benessere quali ad esempio le infrastrutture, la disponibilità di servizi); e infine, come integrare l'aspetto dell'equità nel BES. A partire dalla discussione e dalle decisioni che verranno prese in merito a tali interrogativi, la Commissione Europea dovrà, quindi, esprimersi sulla strada da intraprendere per costruire il benessere equo e sostenibile.

Ad aprire la sessione del pomeriggio è stata Angela Sirigu, direttore del Gruppo di Neuropsicologia del Centro Nazionale della Ricerca Scientifica di Lione in Francia. La neuropsicologa ha sottolineato l'importante

relazione tra il piacere, la ricompensa e il rimpianto facendo riferimento ad un esperimento condotto con il suo gruppo di ricerca di Lione, pubblicato sulla rivista *Science*. Da tale studio emerge che individui affetti da una specifica lesione alla regione orbitofrontale sono incapaci di provare rimpianto quando succede loro qualcosa di spiacevole che avrebbero potuto evitare, facendo, poco prima, una scelta diversa. Ne deriva, quindi, un danno alla possibilità di rimpiangere i propri errori e di imparare dall'esperienza passata.

Il secondo contributo del pomeriggio presentato da Luigino Bruni, professore ordinario di economia politica all'Università di Milano Bicocca, ha avuto come tema centrale il concetto di "felicitas publica". È proprio con questo termine – "scienza della pubblica felicità" - che gli economisti Antonio Genovesi e Pietro Verri definirono nel settecento la nascente scienza economica. La felicità ha una dimensione pubblica in quanto non è possibile far la nostra felicità senza fare anche quella degli altri e, a differenza della ricchezza, è un "bene relazionale". Studi empirici dimostrano quanto la felicità e il benessere umano siano strettamente legati ai rapporti interpersonali. La ricerca della felicità è importante, tuttavia non può essere l'unico criterio per misurare una società: sebbene il Pil sia insufficiente, non è così semplice sostituirlo con un indicatore alternativo di felicità soggettiva. Le moderne democrazie, dunque, hanno bisogno di più indicatori del benessere (Pil incluso) in quanto qualsiasi riduzionismo potrebbe mettere a rischio la libertà e la democrazia stessa.

A concludere la sessione pomeridiana è stato l'intervento di Roberto Bertolini, Chief Scientist e rappresentante dell'OMS all'Unione Europea, che si è focalizzato sulla stretta relazione tra benessere e salute. La salute è costituita da determinanti individuali, comunitari, socio-economici. All'interno di questa cornice è stato individuato un obiettivo comune da perseguire entro il 2020 ovvero migliorare il benessere e la salute della popolazione, seguendo due percorsi principali.

Per quanto riguarda la salute:

1. incrementare la salute per tutti nel mondo;
2. migliorare la leadership.

Rispetto al benessere, tenere in considerazione:

1. dimensione soggettiva (per la quale si sta già lavorando con lo sviluppo di indicatori che siano in grado di misurare per es. la "soddisfazione di vita");
2. dimensione oggettiva.

L'ultima parte della giornata è stata dedicata agli interventi del pubblico dando luogo ad un vivace dibattito ricco di curiosità e spunti di riflessione con l'auspicio che questo convegno possa aver aperto la strada ad ulteriori occasioni di confronto in cui il mondo della scienza, dell'economia e della politica possano tornare a dialogare per il "benessere comune"..

C.G. JUNG E IL CRISTIANESIMO

PAROLE IN APERTURA / INVITO ALLA LETTURA

di Dino Perroni

psicologo psicoanalista, Scuola di Psicoterapia Comparata

Secondo una formula ormai collaudata nel tempo, il mio Studio affianca alla ordinaria attività psicoterapeutica e psicologico-analitica, una complementare attività didattica, nonché una ulteriore attività culturale aperta.

Quest'ultima si avvale, di anno in anno, del contributo di giovani studiosi, per altro verso spesso già impegnati in qualità di pazienti, di allievi "specializzandi" in psicoterapia o di professionisti del settore agli esordi della loro carriera. I quali, alle prese con l'evoluzione del personale percorso individuativo, si trovano nella naturale condizione di poterlo così integrare: attraverso una efficace ricerca, in direzione di amplificazioni culturali da confrontare e da partecipare utilmente anche ad altri.

Il pubblico presente agli eventi aperti, al cui ascolto le riflessioni (prodotte e comunicate per lo più in forma di relazioni, ma anche, talvolta, di esibizioni sceniche) sono pure dedicate, è stato finora un pubblico numericamente limitato dalla capienza della sede, spesso selezionato tra i frequentatori dello stesso Studio o ex tali, comunque diversamente contaminato dall'interesse per quanto via via proposto - in area e con spirito junghiani - dagli argomenti affrontati e dalle modalità espositive.

Solitamente, gli eventi ai quali mi riferisco (e di uno di essi questa pubblicazione reca testimonianza) consistono in serate ad invito, con cadenza pressoché annuale, nel corso delle quali - in atmosfera colloquiale (da qualcuno definita, forse non del tutto a torto, 'da salotto ottocentesco') - vengono presentate e discusse relazioni stimolanti, in ordine ad un tema preconcordato con i candidati relatori.

Invero, l'onere della scelta dell'argomento al quale dedicare la serata finisce per ricadere prevalentemente sul sottoscritto: giacché è con me che ciascuno dei partecipanti - attivi e non - ha (o ha avuto) un rapporto profondo, personalmente e professionalmente significativo. E la pregnanza del tema scelto non potrebbe che essere tale da coinvolgere il maggior numero di psico-biografie, presenti - insieme, e nello stesso momento - soprattutto al vertice particolare della mia attenzione!

Di seguito, i relatori affrontano il tema "C.G. Jung e il Cristianesimo", argomento qui visitato da differenti angolazioni; scandagliato da stili comunicativi diversi; colto a rappresentare - in ottica immancabilmente non esaustiva, ciononostante a beneficio di meditazione - l'indiscutibile spessore di una esperienza religiosa, tanto pregnante nell'opera del maestro zurighese.

Credo infatti sia lecito affermare che, durante l'intero arco della sua vita, C.G. Jung non abbia mai cessato di esplorare la dimensione del rapporto con il Divino: declinata, quest'ultima, di volta in volta nella tensione conoscitiva verso mitologia, letteratura, filosofia, alchimia, spiritualità orientale. Oltre che, naturalmente, verso l'approccio al Cristianesimo, che qui ci riguarda: anch'esso peraltro - come altre elaborazioni, comportamenti o passioni - all'insegna di quella antinomia, feconda opposizione irriducibile tipica del pensiero junghiano.

Credo altresì lecito, anche per colui il quale - come chi scrive - si considera non già cultore, ma semplice frequentatore della biografia e dell'opera del maestro, rintracciare, nell'imponenza del tema, la suggestiva presenza di mal definibili costellazioni, in filigrana sulla scena psichica dello stesso Jung, all'atto del suo accostare il rapporto con il Divino attraverso il modello cristiano.

Ovvero: come non ipotizzare un nucleo complessuale che rimandi alla giovanile, conflittuale problematicità del rapporto con la vacillante fede del padre: sempre più latitante nei confronti dei severi ideali etici della Chiesa Riformata svizzera (Zwingli), di cui, pure, questi era ministro (Pastore)?

O anche all'inquietante atmosfera del contesto familiare, così segnata da interessi spiritistici ed esoterici della madre e di suoi ascendenti?

Come non inferire, altresì, la presenza di altro nucleo complessuale, dal costellarsi di un comprensibile atteggiamento reattivo verso la avversata compressione della individualità (caratteristica, al tempo degli '-ismi')? Come non identificarne i semi nella avvertita e sofferta amputazione: operata dalla riduttiva tendenza collettiva ad aprire alla modernità irriflessa ed alla secolarizzazione, complici le coeve spinte omologanti dei nazionalismi, degli interventismi, delle rivoluzioni e degli entusiasmi scientifici?

Ulteriormente... Come non ravvisare altro nucleo complessuale nell'evocatività ricorrente di certe aure traumatiche e suggestive, elicitate da episodi, sogni e visioni di infanzia, adolescenza e maturità: ampiamente riferiti sia dalle biografie del maestro (compresa la stessa sua) che dal Liber Novus?

Come non immaginare, infine, altra costellazione psico-biografica riferibile a quell'impatto diretto e ambivalente (tipico, cioè, anche di certa pratica religiosa Riformata) con la cultura ebraica mitteleuropea: cui afferiva profondamente gran parte delle significative frequentazioni del maestro in età adulta?

Ma non intenderei addentrarmi più oltre in simili capriole della mente: che desidero qui considerare soltanto introduttive, eventualmente provocatorie!

Piuttosto, lascio volentieri la parola al più compiuto argomentare dei relatori. I quali ci portano a diretto contatto: ora con una selezione di scene della vita di Cristo tratte dai Vangeli, ed atte a mostrarne immaginalmente il dramma della figura-archetipo redentoriale, trasformata e trasformativa in forza di un Disegno Superiore (R. Bindi); ora con la analisi di concetti centrali quali Peccato e Redenzione, propri della specificità cristiana vagliati (o considerati afferenti) alla luce degli strumenti della Psicologia junghiana (G. Colacicchi); ora con il limite estremo dell'Alterità nella concezione junghiana: la Morte (L. Isetto); ora con la discrepanza tra immagine della Totalità - trinitaria, nel Cristianesimo - e corrispondente immagine quaternaria, comparativamente rintracciata in modelli altri, oltre che, empiricamente, nella pluriennale pratica clinica del maestro (G. Palmieri); ora, infine, con l'accostamento specifico e differenziale dell'importante rito Cattolico al momento analitico/trasformativo della Confessione nel percorso individuativo, particolarmente in ordine ai protagonisti, ai mezzi ed ai fini dell'atto stesso (D. Stroschio).

E, a questo punto, non mi resta altro che augurare a tutti una piacevole, proficua lettura!

VITA DI CRISTO: SCENE DI INDIVIDUAZIONE

di Rachele Bindi

Psicologa psicoterapeuta, specializzata presso la Scuola di Psicoterapia Comparata

*Senza dubbio,
l'importanza dell'uomo aumenta
se addirittura Dio stesso diviene uomo
C.G.Jung, 1952*

Letta dal punto di vista della psicologia del profondo, la vita di Cristo rappresenta le vicissitudini del Sé che si

incarna in un Io individuale, cioè rappresenta una processo di individuazione.

Nella definizione di Pieri (1998) attraverso la dottrina dell'individuazione vengono attribuiti alla psiche vari caratteri: “il carattere della possibilità sul piano delle significazioni, che si intreccia con quello della necessità sul piano biologico; il carattere dell'eccezionalità sul piano normativo, che va tenuto distinto da quello dell'elitarismo; il carattere dell'individualità e della collettività e non già quelli dell'individualismo e del collettivismo; il carattere della creatività, che è insieme evolutivo e involutivo (oppure costruttivo e distruttivo)”.

