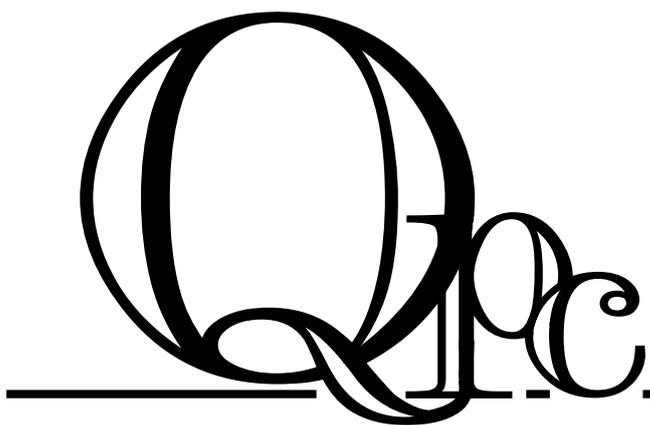


quaderni di psicoterapia comparata
esperienze di confronto e integrazione

PSICOLOGIA E
MASS MEDIA



quaderni di psicoterapia comparata
esperienze di confronto e integrazione

PSICOLOGIA E
MASS MEDIA

QUADERNI DI PSICOTERAPIA COMPARATA
4/2015
LUGLIO 2015

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:
CRISTINA ALVARO, CHIARA BURZAGLI, MARTA CECCUCCI, FEDERICA COLLI, FRANCESCO DE LUCA,
FRANCESCA DONATI, MARTINA FARALLI, LORENZO FRANCHI, VALENTINA GALLI, GABRIELE
GIACOMELLI, ELENA LAPINI, GIULIA MASOTTI, SARA MASSONE, ANDREA MUGNAI, FEDERICA NIRO,
ILARIA NOCITA, SARA PELAGALLI, SVJETLANA PERINCIC, ELENA PINORI, STEFANIA PIRO, GAIA ROSSI,
CHIARA RUFIGNANI, ELISABETTA SIGNORIA, FEDERICA SILVESTRI, RACHELE VANNI,
GIACOMO VESPRINI

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. 7

FOCUS AREA: LA FAMIGLIA NEL CONFLITTO

Paolo Migone
Riflessioni sulla psicoterapia con Internet pag. 11

Mario De Maglie
Riflessioni su psicologia, violenza domestica e mass media pag. 25

Marta Ceccucci, Elena Pinori, Federica Silvestri
Pubblicità, immagini e psiche pag. 29

Federica Colli, Svjetlana Perincic, Giacomo Vesprini
La pellicola come sonda per la conoscenza interiore e l'apprendimento pag. 37

Valentina Galli, Chiara Rufignani
Il terapeuta di celluloido pag. 45

Sara Massone, Rachele Vanni
Pubblicità televisiva e scelte alimentari dei bambini: il ruolo della televisione nell'obesità infantile pag. 55

Sara Pelagalli, Stefania Piro
Psicologo o semplice opinionista? pag. 63

Francesca Donati, Lorenzo Franchi
Mass media, cibo e disturbi del comportamento alimentare pag. 69

Stefania Boldrini
L'appetito vien guardando? pag. 71

ATTUALITÀ

Chiara Burzagli

Inserimento lavorativo con disturbo mentale: "si può fare"?

pag. 73

Francesco De Luca, Andrea Mugnai

La comunicazione ironica: antidoto o consacrazione dello stereotipo razziale?

Analisi psicologica delle ironie e loro funzioni adottate in Bamboozled di Spike

Lee

pag. 79

Federica Niro

Non per custodirci

pag. 87

RECENSIONI

Eva Pizzimenti

Vincent Van Gogh: i colori della malinconia

pag. 105

RIFLESSIONI

Marina Manciocchi

Il Libro Rosso di Carl Gustav Jung

pag. 115

Nicola Materassi e Alice Visi

Filosofia della mente, epistemologia e comparazione (Parte II). Neuroscienze e comparazione: riflessioni epistemologiche

pag. 121

STUDI E RICERCHE

Cristina Alvaro, Elena Lapini, Giulia Masotti, Ilaria Nocita, Elisabetta Signoria

La giostra di colori dell'autismo. Dai mass media alla voce della quotidianità

pag. 127

Gabriele Giacomelli, Gaia Rossi

Il WEB: lo psicologo e la sua pubblicità. Una ricerca pilota sull'efficacia della pubblicità professionale tramite internet nell'area fiorentina

pag. 137

Wolfgang Tschacher, Ulrich Martin Junghan, Mario Pfammatter

Verso una tassonomia dei fattori comuni in psicoterapia – Risultati di una ricerca condotta su psicoterapeuti esperti

pag. 145

EDITORIALE

Una propria opinione in un flusso di opinioni ininterrotte e di messaggi regolati da televisioni giornali, siti internet, giornali telematici, Facebook, Twitter, blog, forum, radio, cinema, pubblicità, manifesti... è difficile costruire una propria opinione in un mondo di strumenti che continuamente veicolano messaggi in modo diretto e indiretto alla nostra coscienza e al nostro inconscio. La costruzione di un punto di vista personale relativamente originale è un compito faticoso e chi vi si dedica impiega il suo tempo a confrontare fonti diverse, spesso trovandosi di fronte a limiti che sono posti dalle caratteristiche del mezzo stesso come, solo per esempio, Twitter che non può andare oltre i 140 caratteri. Altre volte il limite non è dovuto al mezzo ma a chi lo controlla e che dunque controlla l'informazione. Affidarsi a mezzi di comunicazione diversi, comparando le diverse fonti è uno dei modi in cui ciascuno di noi cerca di avere un proprio punto di vista. Comparare è il metodo principale per tentare di comprendere le cose di questa rivista e della Scuola di Psicoterapia Comparata.

Le informazioni corrono veloci e noi non abbiamo tempo, scanditi dai nostri impegni sempre più onerosi, il tempo che però rischia effettivamente di mancarci è poi quello per pensare, stanchi la sera ci sediamo sul divano a guardare un po' la TV, giocherellando con il tablet o il cellulare. Prendersi del tempo per sé è qualcosa di continuamente ripetuto... alla televisione. Prendersi del tempo per pensare significa anche prendersi del tempo dai mass media che nel modo di vivere "on-line" può significare essere immersi in un gigantesco videogame ruminante. I mezzi di comunicazione di massa silenzi e pause non ne offrono, sono riempiti dalla pubblicità. E' la velocità di connessione il limite (ehi!! è arrivato il 4G! - Avete già la fibra ottica?), pare che più siamo veloci più siamo autonomi, belli, intelligenti, competitivi. In merito alla lentezza non vi è parola di elogio, frasi come "ho chattato bellamente e lentamente con una magnifica ragazza bavarese" oppure "ho aspettato con calma che internet si connettesse perché ho avuto più tempo per pensare a te", non sono mai state pronunciate. Nel mondo dei mass media, veloce è sinonimo di efficiente, efficace, già pensato. Dunque il mio è un invito alla lentezza e mentre lo digito sono stato già bannato.