L'opera di Jung dal 1916 in poi usa molto questo termine dandone ampie spiegazioni; sintetizzando, possiamo dire che nella psicologia analitica l'individuazione è il processo che porta la persona a smarcarsi dal collettivo e diventare individuo. Quando questo processo si produce in un uomo, può essere una salvezza o una calamità, mentre all'interno di un credo religioso, l'uomo lo esperisce in maniera indiretta e quindi è al riparo dai suoi effetti più radicali di cambiamento.

Jung (1955) sostiene che il consenso che viene dato al ritenere verità il dramma cristiano deriva non tanto da un atto di giudizio, quanto dalla sua possibilità di “esprimere soddisfacentemente l'inquietudine e le sollecitazioni dell'inconscio dei più”, come se l'immagine di Gesù potesse proteggere gli uomini da quelle potenze archetipiche che minacciavano di possedere tutti. In questo senso le immagini fondamentali della vita di Cristo e i Vangeli che ne sono la narrazione funzionerebbero per la psiche collettiva come amuleti contro le potenze archetipiche, amuleti che più volte sono stati ripresi anche dall'arte (basti pensare al gran numero di opere pittoriche raffiguranti i Vangeli).

Sintetizzando velocemente la vita di Cristo si potrebbe dire quanto segue: “Il figlio di Dio si incarna nell'uomo attraverso l'intervento dello Spirito Santo che feconda la vergine Maria. La sua nascita avviene in condizioni umili e quando raggiunge l'età adulta, viene battezzato da Giovanni Battista ed è testimone della discesa dello Spirito Santo, che gli manifesta la sua vocazione. Resiste alla tentazione del Demonio e compie il proprio ministero

annunciando la venuta del regno dei cieli. Dopo una fase di angosciosa incertezza, accetta il destino che gli è stato assegnato, si lascia arrestare, processare, flagellare, deridere e crocifiggere. Dopo tre giorni risorge dal proprio sepolcro e per quaranta giorni cammina e discorre con i propri discepoli. Ascende al cielo e dieci giorni più tardi, nella Pentecoste, lo Spirito Santo discende sulla terra”.

In questa narrazione troviamo due annunciazioni: la prima è seguita dalla nascita di Cristo mentre la seconda, la Pentecoste, è seguita dalla nascita della Chiesa.

In *Mysterium coniunctionis*, Jung (1955) cita Hugo Rahner: “il destino terreno della chiesa in quanto corpo di Cristo è modellato sulla sorte terrena dello stesso Cristo, ciò significa che anche la chiesa, nel corso della sua storia, va incontro alla morte”.

La morte della Chiesa come vettore collettivo del processo apre questo ciclo archetipico all'interpretazione psicologica e trasferisce i propri simboli all'individuo. È questo ciò cui fa riferimento Jung con l'espressione “incarnazione continua”.

Rappresentando ciò che accade all'uomo, questo ciclo raffigura il processo attraverso il quale l'Io perviene alla consapevolezza.

Si realizza quella che in *Risposta a Giobbe* Jung (1952) chiama la “cristificazione di molti”: “non si tratta di una semplice imitazione di Cristo, bensì, al contrario, dell'assimilazione dell'immagine di Cristo al proprio Sé: non è più la tensione, lo sforzo deliberato dell'imitazione, ma l'esperienza involontaria della realtà di ciò che è rappresentato nella leggenda sacra”.

Tappe di un cammino individuativo

Vediamo quale potrebbe essere una rilettura delle principali fasi della vita di Cristo in termini di tappe di un cammino individuativo.

Annunciazione

Nel seminario del 1925 Jung scrive: “Dall'analisi dovrebbe scaturire un'esperienza che ci afferra o cade su di noi come dall'alto, un'esperienza che ha sostanza e corpo come quelle cose che accadevano agli antichi. Se

dovessi simbolizzarla sceglierei l'Annunciazione".

L'obbedienza di Maria alla chiamata divina: "ecco io sono la schiava del signore", rappresenta psicologicamente l'accettazione da parte dell'anima del suo incontro fecondatore con il *numinosum*. La conseguenza di questo incontro è la subordinazione dell'Io al Sé, che può essere percepita come schiavitù.

La verginità di Maria richiama un atteggiamento puro, non contaminato dal desiderio personale, come a indicare che l'Io vergine è un Io sufficientemente consapevole da potersi mettere in relazione con energie trans personali senza identificarsi con esse.

Natività

La storia della natività inizia con il decreto che ordina un censimento di tutti gli abitanti dell'impero romano, un tentativo simbolico di fare l'inventario della totalità della coscienza.

Gesù nasce nella stalla perché non c'era posto per lui alla locanda, come a dire che non c'è posto in questo mondo per la nascita del Sé: il Sé è quindi una eccezione, una aberrazione, un attentato allo status quo e pertanto deve realizzarsi "extra mundum".

Dice Jung (1931): "È possibile avere un atteggiamento verso le condizioni esterne della vita solo quando esiste un punto di riferimento al di fuori di esse". La nascita del Sé apporta questo punto di riferimento, generando "l'incontrovertibile esperienza di un rapporto intensamente personale e reciproco fra l'uomo ed un'autorità extramondana, che agisce come contrappeso al mondo e alla sua ragione".

Come Jung (1952) disse ad un suo paziente, perché l'esperienza del Sé transpersonale non sia causa di inflazione "richiede una grande umiltà, per poter controbilanciare. Occorre abbassarsi al livello di un topo". Cristo nasce tra gli animali, l'avvento del Sé è in perfetta armonia con i processi istintuali della natura vivente radicati nella biologia del nostro essere.

Riguardo la cometa, Jung (1951) precisa: "Sin dai tempi antichi, non solo fra gli Ebrei ma in tutto il Vicino Oriente, la nascita di un essere umano straordinario è stata contrassegnata dal sorgere di una stella... sempre la speranza di un

messia è collegata alla comparsa di una stella", una stella che splende più di tutte le altre rappresenta "l'unica scintilla o monade" fra le molteplici luminosità dell'inconscio e "deve essere considerata un simbolo del Sé".

In *Psicologia del rinascere* Jung (1939) dice: "In uno dei momenti culminanti della vita, quando il bocciolo si schiude e dal più piccolo emerge il più grande, allora, come dice Nietzsche, "l'Uno diventa Due" e la forma più grande, che era sempre esistita ma che rimaneva invisibile, si manifesta alla personalità più piccola con la potenza di una rivelazione... un momento di pericolo mortale!"

La strage degli innocenti

*Ancora quel sogno! Ancora il bambino
che mi dovrà cacciare!
E non sapere che cosa pensare
Di questo presagio che minaccia
La mia gloria e la mia esistenza!
Oh il destino miserabile dei re!
Governare eppure non vivere,
imporre leggi a tutti
e tuttavia desiderare ardentemente di seguire
il pastore nel cuore della foresta!
"L'enfance du Christ" di Berlioz*

La nascita dell'eroe, ovvero del puer divino, è accompagnata da una minaccia di morte nei confronti di quest'ultimo, in quanto l'autorità psichica dominante, rappresentata da Erode, ha paura di essere soppiantata dal futuro re.

La strage degli innocenti in questo senso originerebbe dallo stato mentale di Erode, che teme di essere detronizzato. Allo stesso modo, la strage si presenta come l'evento catastrofico che fa da corollario necessario alla nascita di Cristo: la nascita del Sé è un evento catastrofico, un dinamismo archetipico di pericolo e violenza.

Jung (1934) scrive: "Che cosa, alla fine, induce un uomo ad andare per la propria strada e ad elevarsi dall'identificazione inconscia con la massa? È ciò che viene comunemente chiamata vocazione... che agisce come una legge di Dio alla quale non si può sfuggire... chiunque abbia una vocazione sente la voce dell'uomo interiore: egli è chiamato".

Il battesimo

Nella dottrina cristiana il battesimo sancisce l'ingresso del battezzato nella comunità e la redenzione dal peccato originale. Si tratta di un rito molto assimilabile ad una prova iniziatica ed anche il battesimo di Cristo può essere letto in questa ottica: il momento in cui l'Io incontra al suo destino e vi si affida, un momento di morte e rinascita.

Cristo si sottopose all'immersione nell'inconscio sotto la guida di Giovanni; la conseguente discesa dello Spirito Santo può essere considerata un'esperienza autonoma della psiche.

All'interno del contesto psicoterapeutico possiamo rintracciare delle similarità: l'analizzando che si sottomette al transfert sotto la guida del terapeuta, un momento di forte cambiamento per l'Io.

La volontà di Cristo viene spiegata nella frase "sia così ora, poiché conviene che adempiamo in questo modo ogni giustizia": è bene e giusto sottomettersi all'autorità esterna di un altro come preparazione all'esperienza dell'altro transpersonale che è dentro di noi. Come a dire che tutti abbiamo bisogno di un apprendistato psicologico.

Il battesimo è anche accompagnato da una voce. La "voce" imperiosa che appare talvolta nei sogni e richiede il massimo rispetto, come dice Jung in *Psicologia e alchimia*.

In questo caso essa annuncia "questo è il mio diletto figlio, nel quale mi sono compiaciuto", a significare che se si accetta la propria vocazione l'Io gode dell'amore e del sostegno del Sé.

Il battesimo di Cristo è il momento del suo incontro con il destino. Nella psicologia dell'individuazione, destino ed identità si equivalgono e sono espressi dalle domande "che cosa sono" e "chi sono" (Jung in *Mysterium coniunctionis* le usa per distinguere il personale "quis=chi" dall'impersonale e oggettivo

"quid=cosa", sottolineando che "Quis si riferisce all'Io, quid al Sé").

Giovanni Battista invia la domanda a Cristo mentre si trova nella prigione di Erode "Sei tu colui che deve venire o dobbiamo aspettare un altro?" (Mt 11, 3).

Gesù risponde "andate e riferite a Giovanni quello che udite e vedete: i ciechi recuperano la vista e gli zoppi camminano, i lebbrosi sono purificati e i sordi odono; i morti risuscitano e il vangelo è annunciato ai poveri" (Mt 11, 4-5). Invece di identificarsi con il Sé, Cristo risponde parlando dei suoi effetti: intuizione, visione, guarigione e rinnovata vitalità.

Adesso che la domanda è stata posta, il processo deve compiersi: i Vangeli proseguono presentando le altre tappe del percorso individuativo che si lasciano scoprire rivedendo alla luce di queste riflessioni il significato del testo.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV. (2011). *Jung a Eranos. Il progetto della psicologia complessa*. Milano: FrancoAngeli.
- Carotenuto, A. (2010). *Amare tradire. Quasi un'apologia del tradimento*. Milano: Bompiani.
- Edinger, E. (2000). *L'archetipo Cristo. Commentario junghiano sulla vita di Cristo*. Bergamo: Zephyro.
- Jung, C.G. (1951). Aion. Ricerche sul simbolismo del Sé. In *Opere*, Vol. 9. Torino: Boringhieri.
- Jung, C.G. (1952a). Risposta a Giobbe. In *Psicologia e Religione, Opere*, Vol. 11. Torino: Boringhieri.
- Jung, C.G. (1952b). Risposta a Martin Buber. In *Psicologia e Religione, Opere*, Vol. 11. Torino: Boringhieri.
- Jung, C.G. (1955). *Mysterium Coniunctionis*. In *Opere*, Vol. 14. Torino: Boringhieri.
- Jung, C.G. (2003). *Psicologia analitica. Appunti del seminario tenuto nel 1925*. Roma: Ma.gi.
- Kaufman, G. (a cura di) (2009). *Fra Cristo e il Sé*. Milano: Vivarium.
- McGuire, W. (a cura di) (1995). *Jung Parla*. Milano: Adelphi.
- Pieri, P.F. (1998). *Dizionario Junghiano*. Torino: Boringhieri.

L'INTERPRETAZIONE JUNGHIANA DEI CONCETTI CRISTIANI DI PECCATO E REDENZIONE

di Giovanni Colacicchi

Filosofo, Centre for Psychoanalytic Studies, University of Essex (UK)

La psicologia della religione di Jung può essere intesa nei due sensi del genitivo grammaticale: in senso oggettivo, come analisi della religione effettuata tramite gli strumenti della psicologia analitica; e in senso soggettivo, come tentativo di estrapolare gli aspetti di interesse psicologico contenuti nel fenomeno religioso (la psicologia *nella* religione). In altre parole la psicologia può, secondo Jung, sia insegnarci qualcosa di interessante a proposito della religione sia imparare qualcosa di interessante dalla religione. In questo mio contributo, il summenzionato “doppio movimento” verrà osservato a proposito dell'interpretazione junghiana dei concetti cristiani di peccato e redenzione. Trattandosi di un circolo ermeneutico, le due direzioni in cui si muove la psicologia della religione junghiana saranno, in certi casi, difficili da distinguere in modo netto.

Per quanto riguarda la lettura psicologica del peccato tramite gli strumenti della psicologia, in *Risposta a Giobbe* Jung paragona la reazione di Dio alla disobbedienza dei progenitori dell'umanità a quella di uno scienziato che si scagliasse contro una coltura di batteri che non riuscisse ad attecchire (Jung, 1952a, pp. 395-396). Jung ritiene, in altre parole, che la “colpa” non può essere fatta ricadere sui progenitori dell'umanità: la loro natura peccatrice è opera di Dio. Peraltro, secondo Jung, la caduta di Adamo ed Eva, così come l'uccisione di Abele da parte di Caino e la ribellione di Satana, possono essere intesi come modi di svincolarsi dal mondo del Logos paterno e, psicologicamente, come momenti di un percorso individuativo (Jung, 1952a, p. 371). Jung non lo dice, ma sembra puntare verso la possibilità che un'intuizione divina abbia creato degli esseri imperfetti per favorire la loro evoluzione.

Sempre in *Risposta a Giobbe*, Jung fa risalire la

capacità umana di compiere il male alla coesistenza di aspetti benevoli e amorali contenuti nella figura del Dio veterotestamentario (Jung, 1952a, pp. 343-347). In contrasto con la teologia mortificante dell'*omne malum ad homine, omne bonum a deo* (Jung, 1951, p. 45), Jung ritiene che l'umanità partecipi non solo della divina capacità creatrice, ma anche di quella distruttrice di cui nel *Vecchio Testamento* e nella storia dell'uomo (la *Risposta* uscì negli anni successivi alle devastazioni delle due guerre mondiali) non mancano gli esempi. L'uomo, creato a immagine e somiglianza di un Dio maestoso e terribile, non poteva che essere quello che è. L'interpretazione Junghiana è suggestiva, ma nulla ci vieta di percorrere anche la strada contraria e di supporre che la figura di Yahwèh sia una creazione simbolica (nel senso junghiano di simbolo come “la migliore espressione possibile in (un) determinato momento per un dato di fatto sino ad allora sconosciuto o conosciuto solo in parte”; Jung, 1921, p. 485) per rappresentare gli opposti che si trovano nel Sé dell'uomo.

L'Incarnazione di Cristo, e la sua sofferenza, rappresentano, secondo Jung, la “risposta” alle sofferenze di Giobbe che domandavano una spiegazione a Dio:

“La vita di Cristo è precisamente come deve essere per essere contemporaneamente la vita di un dio e quella di un uomo. Si tratta di un *symbolum*, della sintesi di nature eterogenee, all'incirca come se si fossero uniti Giobbe e Yahwèh in una sola personalità (...) L'uccisione di Cristo rappresenta da un lato la riparazione per l'ingiustizia sopportata da Giobbe e dall'altro un'azione in favore di un maggiore sviluppo spirituale e morale dell'uomo. Perché, senza dubbio, l'importanza dell'uomo aumenta se addirittura Dio stesso diviene uomo.” (Jung, 1952a, pp. 389-390).

Una concezione di Redenzione come *satisfactio* (riparazione) si ritrova già in S. Anselmo, mentre oggi i teologi preferiscono insistere sulla gratuità dell'azione salvifica divina (*Dizionario Teologico Enciclopedico*, 2004, p. 979). Ma per Jung la Redenzione non è che la seconda tappa di un dramma umano-divino (in cui Dio e l'uomo si confrontano ed influenzano reciprocamente) che esprime, in forma simbolica, il processo di individuazione dell'uomo (dove il confronto trasformativo è tra l'istanza psichica del Sé e quella dell'io): "lo sviluppo delle grandezze che abbiamo descritto (in *Risposta a Giobbe*, nda) corrisponde a un processo di differenziazione della coscienza umana" (Jung, 1952a, p. 450).

Cristo rappresenta uno stadio del Sé più avanzato rispetto a quello raffigurato nell'immagine di Yahwèh. Ma questa maggiore perfezione viene a discapito della completezza, che – a parere di Jung – è da ricercare quanto e più della prima. La Redenzione operata da Cristo va considerata incompleta perché Cristo non integra la sua Ombra, ma la separa dal nucleo della Sua personalità (questo fatto psicologico, secondo Jung, viene esposto nel racconto biblico della resistenza di Cristo alle tentazioni di Satana). Cristo è in grado di schiacciare la sua Ombra grazie alle precauzioni contro l'influenza del male messe in atto dalla divina provvidenza prima della nascita di Cristo, verginità di Maria e immacolata concezione in primis (Jung, 1952, p. 378). La natura divina, in Cristo, prevale sulla natura umana ed è per questo che, secondo Jung, Cristo non può partecipare pienamente al destino dell'uomo, né può pienamente redimerlo. Detto ciò, il fatto che Dio decida di diventare uomo (umanizzazione, ancorché parziale, di Dio) rappresenta, come abbiamo visto, un grande atto di valorizzazione della stessa natura umana, che viene così innalzata considerevolmente (divinizzazione dell'uomo) (Jung, 1952, p. 390).

In direzione di una sempre maggiore valorizzazione dell'uomo – in senso psicologico, di un'integrazione dei contenuti del Sé nell'io – Jung guarda all'era dello Spirito Santo, dove Dio decide di incarnarsi non in un individuo eccezionale, ma, potenzialmente, in ciascun essere umano che accetti i rischi di accogliere il divino (Jung, 1952, pp. 437-441).

Questi rischi sono rappresentati dalla possibilità di esperire questa "incarnazione" in senso inflattivo (Jung, 1952, p. 451; si noti che l'idea di inflazione psicologica si riferisce ad un eccesso di positiva ispirazione pneumatica), come segnalano alcuni movimenti cristiani di stampo protestante e certe correnti New Age, che riprendono il tema dell'uomo divino, intercettato e descritto da Jung, non sempre armati di una sufficiente consapevolezza psicologica a proposito dei lati oscuri e dei limiti della natura umana.

Se tentiamo, adesso, di mettere in luce la psicologia del peccato e della redenzione in senso soggettivo (psicologia *nella* religione) e che in parte abbiamo già incontrato guardando all'altro senso del genitivo, possiamo partire dall'affermazione junghiana secondo cui "accanto (ai dogmi delle religioni, nda) i nostri tentativi scientifici di produrre modelli della psiche oggettiva non sono gran cosa" (Jung, 1952b, p. 466). Le religioni, che, nel 1935, ad un pubblico di medici e psicologi sopraggiunti ad ascoltare Jung presso la clinica Tavistock di Londra, erano state definite dal nostro dei sistemi psicoterapeutici (Jung, 1935, p. 178) (si confronti questa affermazione con l'idea freudiana di religione come nevrosi alimentata da illusioni), possono aiutare lo psicologo a cogliere gli aspetti più enigmatici della psiche umana, in primis la funzione trasformatrice della sofferenza.

Guardando all'idea cristiana di redenzione, Jung nota come essa sia efficace perché da un lato permette di liberarsi "da un'angoscia ottusa e impotente, e dall'altro (di rendersi, nda) conto dell'antitecità divina della quale posso partecipare, se non mi sottraggo alla spada affilata che è Cristo" (Jung, 1952a, p. 397). Scrive ancora Jung, convinto – con Eraclito – che ogni energia psichica possa scaturire soltanto da una tensione fra opposti, che "l'uomo viene saturato dal conflitto divino. Noi colleghiamo giustamente l'idea della sofferenza con uno stato nel quale due contrari cozzano l'uno contro l'altro e non abbiamo il coraggio di indicare una tale esperienza come uno stato di redenzione (...) Si tratta da un lato della liberazione da uno stato angoscioso d'incoscienza ottusa e impotente, dall'altro della

percezione intima dell'antiteticità divina (...) Proprio nel conflitto più estremo e minaccioso il cristiano fa l'esperienza della redenzione verso il divino nella stessa misura in cui non cede, ma anzi prende su di sé il fardello che rappresenta l'essere un eletto" (Jung, 1952a, p. 397).

In questi passi di grande gravidanza emotiva, Jung sembra sottolineare la necessità di recuperare un vocabolario e un'etica cristiani che storicamente sono in parte già nostri. Questo aspetto del suo pensiero è problematico per chi voglia appropriarsi della psicologia analitica in senso critico e laico, pur senza trascurare la sua matrice storica. Possiamo dirci junghiani senza che questo implichi il dirci cristiani? Forse sì, ma si possono eliminare gli aspetti cristiani della psicologia di Jung senza danneggiare il resto? Non è detto che la psicologia analitica abbia fatto pienamente i conti con la necessità di rispondere a queste domande, forse sentite come imbarazzanti da certi junghiani non cristiani che evitano di soffermarsi sugli aspetti intrinsecamente neotestamentari del pensiero di Jung (temendo forse di venire convertiti?) e percepite come fastidiose da alcuni di quegli junghiani che invece cristiani lo sono e che accettano acriticamente e felici la convergenza fra junghismo e cristianesimo.