I mass media diffondono informazioni in tutto il mondo e fanno parte del "nostro mondo" soggettivo. La psicologia è una scienza che ha la sua parte nei mezzi di comunicazione di massa in più modi: collabora nel costruire gli strumenti di comunicazione; è impiegata nella costruzione del messaggio; è essa stessa contenuto del messaggio.

Questo numero della rivista, dal titolo "Psicologia e mass media", si occuperà dell'argomento in modo necessariamente frammentario, tenendo sempre presente che le cose non sono un bene o un male in sé, dipende dall'uso che se ne fa, dal punto di vista che si assume e sostiene. La mia prospettiva è quella di uno psicologo che come lavoro tenta di sostenere le persone nelle difficoltà. Persone che cercano di argomentare le proprie opinioni alla ricerca della loro originalità, della loro soggettività e che si prendono, per farlo, il loro tempo.

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: “Riflessioni sulla psicoterapia con Internet” di Paolo Migone affronta il tema ineludibile della relazione tra l’esperienza della psicoterapia in rete con quella tradizionale e la relativa riflessione sulla teoria della tecnica. Mario De Maglie è l’autore di “Riflessioni su psicologia, violenza domestica e mass media”, riflessione sul rapporto tra media e violenza di genere e su come questo tema corra il rischio della mercificazione tipica del modello consumistico imperante. Marta Ceccucci, Elena Pinori e Federica Silvestri nell’articolo “Pubblicità, immagini e psiche” propongono una interessante analisi di due immagini pubblicitarie che veicolano i valori del contesto culturale e sociale post-moderno. Al cinema è dedicato “La pellicola come sonda per la conoscenza interiore e l’apprendimento” di Federica Colli, Svetlana Perincic e Giacomo Vesprini, e all’ utilità che i film possono avere nel coadiuvare il lavoro terapeutico e di formazione. Ancora cinema in “Il terapeuta di celluloidi” di Valentina Galli e Chiara Rufignani, che studiano la figura del terapeuta nel cinema e le sue modificazioni nel succedersi dei diversi modelli culturali. “Pubblicità televisiva e scelte alimentari dei bambini: la televisione ha un ruolo attivo nell’obesità?” di Sara Massone e Rachele Vanni è uno studio delle tecniche di persuasione all’acquisto degli alimenti della televisione. Sara Pelagalli e Stefania Piro sono le autrici di “Psicologo o semplice opinionista?” ovvero la percezione della professione di psicologo e della psicologia da parte del pubblico televisivo. Il punto di vista della psicoanalisi illumina il proliferare dei messaggi sull’alimentazione su televisione e giornali nei contributi di Francesca Donati e Lorenzo Franchi “Mass media, cibo e disturbi del comportamento alimentare” e di Stefania Boldrini “L’appetito vien guardando?”.

ATTUALITÀ: Disabilità e lavoro, durezza della realtà e speranza di farcela sono il tema del film “Si può fare” e dell' articolo di Chiara Burzagli dal titolo “Inserimento lavorativo con disturbo mentale: si può fare?”. “La comunicazione ironica: antidoto o consacrazione dello stereotipo razziale? Analisi psicologica delle ironie e loro funzioni adottate in Bamboozled di Spike Lee” di Francesco De Luca e Andrea Mugnai esplora le funzioni dei vari tipi di ironia nell'umorismo etnico. “Non per custodirci” di Federica Niro affronta il tema della malattia mentale e la storia delle strutture di assistenza in Italia e in Francia.

RECENSIONI: Eva Pizzimenti in “Vincent van Gogh: i colori della malinconia” guida il lettore attraverso una esposizione nella chiesa di S. Stefano al Ponte di Firenze, una esperienza visiva e sonora di incontro con l'arte e con la vita emotiva dell' artista.

RIFLESSIONI: “Il Libro Rosso di Carl Gustav Jung” di Marina Manciocchi ci introduce al Liber Novus, “diario” del percorso di conoscenza al quale Jung lavorò tra il 1913 e il 1930 ma pubblicato soltanto nel 2010. “Filosofia della mente, epistemologia e comparazione - parte II” di Nicola Materassi e Alice Visi completa il lavoro pubblicato nel numero precedente di QPC. Gli autori si propongono di studiare come i vari approcci in filosofia della mente possono essere d'aiuto all'uso comparato dei principali modelli di psicoterapia.

STUDI E RICERCHE: “La giostra dei colori dell'autismo” di Cristina Alvaro, Elena Lapini, Giulia Masotti, Ilaria Nocita e Elisabetta Signoria mette in evidenza come le varie sindromi dello spettro autistico non siano correttamente presentate dai media televisivi, a scapito di una necessaria divulgazione e sensibilizzazione della collettività. Gabriele Giacomelli e Gaia Rossi sono gli autori di “Il WEB: lo psicologo e la sua pubblicità”, indagine sui siti che pubblicizzano la professione di psicologo. “Verso una tassonomia dei fattori comuni in psicoterapia – risultati di una ricerca condotta su psicoterapeuti esperti” di Wolfgang Tschacher, Ulrich Martin Junghan e Mario Pfammatter è un contributo alla ricerca in psicoterapia all'interno dell'attuale dibattito sui meccanismi di cambiamento e su come essi vengano generati.

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

Master in Psicologia Giuridica

Il ruolo della psicologia e della psicodiagnostica in
ambito giuridico civile e penale

riservato a laureandi e laureati in Psicologia

gennaio - dicembre 2016

- Edizione aggiornata -

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



RIFLESSIONI SULLA PSICOTERAPIA CON INTERNET

di Paolo Migone

*psichiatra, Condirettore della rivista Psicoterapia e Scienze Umane (www.psicoterapiaescienzeumane.it)
Via Palestro 14, 43123 Parma, Tel./Fax: 0521-960595, E-Mail <migone@unipr.it>*

Questo testo è una rielaborazione dell'articolo "La psicoterapia con Internet",
pubblicato a pp. 57-73 del n. 4/2003 della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane*

Vorrei tornare sul problema della psicoterapia con Internet, un tema di cui mi occupai per la prima volta negli anni '90 quando ne discussi all'interno della discussion list della redazione di una rivista telematica di cui allora facevo parte (Migone, 1999a); in seguito esposi queste mie riflessioni in modo più sistematico in un articolo che fu pubblicato su *Psicoterapia e Scienze Umane* (Migone, 2003), e più recentemente anche in un contributo in inglese (Migone, 2013). Ricordo la frustrazione che provai quando negli anni '90 mi confrontavo con quei colleghi i quali, pur essendo di orientamento psicodinamico, sembravano incapaci di seguire le mie argomentazioni, che erano essenzialmente teoriche, non cliniche. Mi davano l'impressione di voler sapere soprattutto se io ero pro o contro la psicoterapia con Internet, cioè di rimanere sul livello pratico, bypassando le ragioni per cui potevo avere una determinata posizione. In altre parole, ovviamente a mio parere, commettevano lo stesso errore che, ad esempio, era stato commesso da generazioni di psicoanalisti ai quali era stata insegnata la tecnica della psicoanalisi in modo stereotipato, sotto forma di "regole" concrete da applicare, ma nelle quali il motivo per cui queste regole erano state pensate non era stato mai capito o conosciuto. Il risultato è che è stata tramandata, di generazione in generazione, una tecnica per così dire "ossificata", morta, che si reggeva da sola,

"senza teoria", quasi come se la tecnica avesse mostruosamente preso il posto della teoria. Tutto questo, come è noto, è il contrario non solo di quello che vorrebbe essere la psicoanalisi, ma anche di qualunque disciplina scientifica, in cui ovviamente la teoria e la pratica sono sempre intrecciate nel senso che l'una dipende dall'altra.

Rimasi colpito nel constatare che questi colleghi non riuscivano a capirmi anche perché le mie argomentazioni erano esposte in modo molto chiaro. Ricordo che una collega, la quale in quel dibattito si era espressa contro le mie posizioni in quanto pensava che io fossi favorevole alla psicoterapia con Internet mentre lei era decisamente contraria, rimase sorpresa quando, incontrandola una volta di persona, le ripetei quello che avevo già detto più volte in quel dibattito, e cioè che a me non interessava assolutamente la psicoterapia con Internet, ma solo il modo di ragionare attorno a essa. Mi sembrò che lei non riuscisse a capire questo mio ragionamento, ma solo che non mi schieravo in favore della psicoterapia con Internet in quanto tale, e questo le bastò per rassicurarsi del timore che aveva. Ricordo che ebbi una sensazione sgradevolissima perché non vi era modo di capirci. Negli anni ho dovuto abituarli a questo tipo di incomprensioni, perché mi è capitato spesso di incontrare colleghi che ragionano in modo "concreto", ad esempio sulla base di esempi

clinici o su cose da fare o da non fare, come se fossero refrattari alla riflessione teorica.

In questo articolo voglio ripetere le mie argomentazioni di allora, e riporterò brani dal mio articolo uscito sul n. 4/2003 di *Psicoterapia e Scienze Umane*. Spero di riuscire a farmi capire e di mostrare, come dicevo prima, che a me non interessa assolutamente la psicoterapia con Internet in quanto tale, ma soprattutto il modo con cui tanti colleghi trattano questo “oggetto” allo scopo di capire quale è la loro teoria della tecnica, quale è il modo con cui ragionano di fronte a questo oggetto così come di fronte ad altri possibili oggetti che incontrano nel loro lavoro. In questo senso si può affermare che questo mio contributo, per così dire, non riguarda la psicoterapia con Internet, ma è più ambizioso, riguarda un problema ben più importante. L’esercizio che faccio è identico a quello che ho fatto riguardo ad altri “oggetti” della psicoterapia, ad esempio le terapie brevi (vedi Migone, 1988; 1995a, cap. 3; 2005a; 2014): se in questo articolo togliamo la parola Internet e al suo posto mettiamo un’altra parola (ad esempio il lettino, la frequenza settimanale, ecc.), il discorso rimane identico. Intendo dire – e questo è un punto importante – che coloro che non sanno ragionare correttamente a proposito della psicoterapia con Internet commetteranno errori in qualunque setting, anche nella psicoterapia senza Internet, cioè quando lavorano con i pazienti nel modo tradizionale, da loro ritenuto “normale” (e, come vedremo, non si capisce rispetto a che cosa un setting debba essere considerato “normale”).

La psicoterapia con Internet

È un luogo comune oggi ribadire che Internet sta rivoluzionando molti nostri modi di comunicare, e anche di vivere, con ripercussioni non del tutto facilmente prevedibili. Il *world wide web* (www, che letteralmente significa “rete grande quanto il mondo”) sta gradualmente penetrando in ogni anfratto della nostra vita, trasformandoci mano a mano che essa stessa si trasforma e si perfeziona per meglio rispondere alle più svariate esigenze. Come è noto, vi è anche chi, *mutatis mutandis*, ha paragonato la portata di questo fenomeno a quella dell’avvento rivoluzionario della stampa.

Intendo fare alcune riflessioni molto specifiche su una delle tante potenzialità di Internet, quella della psicoanalisi o della psicoterapia *on-line*, cioè tramite Internet, quindi a distanza. La psicoterapia con Internet viene chiamata anche *E-Psychoterapy* (“psicoterapia elettronica”), un fenomeno che sta rapidamente prendendo piede (vengono aperti sempre più siti Internet di *counseling* e psicoterapia *on-line*, progettati studi controllati in centri di ricerca universitari [tra i tanti, vedi Caroppo *et al.*, 2001], ecc.). Internet infatti consente non solo di collegarsi a basso costo con un terapeuta che può vivere in ogni parte del mondo (col prezzo di una telefonata urbana, anzi inferiore dato che la connessione al *provider* in genere costa meno – e, per chi ha un abbonamento, senza costi aggiuntivi rispetto a quelli della linea telefonica già normalmente utilizzata, quindi gratuitamente). Si dirà che questa non è una novità, perché già col telefono questo è possibile, e non a caso negli Stati Uniti si incominciò a discutere della *telephone analysis* fin dalla metà del Novecento (vedi ad esempio Saul, 1951, e le *review* di Lindon, 1988; Sleek, 1997; Zalusky, 1998; Aronson, 2000; Richards, 2001; Zarem, 2001; Manhal-Baugus, 2001; Leffert, 2003; Akhtar, 2004; Ormay, 2006; Malater, 2007; Bassen, 2007; Monder, Toronto, e Ainslie, 2007; Mora, Nevid, e Chaplin, 2008; Dini, 2009; Fitzgerald *et al.*, 2010; Fischbein, 2010; Bauer *et al.*, 2011; Wolf, 2011; Scharff, 2012; ecc.), considerata utile sia per superare certe resistenze o *impasse* dell’analisi, sia per rimpiazzare sedute mancate, ridurre i costi e i disagi degli spostamenti soprattutto per grandi distanze geografiche, nel caso di *handicap* che riducono la locomozione, o quando il paziente (o l’analista) si trasferisce in una città lontana e si vuole continuare un processo analitico già avviato. Quello che Internet offre in più è la possibilità di aggiungere il video in tempo reale (tipo video-conferenza, o tramite programmi ormai molto diffusi come *Skype*) in modo da simulare, con la cosiddetta “realtà virtuale”, esattamente la seduta (c’è chi ha simulato persino la sala d’aspetto dell’analista). Con l’audio e il video in tempo reale è possibile sfruttare anche il *timing* degli interventi, i silenzi, gli orari delle “sedute” e così via, con entrambi i partner virtualmente presenti come fossero assieme in una stanza, potendo quindi rispettare tutti i dettagli del rituale terapeutico – e per