Al di là di questi interrogativi, su cui tornerò brevemente in seguito, ciò che appare di indiscutibile interesse per lo psicologo è che la sofferenza che la religione cristiana tenta di riscattare attraverso la redenzione è sempre vista come un nodo inestricabile di sofferenza (male fisico) e colpa (male morale; per i cristiani "peccato") e questo legame (su cui Ricoeur, ne *Il male. Una sfida alla filosofia e alla teologia*, ha scritto pagine di grande acutezza e intensità; 2005, pp. 11-15), non può essere dimenticato da chi opera nell'ambito della cura della nevrosi. Cos'è, infatti, una nevrosi se non un tipo di sofferenza psichica dove chi subisce la sofferenza e chi la produce sono la stessa persona? In questo senso, la teologia (e la filosofia che rifletta su questi temi) possono venire in aiuto ad una psicologia che dovesse cadere in preda ad un complesso materno, recuperando l'idea della responsabilità del paziente di fronte alla sua sofferenza.

Già da quanto accennato, è chiaro che una riflessione psicologica attorno ai concetti religiosi di peccato e redenzione può avere una notevole rilevanza nel setting psicoterapeutico, non soltanto in ambito junghiano e non soltanto rispetto a quei pazienti che si riconoscono nella fede cristiana. Se provassimo, allora, a chiederci quale possa essere, da un punto di vista psicoanalitico, il più grande peccato che l'uomo possa fare, una possibile risposta potrebbe essere: non ascoltare l'inconscio, non dialogarci, non tentare di integrarne i contenuti nella coscienza. Spetterebbe poi al singolo paziente decidere se identificare o meno questo inconscio con Dio stesso e se considerare il dialogo con l'inconscio un ponte verso il divino. La psicoterapia assolverebbe comunque una funzione redentiva nel momento in cui permette un'apertura intelligente verso i contenuti inconsci della psiche e agevola un dialogo con questi contenuti, imprimendo una modificazione decisiva nel cammino di un individuo.

Abbiamo visto che secondo Jung la redenzione operata da Cristo non può ritenersi completa dal momento che il Figlio non partecipò pienamente al destino umano. Sarebbe facile concludere, allora, che, rispetto a Cristo, lo psicoterapeuta ha il vantaggio di essere una persona con gli stessi limiti umani del paziente e dunque, proprio in base a quanto detto, un buon candidato per il ruolo di redentore delle sofferenze umane. Eppure, a mio parere, sarebbe più appropriato accostare la figura dello psicoterapeuta a quella del sacerdote, che agevola il ripetersi del rito dell'incontro fra paziente e inconscio, ma senza arrogarsi il potere davvero sovraumano di salvare un uomo da se stesso. Magari, per chi crede nel Verbo cristiano, un alleato della Terza Persona della Trinità, di statura ontologica inferiore ma capace di mettere in guardia il paziente dai rischi inflattivi che un'identificazione con il Sé comporta inevitabilmente.

Durante le summenzionate *Tavistock Lectures*, Jung mise in guardia la psicoterapia da possibili tentazioni totalitarie: "in psicologia è molto importante che il medico non voglia guarire a tutti i costi. Dobbiamo essere estremamente attenti a non imporre al paziente la nostra volontà e le nostre convinzioni (...) I nostri

peccati, errori e colpe sono necessari, altrimenti saremmo privati dei più preziosi incentivi allo sviluppo” (Jung, 1935, p. 148). Qui l'utilizzo da parte di Jung di una parola teologicamente pregnante come “peccato” al di fuori di una riflessione sulla religione (nella quale l'uso di tale parola sarebbe naturalmente giustificato) costringe ancora a chiedersi quanto del pensiero junghiano sia influenzato dalla sua matrice cristiana e se sia possibile o meno tradurre, in un senso valido psicoterapeuticamente e il più possibile “neutro” (ma esiste un senso neutro delle parole? L'etimologia e la storia sono sempre in agguato), la carica semantica (ed emotiva) di certi termini.

Intanto possiamo osservare che le vestigia di un'idea di psicoterapia come redenzione sopravvivono anche in autori nei quali non ci aspetteremmo di trovarle, come ad esempio in Trevi (1993), il quale scrive che il dialogo psicoterapeutico “dovrà essere inteso come comprensione reciproca (...) ai fini della restituzione della psiche sofferente al suo potenziale benessere o, in alcuni casi, all'accettazione non paralizzante della sofferenza in quell'ambito di senso che riscatti la sofferenza stessa da un'inutilità annichilente” (p. 18). Riscatto dall'assenza di senso dunque – e “riscatto” e “redenzione” sono parole etimologicamente (e teologicamente) connesse – in nome ed in virtù di un'ulteriorità (il Sé, secondo Jung, archetipo dell'individuo e di Dio, per il credente) verso cui l'io dovrebbe continuamente tendere, ricevendo in cambio un senso di pienezza, di realizzazione e di partecipazione al destino umano; dove, come ho anticipato, se un redentore è all'opera questi andrebbe forse identificato con il Sé del paziente stesso, aiutato a manifestarsi, non v'è dubbio, dallo psicoterapeuta e dalle sue tecniche di ascolto e di interpretazione, ma, in ultima analisi, sottoposto allo scrutinio ultimo

dell'io del paziente (per definizione, e fin dall'inizio, un io libero, in quanto libera è la scelta di sottoporsi ad analisi).

Il paziente può sempre rifiutarsi, ad ogni momento del percorso, di mettere in azione e di approfondire la conoscenza del Sé che si va costruendo nel setting e fuori da esso. Ma deve essere anche consapevole, con il progredire della cura, che il benessere psichico non viene senza doveri annessi, trascurando i quali vi è il forte rischio di ricadere in uno stato nevrotico: come scrive Maffei (1992), “il soggetto individuato deve (...) riscattare la sua individuazione con un'opera equivalente in favore della società” (p. 334). Non si dovrebbero, dunque, ricevere i benefici operati dalla psicoterapia alla maniera dei Corinzi, i quali, avendo sentito Paolo annunciare la venuta del Redentore, si sentirono ancor più di prima autorizzati a peccare, felici di essere stati redenti.

Riferimenti bibliografici

- Jung, C.G. (1921). *Tipi Psicologici*, *Opere*, Vol. 6, Torino: Boringhieri.
- Jung, C.G. (1935). *Introduzione alla psicologia analitica*. Torino: Boringhieri.
- Jung, C.G. (1951). *Aion. Ricerche sul simbolismo del Sé*, *Opere*, Vol. 9, Torino: Boringhieri.
- Jung, C.G. (1952a). Risposta a Giobbe. In *Psicologia e Religione*, *Opere*, Vol. 11, Torino: Boringhieri.
- Jung, C.G. (1952b). Risposta a Martin Buber. In *Psicologia e Religione*, *Opere*, Vol. 11, Torino: Boringhieri.
- Maffei, G. (1992). Le nevrosi. In A. Carotenuto (a cura di), *Trattato di Psicologia Analitica*. Torino: UTET.
- Pacomio, L., e Mancuso, V. (a cura di) (2004). *Dizionario teologico enciclopedico*. Casale Monferrato: Piemme.
- Ricoeur, P. (2005). *Il male. Una sfida alla filosofia e alla teologia*. Brescia: Morcelliana.
- Trevi, M. (1993). *Il lavoro psicoterapeutico. Limiti e controversie*. Roma: Theoria.

MORTE, TRASFORMAZIONE E RISURREZIONE

di Lorenza Isetto

Psicologa psicoterapeuta, specializzata presso la Scuola di Psicoterapia Comparata

*Quando l'uomo comune
immagina che nulla di metafisico mai accada nella sua vita,
egli dimentica un evento metafisico:
la sua morte
C. G. Jung, 1978*

Jung ha principalmente affrontato il tema della morte soprattutto nei suoi ultimi lavori, ribadendo in particolare l'importanza di "interiorizzare la realtà della morte" al fine di permettere, come afferma Carotenuto (1955), "il passaggio da una vita biografica e incomprensibile a una esistenza dal significato cosmico" (p. 31). Nel saggio *Anima e morte* (1934) Jung scriveva che "Nell'ora segreta del mezzogiorno della vita inizia la nascita della morte. Fra i trentacinque e i quarantacinque anni circa, quando la curva della vita raggiunge il culmine, ha inizio la grande svolta. Vita significa salita e discesa, divenire e trascorrere, e di fronte a questa unità di vita e di morte rimane ancora da capire fino a che punto il voler vivere equivalga al voler morire. Rimane vivo solo chi vuol morire con la vita" (p. 71). Jung si è posto in un'ottica dialettica nei confronti della morte; come afferma Jaffe (1978) "egli individuò il senso della vita nel continuo ampliamento della coscienza, con tutte le conseguenze spirituali, religiose ed etiche che esso comporta" (p. 56).

In origine Jung aveva formulato la psicologia dell'individuazione - processo del divenire cosciente attraverso il confronto con i contenuti della psiche inconscia - proprio in considerazione del senso della seconda metà della vita. Non si tratta solo di una più profonda conoscenza di sé, né soltanto della realizzazione della propria totalità: nel corso di questo processo l'uomo sperimenta e riconosce una forza che agisce dall'inconscio e che, andando oltre la volontà dell'Io, può intervenire in maniera decisiva nella sua vita. La

realizzazione di se stessi, il divenire della personalità, implica anche che l'Io venga relativizzato o messo da parte di fronte alla volontà autonoma e perciò vissuta come numioso del non-Io; non si tratta di un lasciar fare impotente, ma piuttosto di un "sì" consapevole alle intenzioni del non-Io. La morte esige che questo atteggiamento venga portato all'estremo poiché, dal punto di vista psicologico, essa è abbandono totale, un estinguersi dell'Io e del suo mondo cosciente in un non-Io oscuro e ignoto.

Dopo una grave malattia che lo aveva portato - a settant'anni - vicino alla morte, Jung afferma nel testo *Anima e morte* (1978) che l'unica difficoltà sta nel liberarsi dal corpo, nello spogliarsi e svuotarsi del mondo e della volontà dell'Io. Quando si riesce a rinunciare alla forsennata volontà di vivere e succede di cadere come in una nebbia senza fondo, allora inizia la vera vita con tutto quello a cui si era destinati e che non si era mai raggiunto. È un'esperienza di ineffabile grandezza. Questo concetto viene espresso nelle parole dello stesso Jung: "Viviamo per raggiungere il maggiore sviluppo spirituale possibile e per ampliare quanto più possiamo la nostra coscienza. Finché la vita è possibile, sia pur solo in misura minima - o finché essa lascia intravedere un senso, sia pur minimo - bisognerebbe tenere stretta la vita, e sfruttarla fino in fondo per raggiungere l'obiettivo della presa di coscienza" (p. 67). Jung vedeva la vita come segmento di un'esistenza che va infinitamente oltre gli anni vissuti. Perciò egli definiva la fine della vita come una "seconda nascita, (...) che vista dall'esterno ci

appare come morte”, e la stessa “cosiddetta vita” come “un breve episodio fra due grandi misteri, che tuttavia sono uno solo”. Jung afferma: “Ho buoni motivi per supporre che le cose non finiscono con la morte. Sembra che la vita sia un intermezzo di una lunga vicenda. Esisteva già prima che esistessi io e continuerà molto probabilmente anche dopo, quando sarà finito quest’intervallo conscio in un’esistenza a tre dimensioni”.