quanto riguarda la *privacy*, si lavora a programmi sempre più sofisticati per criptare le comunicazioni¹ (si pensi solo a quelli usati dalle banche telematiche) e a produrre appositi codici etici (vedi ad esempio *American Psychological Association*, 1997). Si può dire che la psicoterapia in rete faccia parte del capitolo più generale della telepsichiatria o della telemedicina (*telemedicine*), sperimentata da anni soprattutto in Nord America e in Australia per ridurre i costi dovuti alle grandi distanze geografiche (Dongier, 1986; Preston *et al.*, 1992; Baer *et al.*, 1995; Kaplan, 1997; Brown, 1998; Gammon *et al.*, 1998; Gelber, 1999; Zaylor, 1999; ecc.).

Un'altra possibilità è il dialogo scritto, tramite *chat* (“chiacchierata” in tempo reale, con vari programmi, ad esempio con ICQ, un acronimo che si pronuncia “*I seek you*”, cioè “Io cerco te”) o *E-Mail* (“*Electronic-Mail*”, posta elettronica in tempo differito), che per la verità è attualmente la modalità più utilizzata sia per scopi professionali che per il tempo libero dato che non comporta ulteriori attrezzature oltre a quelle di un qualunque *personal computer*. Una modalità molto utile e diffusa è costituita dalle *discussion list*, da una parte, e dai gruppi di *self-help* (auto-aiuto), dall'altra, dove più persone si confrontano su un tema comune, ciascuno potendo intervenire oppure solo “ascoltare” e trarre quindi beneficio (vedi ad esempio Houston *et al.*, 2002).

Vale la pena però di fare alcune riflessioni sulle diverse modalità di linguaggio scritto e sulle differenze col linguaggio parlato (Migone, 1998b). La comunicazione tramite *E-Mail* (la cui enorme diffusione ha fatto parlare di un grande ritorno dell'epoca degli epistolari, che è terminata dopo l'avvento del telefono) ha in comune con le lettere scritte a mano o a macchina in realtà solo un aspetto, il fatto che si deve mettere per iscritto quello che si vorrebbe dire, inducendo, a causa della lentezza della comunicazione, una diversa disposizione riflessiva ed emotiva (questo vale soprattutto con le lettere scritte a mano, perché la scrittura tramite tastiera è molto più rapida di quella a mano – è possibile comunque, grazie al *word processing*, rivedere il testo e cancellare per sempre gli “errori”, così come del resto era sempre stato possibile appallottolare e buttare nel cestino una lettera appena scritta, anche se quest'ultimo è un metodo meno veloce). Se

vogliamo, il primo esempio storico *ante litteram* di “psicoanalisi per via epistolare” fu quello tra Freud e Fliess, come vari storici della psicoanalisi hanno fatto notare. La grossa differenza che permane tra la *E-Mail* e la posta di superficie (detta anche *Snail-Mail*, cioè “posta lumaca”) è innanzitutto la rapidità di trasmissione, che è in tempo reale per la *E-Mail* (la risposta può arrivare anche dopo minuti, il tempo per il nostro interlocutore di scriverla) e molto lenta per la posta di superficie (giorni). Ma una differenza ancor più importante è che nelle *E-Mail*, trasmettendo in caratteri ASCII (*American Standard Code for Information Interchange*), esistono meno possibilità di comunicare altri significati oltre a quelli legati al contenuto stesso della comunicazione; viene cioè privilegiato al massimo il contenuto e viene ridotta al minimo la comunicazione non verbale. Non solo non si vede l'espressione del volto e non si odono le varie gradazioni del tono della voce (aspetti questi in comune con gli epistolari), ma anche non vi sono corsivi e sottolineature (per la verità nei programmi di posta elettronica più evoluti queste cose sono possibili), né calligrafie personali oltre alla possibilità di usare le lettere maiuscole (per enfatizzare alcune parole come fossero gridate), alcuni simboli (visi che sorridono o esprimono tristezza, smorfie, ecc., “disegnati” utilizzando i due punti, il punto e virgola, le parentesi e così via, secondo il “vocabolario” delle cosiddette *emoticons*) e altri piccoli accorgimenti concessi dalla cosiddetta *netiquette*, cioè dal galateo della rete.

Perché la psicoterapia con Internet può essere interessante?

Fatta questa premessa, ci si può chiedere quale può essere il motivo di interesse verso la psicoterapia o la psicoanalisi con Internet. Come ho detto, in realtà il mio interesse non è nei confronti della psicoterapia *on-line* di per sé, anzi, essa in quanto tale mi ha sempre interessato poco o nulla, pur avendola praticata (ad esempio ho fatto supervisioni e seguito pazienti con *Skype* e con la posta elettronica, e mi è stato chiesto, da parte della *China American Psychoanalytic Alliance*, CAPA, di fare supervisioni a colleghi cinesi, che ho fatto per

anni). Quello che ha sempre stimolato il mio interesse, direi mi ha quasi affascinato, è il modo con cui vedevo certi colleghi affrontare e discutere la questione della psicoterapia o della psicoanalisi *on-line*. Mi interessava il loro modo di affrontare questo “nuovo” oggetto, il loro modo di teorizzare le somiglianze o differenze con la psicoterapia tradizionale (quella, se così si può chiamare, *off-line*), il loro dichiararsi favorevoli o contrari alla terapia con Internet e perché. Quello che insomma mi interessava era ciò che stava *dietro* a questo fenomeno, nel senso che per me la psicoterapia *on-line* era estremamente interessante perché costringe a riflettere su quello che essa *non era*, cioè sulla psicoterapia in generale, fuori da Internet. Il modo con cui veniva affrontata la psicoterapia *on-line* metteva a nudo, a volte impietosamente, il modo con cui veniva concepita e praticata la psicoterapia *non on-line*, ad esempio le sue stereotipie, la sua tecnica ritualizzata o ossificata (questa sì “senza teoria”, cioè senza vita, in cui il legame tra teoria e tecnica era andato perduto), e quindi una concezione del setting che comportava – come ho detto prima – errori tecnici *anche nella psicoterapia non on-line* (tanti sono gli esempi in cui viene discussa la psicoterapia *on-line* in modo stereotipato e a volte autocontraddittorio, in cui si procede per asserzioni non dimostrate o dando per scontate delle regole formali della psicoterapia senza interrogarsi in modo coerente sul loro senso all’interno della teoria della tecnica: esemplificativi in questo senso sono, tra gli altri, i lavori di Carta, 2005, e di Di Maria e Formica, 2005).

Il mio interesse per la psicoterapia con Internet ha dunque queste origini. Come ho detto nella Premessa, le riflessioni che esporrò sono nate all’interno di una animata discussione avvenuta per *E-Mail* nel novembre 1998 tra i membri della redazione di una rivista telematica di cui allora facevo parte, in preparazione di un libro sulla *Psichiatria on line* (Bollorino, 1999). In quel dibattito espressi le ragioni del mio interesse per la psicoterapia *on-line*, che erano appunto quelle che ho detto prima, e mostrai come la psicoterapia *on-line* non sia altro che una cartina di tornasole del modo di ragionare sulla psicoterapia *tout court*, del modo di concepire la teoria della tecnica in generale. Incontrai molte reazioni critiche, e una difficoltà enorme a

ragionare con loro sulla teoria della tecnica, come se – questa almeno fu la mia sensazione – questi colleghi fossero condizionati da pregiudizi che li accecavano di fronte alle osservazioni più semplici (cosa questa curiosa, se si pensa che quel gruppo di colleghi, che può essere considerato un campione rappresentativo di tanti altri colleghi, era addirittura più sofisticato e più aperto al nuovo, se non altro per il comune interesse verso il mondo di Internet).

Adesso, come allora, ritengo che non vi sia nessuna specificità della psicoterapia con Internet, più di quanto non ve ne sia per le psicoterapie praticate in setting “eterodossi” come nuove frontiere che hanno messo alla prova la coerenza intera della cosiddetta “tecnica classica” nel suo sviluppo storico (ma anche, va precisato, più di quanto non ve ne sia per la psicoterapia che pratichiamo tutti i giorni, dove il paziente – etichettato più o meno “borderline” o con altre diagnosi – riesce sempre a spiazzare e a confondere l’analista dotato delle più buone intenzioni e uscito dalla “migliore” scuola psicoanalitica). Certe autocontraddizioni, certe modalità (a mio modo di vedere, errate) di concepire il lavoro con i pazienti, a prima vista possono non emergere chiaramente se ci si appoggia a un modo tradizionale di lavorare, ma saltano subito agli occhi appena si è messi di fronte a una situazione nuova, dove chi non ha gli strumenti concettuali adeguati non può più mascherarlo, perché ad esempio non riesce ad avere la necessaria elasticità tecnica a causa delle categorie concettuali in cui è imprigionato, che dipendono dal modo in cui gli è stata insegnata la psicoterapia (se ad esempio aveva imparato una tecnica senza conoscerne bene le basi teoriche, questa tecnica si rivela presto un “vicolo cieco”, nel senso che sa fare solo una determinata cosa ma non altre, non sa riflettere sul modo con cui applicarla a pazienti diversi e così via – questo, del resto, è il problema delle tante “tecniche” oggi insegnate da più parti come se si reggessero da sole).

Scrisse più di mezzo secolo fa su *Psychoanalytic Quarterly* Leon Saul (1951), un analista che si chiedeva perché mai non potesse essere utilizzato il telefono in analisi:

“Tutto il pensiero è limitato dall’inerzia. Noi pensiamo nel modo con cui ci hanno insegnato a

pensare. Nuove idee, nuovi atteggiamenti o approcci incontrano sempre resistenze. Questo è particolarmente vero per la psicoanalisi, dove, dato che l'analisi personale mobilita la sottomissione inconscia e la identificazione narcisistica coi genitori, l'autorità di chi insegna tende ad essere spropositatamente grande, e impone un preciso dovere di trasmettere una prospettiva autenticamente accademica e scientifica. Questa è una curiosa ironia per una scienza nata dalla devozione di un uomo alla realtà nonostante il peso di ogni sorta di autorità. Alla luce di queste considerazioni, ci si chiede se l'idea di usare la moderna tecnologia del telefono, come una aggiunta alla tecnica psicoanalitica, incontrerà una scandalizzata resistenza, o se la maggior parte degli analisti sono già molto avanti nel loro pensiero e anticiperanno la sperimentazione della comunicazione televisiva se e quando essa diventerà possibile (p. 287). (...) Ogni procedura tecnica è solo un mezzo per uno scopo, e il suo uso deve dipendere dalla base del razionale di tutto il trattamento: l'accuratezza psicoanalitica nella comprensione del paziente" (Saul, 1951, p. 290, trad. mia).

Queste parole suonano profetiche. Saul in quel lavoro parlava, tra le altre cose, dell'utilità di usare il telefono con una paziente che non riusciva a reggere la intensità delle sedute, e con la quale si era accorto che al telefono – per motivi di cui sarebbe lungo parlare qui – riusciva invece a comunicare e ad elaborare determinati aspetti transferali rendendo così possibile il loro superamento e la ripresa delle sedute. L'uso del telefono, in questo caso, rientrava perfettamente nei criteri che due anni dopo, nel 1953, Kurt Eissler proporrà per sistematizzare in una teoria coerente la introduzione di modificazioni tecniche (da lui chiamate "parametri") alla tecnica psicoanalitica di base. Ed è proprio con la teorizzazione di Eissler, che diventerà un inevitabile punto di riferimento nel dibattito sulla teoria della tecnica, che voglio iniziare queste mie riflessioni sulla psicoanalisi con Internet, e precisamente raccontando un episodio che mi è riaffiorato alla memoria.

È possibile la psicoanalisi tramite Internet?

Una volta Eissler, a un convegno tenuto alla *Cornell University* di New York nel 1983 in

occasione del trentesimo anniversario del suo classico articolo del 1953 sul "parametro" (non ricordo bene chi fossero gli altri oratori, mi sembra Brenner e Arlow), disse che secondo certi qualcosa di vero poteva esserci nelle critiche che alcuni gli avevano mosso, nella misura in cui, ad esempio, "nessuno era ancora riuscito a condurre una psicoanalisi col computer o passando al paziente dei bigliettini contenenti solamente le interpretazioni".