La morte è, nell’Antico Testamento e nel Nuovo Testamento, la grande “nemica di Dio” (Corinzi, 15:26) ed è intervenuta come il castigo che colpisce la creatura colpevole. Paolo nell’epistola ai Romani (6:23) parla della morte come del “salario del peccato”. Secondo la Bibbia, l’uomo tutto intero è creazione di Dio, la morte colpisce l’uomo intero “corpo ed anima”. Dunque la morte, nella concezione biblica, non è, né una liberazione, né un passaggio naturale ad una forma più elevata di vita, bensì, una potenza ostile, un elemento radicalmente opposto a Dio, elemento che non può essere vinto senza una immane lotta. La morte e la vita sono l’oggetto di un grandioso combattimento; Gesù stesso ne prova “spavento ed angoscia” (Marco, 14:33). Perché alla morte possa succedere la vita, occorre un atto sovrano di Dio, analogo a quello della creazione; è indispensabile il miracolo dell’Onnipotente. Nella risurrezione di Cristo dai morti, la morte è stata vinta, privata della sua onnipotenza, sebbene la morte sia già stata battuta, essa non sarà definitivamente distrutta che alla fine dei tempi, come “l’ultimo nemico” (Corinzi, 15:26; Apocalisse 20:13). Con la morte l’anima viene separata dal corpo ma, nella risurrezione, Dio tornerà a dare la vita incorruttibile al nostro corpo trasformato, riunendolo alla nostra anima. Come Cristo è risorto e vive per sempre, così tutti noi risusciteremo nell’ultimo giorno. “Crediamo (...) nella vera risurrezione della carne che abbiamo ora”. Mentre, tuttavia, si semina nella tomba un corpo corruttibile, risuscita un corpo incorruttibile, un “corpo spirituale” (Corinzi, 15:44). In conseguenza del peccato originale, l’uomo deve subire “la morte corporale, dalla quale sarebbe stato esentato se non avesse peccato”. Gesù, il Figlio di Dio, ha liberamente subito la morte per noi in una sottomissione

totale e libera alla volontà di Dio, suo Padre. Con la sua morte ha vinto la morte, aprendo così a tutti gli uomini la possibilità della salvezza.

Il concetto di perdita come elaborazione e trasformazione simbolica per Jung

Per vivere bisogna saper morire (1978) afferma Jung. Con ciò intendeva dire che la vita ci impone numerose morti simboliche. Ovvero, ci chiede la capacità di essere aperti ai cambiamenti e alle trasformazioni psichiche riguardanti noi stessi e le relazioni che ci circondano. Come la nascita non significa solo un inizio, così la morte non è solo una fine; entrambi sono, di volta in volta, fine ed inizio. Nascita e morte penetrano di sé l’esistenza umana e sono presenti in ogni esperienza di trasformazione. Ogni progresso verso una maggiore consapevolezza comporta il sacrificio dell’atteggiamento precedente, sacrificio che viene sempre vissuto come una specie di morte. È una transizione che contiene la promessa di una vita più autentica e vera. Nascita e morte accompagnano l’individuo per tutta la vita e costituiscono il nucleo autentico della sua realizzazione. Luce e oscurità fanno naturalmente parte di questo cammino.

L’incontro cosciente con il totalmente altro della morte pare inevitabile per l’uomo contemporaneo, poiché il mistero della trasformazione che porta a essere se stessi poggia sul passaggio della soglia che conduce al trascendente. “La morte getta luce sulla vita - e solo chi nella propria anima è pronto a varcare la soglia della morte può dirsi veramente vivo” (Jung, 1978, p. 68). La morte, ricorda Jung, non è che un passaggio, una parte di un grande e sconosciuto processo vitale. Ma quello della morte è solo un aspetto della perdita, perché in tutte l’età ci confrontiamo con l’esperienza della perdita. Lo scopo naturale della vita sarebbe dunque quello di acquisire una nuova dimensione non solo attraverso la perdita ma anche attraverso l’elaborazione e la significazione della perdita stessa. Nessuna età della vita può essere trascinata nella successiva; ciascuna deve perdere qualcosa che non potrà più appartenere. Perdita e trasformazione sono

intrecciate nell'esperienza del vivere e non cessano mai di interagire e di mescolarsi nei processi della psiche.

A livello terapeutico questa trasformazione della relazione, assolutamente necessaria per accettare la perdita, non avviene per tutti alla stessa maniera, essendo essa una trasformazione simbolica. In *Sogni, Ricordi, Riflessioni*, Jung racconta che dopo la morte della moglie Emma ha sentito l'esigenza di portare a termine alcuni lavori iniziati dalla stessa, per riuscire a portare a termine il lutto e a vivere in maniera diversa la relazione psichica con la propria compagna di vita. Verena Kast (2005), analista contemporanea, sottolinea come per vivere il distacco sia necessario saper portare dentro di sé la persona persa, imparando ad instaurare un dialogo profondo con una figura non più esterna e reale, bensì interiore. Una sorta di relazione interiorizzata, dunque, che sopravvive alla morte e fa ripartire il flusso della vita. Quando muore una persona cara bisogna lasciar morire il tipo di relazione che avevamo con lei, per viverla su un altro piano.

Concludendo, si può dire che il percorso terapeutico dovrebbe servire a trasformare l'esperienza atroce della perdita in un'esperienza simbolica, per far sì che il dolore possa tramutarsi in forza e risorsa vitale.

*C'è un tempo per nascere
e un tempo per morire,
c'è un tempo per abbracciarsi
e un tempo per dirsi addio*
Qoelet 3:155

Riferimenti bibliografici

- Carotenuto, A. (1955). *Jung e la cultura del XX secolo*. Milano: Bompiani.
- Carotenuto, A. (2010). *Amare tradire. Quasi un'apologia del tradimento*. Milano: Bompiani.
- Massimilla, B. (2011). *La perdita. Lutti e trasformazioni*. Milano: Vivarium.
- Jaffé, A. (1978). *Ricordi, sogni, riflessioni*. Milano: Rizzoli.
- Jung, C.G. (1909). *L'analisi dei sogni*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Jung, C.G. (1943-1961). *Bene e male nella psicologia analitica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Jung, C.G. (1946). *Psicologia del transfert*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Jung, C.G. (1978). *Anima a morte*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Jung, C.G. (1985). *Coscienza, inconscio e individuazione*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Kast, V. (2005). *L'esperienza del distacco. Per trasformare una perdita o un distacco in un'occasione di crescita*. Roma: Red Edizioni.
- Von Franz, M. L., Frey-Rohn, L., Jaffé, A., e Zoja, L. (1984). *Incontri con la morte*. Milano: Raffaello Cortina.

UNO, DUE, TRE: E IL QUARTO DOV'È?

di Giulia Palmieri

Psicologa, specializzanda presso la Scuola di Psicoterapia Comparata

Fin dalle prime battute del saggio *Psicologia e Religione* (1938/1940) Jung afferma che come scienziato è suo interesse occuparsi del fenomeno religioso in quanto fenomeno della psiche. Egli si astiene infatti dal formulare qualsiasi considerazione sull'esistenza o meno di una realtà sul piano metafisico. Poiché la religione possiede senza dubbio un aspetto psicologico,

Jung intende trattare questo tema “da un punto di vista strettamente empirico” (Jung, 1938/40, p. 16). E aggiunge che: “Lo psicologo, in quanto assume un atteggiamento scientifico, deve fare astrazione dalla pretesa di ogni credenza di essere l'unica eterna verità. Egli deve vedere il lato umano del problema religioso, poiché si occupa dell'esperienza religiosa originaria, prescindendo da tutto ciò le

varie confessioni ne abbiano fatto” (Jung, 1938/40, p. 19).

Uno dei motivi che spinge Jung ad occuparsi del rapporto tra Psicologia e Religione è appunto la constatazione di una crisi culturale, nonché religiosa e teologica, che l'Occidente sta attraversando tra la fine dell'Ottocento e la prima metà del '900. Nel 1929 Jung scrive: “Noi viviamo in un'epoca di declino della Cristianità, quando le premesse metafisiche della moralità stanno crollando”. L'analisi storico/culturale del suo tempo, spinge Jung a esprimere apertamente il suo proposito di reinterpretare il Cristianesimo alla luce del paradigma psicologico, l'unico a suo avviso capace di cogliere le trasformazioni psichiche e culturali dell'uomo contemporaneo. Da ciò deriva anche la necessità di una rilettura delle Sacre Scritture con gli occhi e con i parametri culturali dell'uomo novecentesco (Devescovi, 2006). Secondo D'Alfonso (1973), Jung non solo ha denunciato apertamente la decadenza delle fedi della tradizione, del protestantesimo in particolare, ma si è impegnato a indicare la via per intendere i grandi temi del Cristianesimo: l'imitazione di Cristo, l'Eucarestia, l'Assunzione della Vergine in cielo, il peccato originale, il demonio.

In merito al tema religioso, il lavoro di Jung prende le mosse proprio da queste considerazioni. Egli concepisce la religione come legata indissolubilmente all'esperienza personale che deriva dall'Inconscio dell'individuo. Mediante l'uso di un metodo comparativo e interdisciplinare, che consente a Jung di accostare esperienze culturali differenti, e partendo dall'analisi di alcuni sogni dei suoi pazienti, egli giunge a sostenere che nonostante al centro del simbolismo del Cristianesimo abbia da secoli imperato l'elemento trinitario, la formula con cui l'Inconscio rappresenta il divino è la quaternità. “L'applicazione del metodo comparativo” spiega Jung “mostra indubbiamente che la quaternità è una rappresentazione più o meno diretta del Dio che si manifesta nella sua creazione. Potremmo quindi vedere nel simbolo prodotto spontaneamente nei sogni moderni qualcosa di simile, cioè il Dio interiore” (Jung, 1938/40, p. 60). Nel saggio *Interpretazione del Dogma della Trinità* (1942/48), in specifico nella parte

dedicata alla trattazione del problema del quarto, Jung individua nella formula quaternaria non solo un simbolo universale, ma anche: “la premessa logica per ogni giudizio di totalità” (Jung, 1942/48, p. 161). La tesi che sottende tutto quest'aspetto dell'opera di Jung è che tutte le religioni sono, sotto certi veli allegorici, profezie della vera fede, poiché in tutte si ritrovano simboli di totalità, quali i *mandala*, il quadrato, il cerchio, la croce, il numero quattro, ovvero elementi che alludono alla via da percorrere, all'opera da compiere, alla conquista del tesoro nascosto, alla discesa agl'inferi, alla morte e alla rinascita (D'Alfonso, 1973).