Per comprendere appieno questa affermazione, può essere utile accennare brevemente a quell'articolo. Com'è noto, il classico di Eissler del 1953 era stato scritto a metà del secolo, in un periodo storico di grande fulgore della psicoanalisi negli Stati Uniti, in cui si assisteva a un rapido aumento del numero di pazienti, anche con patologie gravi, che si rivolgevano al trattamento psicoanalitico. Presto gli analisti si resero conto che la tecnica "classica" non poteva essere applicata a tutti, e che erano necessarie delle modifiche a seconda della gravità della patologia. La tecnica classica prevedeva infatti l'uso privilegiato della interpretazione verbale, cercando di minimizzare tutti gli altri fattori per così dire "spuri" o "inquinanti" il setting, quali rassicurazioni, consigli, variazione della durata e del numero delle sedute, ecc. L'analista doveva restare il più neutrale possibile, seduto dietro al lettino in modo tale da ridurre al minimo la sua influenza sul paziente, e limitarsi a trasmettere verbalmente le interpretazioni, ritenute il fattore curativo *par excellence* della psicoanalisi. È in questo contesto che si inserisce l'articolo di Eissler, un analista ortodosso molto autorevole, noto anche come strenuo difensore di Freud di fronte alle critiche che di volta in volta gli venivano mosse, e che più tardi verrà anche nominato Direttore dei prestigiosi *Freud Archives* (vedi Migone, 1984; 1995a, cap. 14; 1999b).

In quell'articolo, Eissler sistematizzò a livello teorico il problema delle indispensabili modificazioni del setting alla luce delle acquisizioni teoriche della Psicologia dell'Io (che proprio in quegli anni vedeva la sua massima espansione), cioè dell'esigenza sempre più sentita di una maggiore considerazione del punto di vista adattivo e delle difese. Egli definì "parametro" ogni cambiamento della tecnica standard (la quale ad esempio era definita a "parametro zero", cioè senza modificazioni), e

proposte che fosse legittimo definire una terapia ancora “psicoanalisi” quando l’introduzione di un parametro si basa sui seguenti quattro criteri:

1. deve essere introdotto solamente quando sia provato che la tecnica di base non è sufficiente (in presenza ad esempio di un “deficit dell’Io” che non permetterebbe al paziente di reggere la tecnica di base);
2. non deve mai oltrepassare il minimo inevitabile;
3. deve condurre alla sua autoeliminazione;
4. le sue ripercussioni sul transfert non devono mai essere tali che non possa essere in seguito abolito dall’interpretazione.

Eissler dunque, ribadendo per la psicoanalisi il valore ideale della tecnica “classica” (praticamente mai raggiungibile nella realtà, e di questo era ben consapevole, ma tuttavia utile come obiettivo euristico), ammise l’utilizzo di parametri ma a patto che fossero ridotti al minimo e che in qualche modo potessero in seguito rientrare all’interno del processo interpretativo (prova questa di una modificazione strutturale, dato che era stato riparato quel “deficit dell’Io” che prima aveva reso indispensabile l’introduzione del parametro). Si consideri inoltre che la logica della teoria del parametro di Eissler regge anche se la tecnica di base non è quella classica ma una tecnica con altre regole (ad esempio una diversa frequenza settimanale o l’assenza del lettino), l’importante è che vi sia una cornice (*frame*) di riferimento per la terapia, un setting con una serie di regole, come argomenta bene Codignola (1977). Il parametro, in sostanza, può essere concepito come un “agito”, una “esperienza correttiva” non interpretata; dietro a questo concetto “non vi è altro che la problematica – estremamente importante per chi è interessato a fare terapia, cioè a operare cambiamenti psicologici “strutturali” nei pazienti – del rapporto tra azione e parola, tra comportamento e mentalizzazione, o, se vogliamo, tra corpo e mente, cioè la possibilità di trasformare un sintomo, un comportamento, e portarlo sotto controllo del soggetto attribuendogli un significato” (Migone, 2005a, p. 354).

Ci si può chiedere a questo punto come mai ho iniziato queste mie riflessioni sulla psicoterapia con Internet accennando alla concezione del parametro di Eissler. Il motivo è che,

ironicamente, e contrariamente allo scetticismo dei tanti psicoanalisti nei confronti della terapia con Internet, seguendo la teoria classica di Eissler parrebbe che una psicoterapia come quella in rete, basata essenzialmente sulla comunicazione per certi versi “impersonale” tra paziente e terapeuta, risponda ai criteri addirittura di una psicoanalisi, da molti ritenuta superiore o più “profonda” delle altre psicoterapie. Come risolvere questa apparente contraddizione?

Affrontare adeguatamente questa problematica implicherebbe addentrarsi nelle vicissitudini della storia della teoria della tecnica psicoanalitica nel corso del XX secolo, per cui in questa sede sarà possibile fare solo alcuni brevi cenni (per i necessari approfondimenti rimando ad altri lavori: Migone, 1991; 1995a, capitoli 1 e 4; 1995b; 1998a; 2000; 2001).

Ritengo che la cautela nei confronti della psicoterapia con Internet possa essere spiegata col fatto che negli ultimi tempi vi è stata una crescente presa di distanza, più o meno esplicita, nei confronti di un certo modo di intendere il modello classico, basato sulla anonimità del terapeuta, su quella che potremmo chiamare “personectomia” dell’analista (Migone, 1994, p. 130; 1995a; 2004, p. 151), modello che pare estremizzato in modo quasi caricaturale appunto dalla psicoterapia con Internet. Il fenomeno diffuso della psicoterapia *on-line*, insomma, tra le altre cose ripropone questa problematica interna al dibattito psicoanalitico e ci dà qui l’occasione di riprenderla brevemente in esame.

Seguendo la logica di Eissler, se una terapia con parametri (cioè con variazioni del setting a seconda dei bisogni del paziente, con interventi legati alla “persona” del terapeuta che in modo complesso “modula” l’aspetto tecnologico del trattamento) è indicata per quei pazienti che, a causa della struttura deficitaria del loro Io, non reggono un tipo di setting limitato solo alla comunicazione delle interpretazioni, dovremmo forse dedurre che la psicoterapia in rete può essere indicata per quei pazienti che hanno un Io intatto (peraltro molto rari), o che comunque si collocano al livello alto della psicopatologia (ad esempio solo per i nevrotici lievi)?

Ritengo che non sia questo il modo di impostare il problema, e che la questione sia più complicata (si noti comunque qui un apparente

paradosso: la psicoterapia con Internet, “tecnologica” per eccellenza, da una parte sarebbe indicata per i pazienti “più sani”, e dall’altra proprio per quei pazienti “più gravi” che hanno un particolare bisogno di non entrare in contatto con la persona del terapeuta, perché ad esempio possono temere un certo coinvolgimento). E non ritengo neppure che oggi, grazie alle possibilità offerte dalla comunicazione multimediale a cui si accennava prima, la psicoterapia “virtuale” sia legittima nella misura in cui può emulare la psicoterapia “reale”. Non ricordo nei dettagli la argomentazione fatta da Eissler in quel convegno del 1983 a proposito della “psicoanalisi col computer”, ma non penso che sia corretto affermare che se una volta era comprensibile essere scettici verso di essa, oggi, grazie alla vasta gamma di canali comunicativi di cui è dotata, si può essere meno scettici e ritenere che la psicoanalisi con Internet potrebbe essere utilizzata anche per pazienti più gravi.

Nemmeno questo dunque, a mio parere, è il modo di impostare il problema, cioè, come ho detto prima, ritengo che la questione non sia la possibilità o meno di emulare con la realtà “virtuale”, oggi permessa da Internet, la realtà “reale” dell’incontro paziente-terapeuta, laddove quest’ultima servirebbe da pietra di paragone o modello a cui avvicinarsi il più possibile. Il problema va posto in termini diversi, e precisamente occorre una riflessione sulle premesse teoriche che facevano da sfondo alla concettualizzazione di Eissler (cioè alla concezione che per brevità ho chiamato “classica”), premesse che, come si è detto, nel dibattito psicoanalitico successivo da più parti sono state discusse in modo critico.

Il ragionamento di Eissler era estremamente coerente al suo interno, e tuttora il suo articolo è molto valido per quanto riguarda il ruolo del setting nella struttura logica dell’interpretazione (fondamentale, a questo riguardo, è il contributo di Enzo Codignola del 1977 sulla – come recita il sottotitolo del suo libro – “struttura logica dell’interpretazione psicoanalitica”). Soprattutto Eissler in quel lavoro ha voluto toccare, come dicevo prima, l’importante questione teorico-clinica del rapporto tra parola e azione in analisi, e il problema della mentalizzazione come garanzia

dell’autonomia del paziente dall’ambiente, cioè dal parametro introdotto per ristabilire il suo equilibrio psicologico. L’aspetto della concezione sottostante alla teorizzazione di Eissler che invece ora può essere messo in discussione riguarda quello che lui chiama “modello della tecnica di base” (*basic model technique*), cioè da una parte l’idea che solo un tipo di setting (quello “classico”) sia adatto a evocare nel paziente quello che noi chiamiamo transfert (e per di più in modo uguale in ogni cultura, paese ed epoca storica), e dall’altra l’idea, strettamente connessa, che questo tipo di setting possa garantire all’analista una neutralità rispetto all’emergere del transfert, il quale appunto sarebbe tendenzialmente “puro” e “incontaminato” dalle influenze dell’analista. Come è stato discusso in seguito da molti autori (*in primis*, Gill, 1982; 1983; 1984; 1993; 1994; vedi Migone, 1991; 1995a, cap. 4), i quali hanno un po’ ripreso le intuizioni di Sullivan e della scuola interpersonalista americana esposte fin dagli anni 1920 e 1930, non è sostenibile una fede ingenua nella neutralità da parte dell’analista, anzi, credere nella neutralità può solo portare ad una maggiore influenza sul paziente perché appunto non analizzata (in quanto ritenuta inesistente).

Si veda ad esempio la critica che Gill muove alla concezione della Macalpine (1950), che è esemplare a questo riguardo. La Macalpine aveva parlato di un “setting infantile” (sedute frequenti, costanza dell’ambiente, ecc., la tecnica di base insomma di cui parla anche Eissler) che servirebbe a evocare quel tipo di transfert che noi vogliamo analizzare. Gill fa notare una contraddizione in questa concezione: se il transfert deve essere spontaneo e incontaminato dalla influenza del presente, perché allora abbiamo bisogno di apposite misure per farlo emergere? Perché, in altre parole, dobbiamo “manipolarlo” con un “setting infantile”? Il transfert che emerge grazie al setting “classico” non sarebbe quindi una pura ripetizione del passato di fronte ad un analista che funge da specchio (*blank screen*) o da osservatore neutrale, ma una reazione a quel “setting infantile”, sarebbe cioè un “transfert infantile” (o, se vogliamo, un “transfert classico” provocato dal “setting classico”), una reazione iatrogena, concettualmente simile all’ipnosi: niente di più lontano da quello che

comunemente intendiamo per psicoanalisi (molto belle sono le pagine di Gill in cui mostra – con buona pace dell’analista “ortodosso” – come una psicoanalisi classica possa di fatto consistere in una “psicoterapia manipolatoria”, mentre una terapia monosettimanale e senza lettino nella quale si analizza attentamente il transfert possa essere definita a tutti gli effetti una “psicoanalisi”).

Beninteso, qui non vengono criticate tanto le regole del setting classico (che è un setting come un altro, né migliore né peggiore), quanto la implicita idea che quel setting garantisca una neutralità dell’analista, e che solo quel tipo di setting, e non altri, debba essere utilizzato per tutti i pazienti e trasversalmente alle varie culture e ai periodi storici; perché è questa la implicazione sottostante, altrimenti non sussisterebbero le regole standard, ad esempio il lettino e le quattro sedute alla settimana, tuttora prescritte dall’*International Psychoanalytic Association*, IPA – anche se, naturalmente, queste regole sono più spesso sulla carta che nella realtà, e inoltre vi sono delle deroghe (si pensi alla Francia, all’Uruguay, o, più recentemente, al *William Alanson White Institute* di New York).

Ecco perché, venendo a questo punto a mancare le giustificazioni teoriche del setting classico, Gill in modo radicale si sbarazza dei criteri “estrinseci” (lettino, frequenza settimanale, ecc.), ridefinisce quelli “intrinseci”, e sposa una concezione molto allargata di psicoanalisi, attuabile nei setting più diversi (sedute a frequenza monosettimanale o addirittura variabile, setting di gruppo, emergenze, terapie brevi, servizio pubblico, pazienti più gravi e/o con terapia farmacologica, ecc.). L’importante è che l’analista di volta in volta faccia del suo meglio per fare “l’analisi del transfert” (che sarebbe meglio definire a questo punto come “analisi della relazione” – è questo l’unico fattore “intrinseco” che Gill conserva, e per di più ridefinendolo in termini “relativistici” o “interpersonali”), cioè la relazione paziente-terapeuta la quale è sempre influenzata dalle condizioni del setting, qualunque esse siano.