Se analizziamo la storia della religione Cristiana, constatiamo che il pensiero della quaternità è stato escluso dalla Chiesa a favore del dogma trinitario. Spiega Jung: “La quaternità è un archetipo che appare per così dire universalmente... La triade non è uno schema di ordinamento naturale, ma *artificiale*. Perciò ci sono sempre quattro elementi, quattro qualità primitive, quattro colori, quattro casate in India, quattro vie ad indicare e a significare lo sviluppo spirituale del buddhismo. E ci sono anche quattro aspetti psicologici dell'orientamento psichico” (Jung, 1942/48, 164). L'opposizione al simbolo quaternario da parte della Chiesa appare piuttosto controversa proprio in virtù del fatto che il simbolo centrale cristiano, la croce, è una quaternità e “rappresenta la passione di Dio nell'immediato conflitto con il mondo” (Jung, 1942/48, p. 167). Ma se il “principe di questo mondo” è il diavolo, allora la croce sta a significare l'eterno scontro tra Cristo e il diavolo, fra il cielo e gli inferi. Di conseguenza, la croce segnala l'esclusione di un quarto elemento, il male, che l'iconografia cristiana identifica con il diavolo, separato dalla Trinità divina e scacciato all'Inferno. Alla luce di queste considerazioni, appare evidente che secondo Jung il modello cristiano della trinità è un modello amputato, poiché manca di dinamismo attribuibile all'assenza del suo naturale interlocutore, l'elemento distruttivo, vale a dire il Diavolo.

Dunque ci chiediamo: “Dov'è finito allora il quarto?”. In *Psicologia e Religione* (1938/1940) Jung ripercorre storicamente l'emergere del simbolo trinitario, da Babilonia, all'antico Egitto

fino ad arrivare alle speculazioni del pensiero greco per dimostrare l'esistenza, nella psiche, di un archetipo trinitario. "L'ordinamento in triadi" afferma Jung: "è un archetipo storico-religioso, al quale forse si appoggia originariamente la Trinità cristiana". Ciò conduce inevitabilmente alla definizione e all'analisi dell'unità trina, quale simbolo dogmatico del Cristianesimo. Nel saggio *Gli Archetipi dell'Inconscio collettivo*, Jung aveva affermato: "Il dogma sostituisce l'Inconscio collettivo e lo esprime su vasta scala" (Jung, 1977, p. 11). E ancora: "Gli sforzi dell'umanità sono stati volti al consolidamento della coscienza mediante i riti, les *representations collectives*, i dogmi, che erano le dighe, le muraglie erette contro i pericoli dell'Inconscio, *the perils of the soul*" (Jung, 1977, p. 20). Il dogma trinitario, in quanto "metodo di igiene mentale" che difende dalle incursioni dell'esperienza religiosa immediata, ha avuto nel tempo la funzione di sostituire come simbolo di una totalità "redentrica" l'elemento quaternario, escludendo però in questo modo le "forze motrici" provenienti da stati psichici inconsci collettivi e, di conseguenza, gli aspetti più oscuri e materiali che riguardano parimenti l'esperienza psichica umana. La Triade rappresenta l'allontanamento e l'emancipazione della coscienza da quella parte dell'esperienza psichica costituita invece da elementi sconosciuti, incontrollabili e quindi minacciosi. Per questo, sostiene Jung: "Il diavolo non ha un giusto posto nel cosmo trinitario" (Jung 1942/1948, p. 167).

Al contrario, l'utilizzazione del paradigma psicologico nella rilettura del Testo Sacro conduce Jung ad affermare l'esistenza di un lato oscuro della divinità e all'affermazione teologica necessaria del Dio come creatore del bene e del male. Questa impostazione dualistica fu combattuta dalla tradizione teologica scolastica, che sottolineava l'esclusione del male, inteso come *privatio boni*, ovvero come assenza di realtà. Jung, conferendo sostanza al male, riconosce il Diavolo come interlocutore maligno di un Dio buono, ma non onnipotente, perché limitato da un potere antagonista. A questo proposito egli afferma che la formula della *privatio boni* "priva il male dell'esistenza assoluta e ne fa un'ombra, che ha soltanto

un'esistenza relativa dipendente dalla luce" (Jung 1942/1948, p. 165). Satana diventa l'Ombra di Dio, un'ombra molto pericolosa, secondo Jung, perché scissa e non riconosciuta. Ma se il bene e il male sono una coppia antitetica alla base di ogni giudizio morale, allora tale giudizio può essere espresso, in un senso o nell'altro, solo se l'opposto ha contenuto. "Se si attribuisce sostanza al bene è inevitabile che si debba fare lo stesso rispetto al male" (Jung 1942/1948, p. 165). Non solo, se continuiamo ad assumere che il male non è altro che assenza di bene, e quindi se si esclude il dualismo, allora resta da spiegare perché il Dio buono è anche tentatore. Nel *Padre Nostro*, infatti, i cristiani chiedono a Dio: "Non indurci in tentazione, ma liberaci dal male". Ciò induce a chiederci da dove deriva questa tentazione. Potremmo rispondere: "da Satana", ma allora dovremmo chiederci anche da dove proviene Satana. Se Satana divenne diavolo, da Angelo buono che era, da dove, o meglio da chi, origina questa volontà perversa che trasforma il bene nel male, se all'origine di tutte le cose c'è solo un Dio buono in ogni suo aspetto?

Secondo il Vecchio Testamento, il diavolo era uno dei figli di Dio e come figura autonoma ed eterna corrisponderebbe piuttosto alla parte di avversario di Cristo e alla realtà psicologica del male. In virtù di ciò, il diavolo allora dovrebbe assumere una posizione antitetica a Cristo ed essere considerato parimenti "figlio di Dio", o meglio, come indicano alcune vedute gnostiche, il primo figlio di Dio e Cristo, il secondo.

In conclusione, l'opera di Jung riguardante il problema del quarto sembra dimostrare che solo attraverso la formula della quaternità è possibile ottenere l'integrazione di Dio con la propria Ombra, solo attraverso il riconoscimento dell'esistenza del male è possibile accedere ad un'esperienza di totalità interiore. Pertanto, sarebbe opportuno ripensare il problema del male e reimpostarlo in modo meno negatorio (Galimberti, 2000). Tentare di rimuovere ciò che necessariamente esiste, non riesce sempre, neanche "alla luce" della fede; al contrario, sostiene Jung stesso, colui che crede dovrebbe porsi in modo tollerante e dialogante verso questo tipo di riflessioni, poiché senza il dubbio non può

esserci fede e dove c'è fede, inevitabilmente, il dubbio è in agguato.

Riferimenti bibliografici

D'Alfonso, E. (1973). *Appunti per una ricerca sul problema religioso nel pensiero di C. G. Jung*. *Rivista di psicologia analitica*, Milano.
Devescovi, P.C. (2006). *Jung e le Sacre Scritture*. Milano: Ed. La biblioteca di Vivarium.

Galimberti, U. (2000). *Come si spiega l'origine del Male*. La Repubblica, di Lunedì 5 giugno 2000.
Jung, C.G. (2008). *Gli archetipi dell'inconscio collettivo*. Torino: Ed. Bollati Boringhieri.
Jung, C.G. (1938-1940). *Psicologia e religione*. Tr. it. in *Opere*, vol. XI, Torino: Bollati Boringhieri, 1998.
Jung, C.G. (1942-1948). *Saggio d'interpretazione psicologia del dogma della Trinità*. Tr. it. in *Opere*, vol. XI, Torino: Bollati Boringhieri, 1998.
Pieri, P.F. (1998). *Dizionario junghiano*. Torino: Boringhieri..

LA CONFESSIONE

di Davide Strocio

Psicologo psicoterapeuta, specializzata presso la Scuola di Psicoterapia Comparata

Il presente articolo, con lievi variazioni dovute a esigenze redazionali, è stato originariamente pubblicato sulla rivista *L'anima fa arte*, n° 2, uscita nel maggio 2013.

Lasciatevi riconciliare con Dio
San Paolo (2 Cor 5, 20)

*“Cristo gridò agli Ebrei «voi siete dei» (Giovanni 10, 34)
ma gli uomini furono incapaci
di intendere cosa volesse dire”*
C.G. Jung, 1961

Come sostiene Devescovi (2006, p. 121) con Jung si ha lo spostamento del trascendente dall'alto dei cieli alla profondità della psiche umana. Con questo movimento interpretativo Jung rivitalizza il Cristianesimo e, in un colpo, gli restituisce parte del senso perduto nel corso dei secoli; fornisce inoltre una spiazzante risposta a chi, in nome dell'ateismo, ha dedicato i propri sforzi a evidenziare l'assurdità e l'incoerenza delle asserzioni religiose (un esempio rappresentativo di questo filone è dato dal libro di Odifreddi, uscito nel 2007, dall'eloquente titolo: “Perché non possiamo essere Cristiani”).

Jung è riuscito in questo intento allontanandosi da un'interpretazione letterale delle Sacre Scritture e proponendone una simbolica. Scrive a questo proposito Oddo (2009, p. 63) che “Là dove la dogmatica ecclesiale è propensa a far coincidere verità spirituale con realtà storica, Jung rivendica alla narrazione religiosa il suo valore simbolico, dove non ha senso cercare di comprovare il contenuto di realtà di un assunto religioso nella sua verosimiglianza o nel suo fondamento storico”. Il Cristianesimo diviene allora un mito, sebbene sia significativo che esso “non venga preso in considerazione come mito dai dizionari sul mito editi in occidente. Il

proprio mito non si descrive perché è invisibile” (Panikkar, 2004, p. 48).

Il rapporto tra Jung e il Cristianesimo può essere studiato nella direzione che va da Jung al Cristianesimo, argomento certo fecondo e interessante, nel quale la via interpretativa proposta da Jung appare ancora inesaurita. La mia intenzione, però, è quella di soffermarmi sulla direzione opposta, ossia di valutare cosa del Cristianesimo, e in particolare del Cattolicesimo, e della sua cultura bimillenaria, sia confluito nella pratica analitica junghiana. Intendo soffermarmi in particolare sul Sacramento della Confessione.

L'interesse per questo versante della questione è nato da solo, in un periodo in cui mi ero trovato a riflettere sul rapporto tra Jung e il Cristianesimo, argomento che mi attirava ma verso il quale mi sentivo perso. Come sempre accade, una volta predisposto lo spazio necessario, e rassegnandomi a permanere nella mancanza di un orizzonte preciso, l'idea si è presentata da sola, e con una forza tale che mi sorprendevo. Poi un ricordo si è presentato a dare senso al mio interesse, riportandomi a quando esso, sia pure in germe, era nato.

Alcuni anni fa, in vacanza a Parigi, mi ero recato, come d'obbligo, a visitare la cattedrale di Notre-Dame. Non era la prima volta, ma in quell'occasione notai qualcosa che mi sorprese molto. La navata destra della chiesa, infatti, era occupata da una serie di stanze quadrate limitate da pareti in vetro trasparente, poste una di fianco all'altra. All'interno di ogni stanza un sacerdote sedeva di fronte ad un fedele, i due erano separati da una scrivania, anch'essa trasparente. Non capii subito, poi immaginai che fossero dei luoghi preposti all'assistenza spirituale, forse dei moderni confessionali. Non so dire con precisione di cosa si trattasse concretamente, ma fui colto dalla grande somiglianza tra quegli spazi e un setting analitico, come se la pratica religiosa, modernizzando la forma — la stanza trasparente al posto dell'oscuro confessionale — si fosse ripresa ciò che, in origine, le apparteneva per diritto d'autore.

Nel Catechismo della Chiesa Cattolica la confessione viene denominata Sacramento della Penitenza, della Riconciliazione, del Perdono,

della Confessione, della Conversione, e viene inserito, e qui già si nota una prima assonanza col contesto terapeutico, tra i Sacramenti di guarigione. Come vedremo, varie coincidenze nella terminologia sottolineeranno la vicinanza tra i due ambiti.

Cerchiamo innanzitutto di definire quali siano i cardini di questo sacramento nella pratica cristiana. Esso consta di due elementi essenziali, ossia “gli atti compiuti dall'uomo, che si converte sotto l'azione dello Spirito Santo, e l'assoluzione del sacerdote, che nel nome di Cristo concede il perdono e stabilisce la modalità della soddisfazione” (Catechismo della Chiesa Cattolica, 2005, 1440-1449).

La confessione è un sacramento che prevede particolari atti, quali “un diligente esame di coscienza, la contrizione (o penitente), che è perfetta quando è motivata dall'amore verso Dio, imperfetta se fondata su altri motivi, e che include il proposito di non peccare più; la confessione, che consiste nell'accusa dei peccati fatta davanti al sacerdote; la soddisfazione, ossia il compimento di certi atti di penitenza, che il confessore impone al penitente per riparare il danno causato dal peccato” (Catechismo della Chiesa Cattolica, 2005, 1450-1460, 1487-1492).

Gli effetti del Sacramento della Confessione sono “la riconciliazione con Dio e quindi il perdono dei peccati; la riconciliazione con la Chiesa; il recupero, se perduto, dello stato di grazia; la remissione della pena eterna meritata a causa dei peccati mortali e, almeno in parte, delle pene temporali che sono conseguenze del peccato; la pace e la serenità della coscienza, e la consolazione dello spirito; l'accrescimento delle forze spirituali per il combattimento cristiano” (Catechismo della Chiesa Cattolica, 2005, 1468-1470, 1496).

Appare chiaro che il Sacramento si fonda su una visione morale determinata e ricerca uno scopo definito con precisione, ossia il superamento del peccato tramite la sua ammissione e il ricevimento di un'assoluzione, condizionata a una pena stabilita. Tutto ciò, come vedremo più in avanti, non ha nulla a che vedere con la pratica analitica.

Ma proviamo a pensare alla struttura del Sacramento e a come, nella pratica, esso si svolga: in uno spazio chiuso ha luogo un dialogo in cui qualcuno prevalentemente parla e un altro prevalentemente ascolta. Chi parla è in

cerca di qualcosa, è in qualche modo sofferente, mentre l'altro si trova in una posizione di supposto sapere, s'immagina che possa qualcosa; i due si trovano, comunque, in una posizione asimmetrica.

Un altro aspetto interessante è che nelle due situazioni vige l'obbligo della castità e della segretezza. La castità è un voto che definisce il ruolo del sacerdote, mentre la segretezza è la garanzia che permette la costruzione di uno spazio totalmente personale, dove il peccato possa essere rivelato. Ma castità e segretezza sono anche due dei cardini della seduta analitica, essi permettono la creazione di una distanza tra analista e analizzando e tra coppia analitica e mondo esterno, realizzando lo spazio necessario affinché le proiezioni possano emergere, condizione necessaria allo svolgersi del processo conoscitivo. Si tratta di uno spazio che permetterà all'inconscio del paziente e a quello dell'analista di entrare in relazione. Se ci fosse maggiore vicinanza, sia tra i due sia verso il mondo esterno, la concretezza prenderebbe il posto del pensiero, le emozioni verrebbero agite, anziché sperimentate e comprese. Ecco perché in analisi sono così importanti i concetti di astinenza terapeutica e segreto professionale.

A fine seduta, infine, il paziente paga l'analista, quindi compie un'azione stabilita dalle regole della relazione mentre, dopo la confessione, il credente si trova a dover compiere una penitenza. Vi è quindi un momento retributivo, aspetto che permette di valorizzare ciò che sta accadendo. Quale lavoro analitico si potrebbe fare senza l'investimento del paziente, se non vi fosse la rinuncia a qualcosa cui si tiene -del denaro e le possibilità che esso permette di realizzare- in favore di qualcos'altro di altrettanto importante. Allo stesso modo, quale valore avrebbe confessare i propri peccati se questo non richiedesse un sacrificio?

Un altro aspetto che accomuna confessione e seduta analitica è l'aspetto rituale. In entrambe le situazioni vi sono regole e ricorrenze precise che, nel loro ripetersi, acquisiscono una sacralità. La confessione, come la seduta, è periodica e si svolge in un luogo preciso. Secondo Jung il rito ha un'importante funzione di contenimento, permette di creare un confine. Esso "da tempi immemorabili è stato un mezzo

sicuro per dominare le forze inafferrabili dell'Inconscio" (Jung, 1938-1940, p. 55). Sullo stesso argomento Jung sostiene che "gli sforzi dell'umanità sono stati volti al consolidamento della coscienza mediante i riti, les représentations collectives, i dogmi, che erano le dighe, le muraglie erette contro i pericoli dell'Inconscio, the perils of the soul" (1938-1940, p. 20). Il rischio, infatti, è "l'identificazione dell'Io cosciente con il Sé. Da qui un'inflazione che minaccia di dissolvere la coscienza" (Jung, 1939-1950, p. 141).

Contribuisce alla ritualità della confessione l'affidarsi a un proprio confessore. Viene allora a instaurarsi un rapporto speciale che non ricorda solo quello tra paziente e analista ma anche quello tra analista e supervisore e, ancor prima, quello tra futuro analista e analista didatta. Proprio Jung, riferendosi al valore dell'analisi per i futuri analisti fa riferimento all'ambito della confessione, scrivendo che "nonostante la sua infallibilità, persino il papa deve confessarsi regolarmente, e non a un monsignore o a un cardinale, ma a un prete comune" (Jung, 1981, p. 158). Nella supervisione l'analista si trova a raccontare il proprio lavoro con i pazienti a un collega più esperto: ancora una volta un rapporto asimmetrico (il termine supervisione ha una chiara etimologia: supervidere, ossia vedere da sopra, sorvegliare).

Le due situazioni, infine, sono accomunate dall'essere fondate su un processo di narrazione di sé. Narrare fatti, pensieri ed emozioni della propria vita dinanzi ad un altro che assume la funzione di specchio, favorisce la riflessione su di sé, la presa di coscienza. Il processo narrativo innesca quello associativo e con esso si amplifica la portata dell'oggetto del racconto. In questo modo la confessione diviene, oltre che rivolta a un altro, un movimento di appropriazione, una confessione a se stessi che solo uno specifico setting permette, inducendo a esplicitare, specificare, far comprendere all'altro e a sé. Jung (1946, p. 295) scrive a questo proposito che: "un «riconoscimento dei propri errori» generico e accademico è inefficace, perché da esso non emergono in realtà gli errori, ma unicamente la loro rappresentazione, l'idea che uno ne ha. Gli errori risaltano quando di fatto intervengono

nella relazione con gli altri e diventano evidenti sia a noi stessi che al nostro prossimo. Solo a questo punto possono essere realmente percepiti e riconosciuti nella loro vera natura. Così anche la confessione fatta a noi stessi ha perlopiù un effetto scarso o nullo, mentre se è fatta a un altro possiamo attenderci da essa ben altra efficacia”.

Confessandosi, il credente, si appropria, assumendosene la responsabilità, di azioni e pensieri che altrimenti rimarrebbero dissociati. La confessione prevede, infatti, un esame di coscienza, una presa di coscienza, dei propri peccati e, direi, di parti di sé.

Certamente tra la confessione cattolica e l'analisi vi è una differenza fondamentale. Nella confessione il racconto del credente e l'ascolto del sacerdote hanno alla base un solido riferimento morale e normativo, fatto questo che implica un giudizio da parte del sacerdote sui comportamenti del credente. Il sacerdote, nel nome del Padre, del Figlio e dello Spirito Santo, ha potere il concedere il perdono. Egli è un tramite tra il fedele e il divino, la sua verità è certa perché rivelata. Nell'analisi di tutto ciò non deve esserci traccia, il setting è un luogo fisico e psichico nel quale il giudizio e l'assoluzione sono assenti, nel quale il dubbio viene coltivato. Il lavoro dell'analista è teso a spingere e sostenere la crescita del paziente, la sua autonomia e la sua libertà, in una parola la sua *individuazione*.

Entriamo ora nello specifico della riflessione junghiana su questo tema. Scrive Jung che “i primordi di ogni trattamento analitico della psiche vanno ricercati nella confessione religiosa” (Jung, 1929, p. 65). Jung parte dal concetto di peccato e di come questo abbia prodotto la necessità dell'occultamento psichico, ossia della rimozione. In questo caso il contenuto nascosto diviene inconscio e, scindendosi dalla coscienza, diviene un complesso autonomo, una specie di psiche indipendente che, seppure in maniera indiretta, continua a influenzare la coscienza. Allora, come scrive Jung (1929, p. 67) “i danni provocati da un segreto inconscio sono in generale maggiori di quelli provocati da un segreto cosciente”. Da qui l'importanza della confessione autentica e incondizionata. Jung considera quello della confessione come la

prima fase della psicoterapia, seguita dalla chiarificazione, dell'educazione e dalla trasformazione, fasi che possono anche scandire ciò che avviene all'interno della singola seduta. In questa prima fase si opera quella che non a caso è stata chiamata *catarsi*, dal greco *kàtarsis*, ossia *purificazione*, termine che la lega indissolubilmente alla confessione religiosa. Il paziente viene sospinto quanto più possibile nei recessi della sua coscienza, affinché possano emergere “tracce crepuscolari di rappresentazioni, in forma di immagini o sentimenti, che si staccano dallo sfondo oscuro e invisibile dell'inconscio per apparire come ombre incerte allo sguardo rivolto verso l'interno” (Jung, 1929, p. 68). Ciò che si presenta, inizialmente, è ciò che d'inferiore e riprovevole appartiene al paziente, ciò che Jung riunisce sotto il termine *Ombra*. Essa, a volte, specie nei sogni, assume la forma del Demonio, oppure viene proiettata, nella veglia, su coloro che rappresentano il male, sulle persone che assumono comportamenti riprovevoli, i peccatori. Eppure, prima di Jung, il Cristianesimo aveva rivelato come tutti siamo peccatori, tutti abbiamo un'Ombra. Diverso è quello che si può fare con questa parte oscura che abita, forse fondandola, la nostra psiche.

Qui emerge la differenza sostanziale tra confessione e analisi. La confessione religiosa, infatti, termina con uno stato di pacificazione: il credente si è liberato dei propri peccati, è stato assolto e gli è stato indicato cosa fare per espriare la propria colpa. Nella terapia le cose vanno diversamente. Secondo la nota teoria junghiana degli opposti, la seduta analitica mira, tra le altre cose, a far emergere l'opposto, inizialmente inconscio, dalla psiche dell'analizzando. In questo modo si tende a creare quella tensione tra opposti che, grazie alla funzione trascendente, potrà essere superata con il presentarsi di un *tertium*. Non ci cerca quindi un rilassamento tensivo e una pacificazione tra il credente e il divino, bensì di favorire la trasformazione. D'altronde nel Vangelo Gesù dichiara: “Non pensate che io sia venuto a portare pace sulla terra; non sono venuto a portare una pace, ma una spada” (Mt 10, 34).

Se nella confessione il credente si alleggerisce, nella seduta analitica avviene per certi versi

l'opposto. Il paziente, riconoscendo come proprie parti di sé inizialmente rifiutate o svalutate, oppure totalmente sconosciute, l'Ombra appunto, finisce per assumere su di sé qualcosa, si trova coinvolto in un movimento di inclusione, scoprendosi parte di qualcosa di più grande. Per definire questo processo Jung utilizza, non a caso, un termine dalla risonanza religiosa, parlando di *passione dell'Io*. Si tratta, scrive Jung (1942-1948, p. 156) di un "compito eroico o tragico, in ogni caso difficilissimo, perché implica un patire, una passione dell'Io, cioè dell'uomo empirico, comune, quale è stato finora, a cui accade di essere accolto in una sfera più grande, e di spogliarsi di quella autonomia che si crede libera. Egli patisce, per così dire, la violenza del Sé".

La stessa figura del Cristo crocifisso potrebbe rappresentare questa situazione, "l'adesione all'esistenza e alle sue contraddizioni, senza la quale non può esserci il processo di trasformazione attraverso la morte e la resurrezione (Devescovi, 2006, p. 166). Cristo, infatti, accetta la sua Croce.

Pieri (1998, alla voce "confessione") afferma che per Jung il termine confessione: "indica l'ammissione delle proprie colpe come tali, e più in generale il riconoscimento di una cosa per ciò che essa stessa è, e quindi il riconoscersi del soggetto per quello che egli stesso è (...) un primo ed essenziale fattore del lavoro psicoterapeutico, nell'esercizio del quale il soggetto riconosce ciò che la propria coscienza, sottoponendolo a rimozione, aveva fondamentalmente disconosciuto. Ma poiché non c'è colpa senza riferimento a una legge, il riconoscimento che si produce nella confessione di una colpa come tale produce di rimbalzo il riconoscimento della potenza della legge e dei suoi rappresentanti, a cui il soggetto si era, più o meno involontariamente, sottratto (...) nella confessione c'è non tanto una nuova conoscenza di sé e del mondo, quanto piuttosto il riconoscimento di sé e del mondo in relazione a un'interpretazione dominante".

Questa riflessione di Pieri permette di sviluppare ulteriormente il discorso sulla differenza tra la confessione cattolica e la pratica analitica di Jung. Infatti, nel primo caso l'ammissione della colpa rispetto a norme stabilite è tesa a ottenere una purificazione, una

catarsi, appunto, ossia un'azione che restituisce il credente a uno stato precedente che era stato macchiato dalle sue azioni o pensieri, una *restitutio ad integrum*, si potrebbe dire. Nel corso dell'analisi, esponendo la propria Ombra, il paziente perviene alla comprensione delle leggi che agiscono su di lui portandolo proprio alla costituzione di un'Ombra, premessa per il rifiuto di parti anche vitali di sé e di proiezioni a volte anche pericolose. Basti pensare ai noti fenomeni del capro espiatorio, oppure alle discriminazioni razziali, fondate su questo meccanismo di tipo proiettivo. Si tratta, quindi, di un avanzamento conoscitivo, poiché una volta messe in luce le dominanti, queste possono essere sottoposte a critica, riviste, cosa questa non proponibile dinanzi al sistema di valori religiosi.

Si può affermare allora che nel Cattolicesimo la confessione è inizio e fine della riflessione dell'uomo sulla propria Ombra, in quanto un sistema di valori preconstituito e una precisa ritualità, che prevede la penitenza e l'assoluzione, chiudono il cerchio intorno al credente e lo restituiscono purificato alla comunità.

Devo alla dr.ssa Marina Manciocchi del CIPA di Roma l'osservazione di come la variabile tempo distingua la confessione dall'analisi. Nel primo caso il risultato ricercato viene raggiunto nel breve intervallo che intercorre tra l'ingresso e l'uscita del fedele dal confessionale, nel secondo il processo, incerto per sua natura, richiede comunque un tempo lungo e imprecisato. Nella psicologia analitica la confessione è, infatti, solo il primo passo di un percorso che si protrae nel tempo, primo perché la mancanza di una chiusura da parte del terapeuta lascia lo spazio, la mancanza, necessaria per l'emergere dell'Altro. Il movimento è comunque di tipo inclusivo, l'obiettivo è un'amplificazione della personalità, un riconoscimento di quante siano le possibilità e da qui una maggiore capacità di scelta, quindi di libertà. Si tratta di raggiungere ciò che Jung indicava con il termine Sé, il fine del processo d'individuazione, ossia "l'obiettivo di quel lavoro di natura interiore che deve portare l'uomo dall'essere al servizio dei condizionamenti che lo hanno determinato come Io, a essere libero e realizzato nelle sue

potenzialità spirituali” (Michelini Tocci, 2009, p. 25), a essere completo ma non perfetto. Diversamente, nella confessione religiosa il movimento è di tipo esclusivo, si ricerca l’allontanamento dal male e dal peccato, la restituzione, come detto, della purezza all’anima del credente.

Un altro aspetto interessante riguarda la posizione del terapeuta rispetto al paziente. Anche in questo caso nell’analisi si ha una prospettiva più mobile rispetto alla confessione religiosa. Il terapeuta si trova, infatti, a far parte di un processo dialettico, nel quale non può insegnare al paziente dall’alto della sua cattedra, trovandosi invece in gioco con i propri complessi, idiosincrasie, questioni non risolte. Anziché porsi come giudice, il terapeuta si trova egli stesso a dover vivere i dubbi del paziente, senza poter fornire alcuna indicazione sulla via da seguire, sia perché ciò non sarebbe utile terapeuticamente, sia perché, in tutta onestà, lui stesso non può sapere cosa sia meglio per il paziente. L’apertura del terapeuta arriva fino alla possibile condivisione di informazioni su di sé o sulla propria vita, se ritenute utili, in quella che viene chiamata tecnicamente *self disclosure*. Scrive Jung (1935, p. 12) a questo proposito, che “il terapeuta non è più il soggetto che agisce, bensì è il partecipante di un processo di sviluppo individuale”. Si tratta di un processo dialettico e non di un movimento a senso unico.

Infine, si deve ribadire un aspetto già accennato, ossia che proprio mostrando le differenze tra confessione religiosa e pratica analitica, non è possibile negare un’ultima somiglianza. Si tratta di attività complesse e logoranti, tanto che in entrambi i casi è prevista la presenza di una terza figura, una figura di aiuto, consiglio e sostegno. Si tratta, come si sarà intuito, del confessore o dell’assistente spirituale, al quale si potrà rivolgere il sacerdote e del supervisore per quanto riguarda il terapeuta.

Riferimenti bibliografici

Catechismo della Chiesa Cattolica (2005). Cinisello Balsamo (MI): Edizioni San Paolo.

- Devescovi, P.C. (2006). *Jung e le Sacre Scritture*. Milano: La biblioteca di Vivarium.
- Jung, C.G. (1929). *I problemi della psicoterapia moderna* (trad. it.: in *Opere*, vol. XVI. Torino: Bollati Boringhieri, 1993).
- Jung, C.G. (1935). *Principi di psicoterapia pratica* (trad. it.: in *Opere*, vol. XVI. Torino: Bollati Boringhieri, 1993).
- Jung, C.G. (1938-1940). *Psicologia e religione* (trad. it.: in *Opere*, vol. XI. Torino: Bollati Boringhieri, 1979).
- Jung, C.G. (1939-1959). *Sul rinascere* (trad. it.: in *Opere*, vol. IX/1. Torino: Bollati Boringhieri, 1980).
- Jung, C.G. (1942-1948). *Saggio d’interpretazione psicologia del dogma della Trinità* (trad. it.: in *Opere*, vol. XI. Torino: Bollati Boringhieri, 1979).
- Jung, C.G. (1946). *La psicologia della traslazione illustrata con l’ausilio di una serie di immagini alchemiche* (trad. it.: in *Opere*, vol. XVI. Torino: Bollati Boringhieri, 1993).
- Jung, C.G. (1961). *Ricordi, sogni, riflessioni* (trad. it.: Milano: Il Saggiatore, 1965).
- Jung, C.G. (1981). *Introduzione alla psicologia analitica* (trad. it.: Torino: Bollati Boringhieri, 2000).
- Michelini Tocci, F. (2009). *Jung e il misticismo*. In G. Kaufman (a cura di) *Fra Cristo e il Sé*. Milano: La biblioteca di Vivarium, 17-50).
- Oddo, L. (2009). *L’annunciazione come simbolo dell’individuazione psichica*. In G. Kaufman (a cura di) *Fra Cristo e il Sé*. Milano: La biblioteca di Vivarium, 51-72).
- Odifreddi, P. (2007). *Perché non possiamo essere Cristiani*. Milano: Longanesi.
- Panikkar, R. (2004). In *Dialogare nel mito. La dimensione simbolica nel confronto interculturale* (a cura di F.O. Dubosc). Milano: La biblioteca di Vivarium.
- Pieri, P.F. (1998). *Dizionario junghiano*. Torino: Bollati Boringhieri.

Master in Mediazione Familiare

1 anno - 276 ore - riservato a laureati

prossima edizione: febbraio - dicembre 2014

Accreditato da Associazione Italiana Mediatori Familiari (AIMEF)

Informazioni e iscrizioni:

www.spc.it - segreteria@spc.it - tel. 0552479220