A scanso di equivoci, occorre ribadire che qui non si sta affatto dicendo che il setting classico non va bene e che va preferito un altro setting (ad esempio senza lettino o a bassa frequenza

settimanale – o, per restare nel tema di queste riflessioni, magari con Internet). Si sta dicendo semplicemente che il setting classico è un setting come un altro, e va benissimo, solo che evocherà il suo tipo di transfert. Ogni paziente infatti reagirà ad un determinato setting non secondo un modello ideale che noi riteniamo valido indiscriminatamente per tutti i pazienti, perché è il transfert stesso (cioè le precedenti esperienze fatte dal paziente) che determina il modo con cui verrà vissuto il setting stesso. Per fare un esempio volutamente schematico, se un paziente ha avuto genitori molto riservati e silenziosi forse sarà a suo agio con un analista ortodosso, mentre se i suoi genitori erano espansivi e calorosi potrebbe vivere questo analista come freddo, distaccato, o forse punitivo: è ovvio che sarebbe un errore interpretare come transfert solo quest’ultimo comportamento, e considerare “normale” (cioè come “non transfert”) lo stato di non conflittualità che prova il paziente di fronte ad un analista che era riservato e silenzioso (“ortodosso”). Potrebbe anche essere che questa apparente normalità ci impedisca di illuminare un’importante area problematica di funzionamento del paziente che invece comparirebbe se questi fosse esposto ad un diverso setting, e che in questo modo potrebbe essere analizzata (per un approfondimento della concezione di Gill, con anche un dettagliato esempio clinico, rimando ai miei lavori citati prima).

Risulterà più chiaro a questo punto perché ho voluto far precedere queste mie riflessioni sulla psicoterapia *on-line* da questa lunga premessa sulla concezione di Eissler sul parametro e sulla revisione teorica di Gill. Se accettiamo che non vi sia più, per così dire, un *gold standard* per la psicoanalisi (inteso in termini di criteri estrinseci, cioè legato ad un tipo specifico di setting), ne consegue a rigor di logica che anche con Internet possa essere condotto un trattamento che risponde ai requisiti della psicoanalisi: attenta analisi delle manifestazioni transferali a partire dal tipo di contesto in cui avviene l’incontro paziente-terapeuta (in questo caso Internet, nelle sue varie possibili modalità), ben consapevoli che questo contesto, come qualunque altro contesto, avrà sempre una pesante influenza sul transfert stesso (nonché sul controtransfert, naturalmente), influenza

che comunque dovrà essere attentamente analizzata. Con questo ragionamento, dunque, sembrerebbe giustificato l'utilizzo di Internet per la psicoterapia, e per di più per una terapia di tipo psicoanalitico.

Ulteriori riflessioni

Occorre fare alcune ulteriori riflessioni per chiarire meglio i passaggi fatti, perché è possibile che si creino fraintendimenti. Quelle che vanno analizzate meglio sono le implicazioni sottostanti al ragionamento che abbiamo fatto fino ad ora per arrivare ad una posizione che non esclude aprioristicamente l'utilizzo di Internet per la psicoterapia. Prima ho detto che molti colleghi hanno un atteggiamento critico verso la psicoterapia *on-line*, e ciò potrebbe essere comprensibile se si pensa agli abusi che se ne possono fare o ad un suo uso indiscriminato e magari *in sostituzione* della psicoterapia tradizionale (anche se, per la verità, non è chiara la motivazione all'abuso della psicoterapia *on-line* da parte dei terapeuti, essendo per loro più faticosa e meno remunerativa – a meno che essa non possa esserlo in una prima fase pionieristica dove alcuni sfruttano questo terreno di caccia di nuovi pazienti non altrimenti reperibili, ma presto anche questo territorio sarà molto popolato e non varrà più la regola del “chi prima arriva meglio alloggia”). Ritengo corretto essere critici verso la psicoterapia *on-line*, ma solo a patto che noi muoviamo la stessa critica verso la psicoterapia tradizionale, altrettanto abusata e praticata in modo “selvaggio” (qualunque cosa ciò significhi). Quello che ritengo importante sottolineare non è solo il fatto che un atteggiamento critico *a priori* verso la psicoterapia *on-line* possa nascondere un tacito lassismo verso la psicoterapia non *on-line*, ma anche che questo presuppone l'errato ragionamento secondo cui il fattore determinante è la forma esteriore che assume la psicoterapia (i criteri “estrinseci”), dimenticando che è il significato dell'esperienza nel suo complesso il fattore caratterizzante la psicoterapia, incluso l'intergioco tra fattori estrinseci ed intrinseci. Un tipo di ragionamento che privilegia i criteri estrinseci non può che condurre – come non mi stanco di ripetere – ad

errori tecnici *anche nella psicoterapia non in rete*. Gli esempi a questo proposito sono innumerevoli, basti pensare all'uso del lettino: coloro che storcono il naso di fronte all'uso terapeutico di Internet possono essere gli stessi (anzi, spesso *sono* gli stessi) che, in modo stereotipato, ritengono che il lettino (come qualunque altro elemento estrinseco del setting, dato che qui il lettino vale come esempio prototipico) sia essenziale per la psicoanalisi, quando di per sé esso non significa niente e quello che è essenziale è il modo con cui vengono analizzate le reazioni del paziente al lettino, così come alla sedia e a qualunque altro elemento del setting o nostro intervento (Migone, 1998a). Può portare insomma – come ha ben argomentato Galli (1988; 1992; 2006) – ad una reificazione della tecnica, quasi come se essa stessa, per così dire, potesse ergersi al rango di “teoria”.

La psicoterapia *on-line* può essere utile non solo nei casi di grande distanza geografica tra paziente e terapeuta (Internet in questo senso è un grande vantaggio, perché, come si è detto, facilita molto in termini di spesa e di tempo), ma anche, proprio secondo la teoria del parametro di Eissler, può essere indicata nei casi in cui un determinato paziente (esempi tipici sono certe problematiche schizoidi, o anche agorafobiche e di fobia sociale) non riesca ad affrontare il contatto diretto col terapeuta, e invece riesca ad aprirsi meglio mantenendo una certa distanza *emotiva* che per lui è simbolizzata dalla distanza *fisica* della rete (cioè, usando i termini di Eissler, nel caso di determinati “deficit dell'Io”). In una fase iniziale della terapia un paziente potrebbe venire “agganciato” in questo modo (ad esempio nel caso chiedi aiuto per la prima volta tramite Internet, come per *E-Mail*, in una *discussion list* o in una *chat line*), per fare un determinato lavoro allo scopo di superare certe resistenze che gli permettano poi di continuare la terapia in modo tradizionale, se è questa la modalità che viene ritenuta indicata o che viene scelta.

Ritengo quindi che la psicoterapia in rete possa avere una sua dignità come tecnica, proprio allo stesso modo con cui altre tecniche terapeutiche hanno una loro dignità, quali la terapia di gruppo, la terapia familiare, nelle istituzioni, ecc. Anche in questi casi, infatti, rimane aperta la domanda di quale tecnica preferire e perché (se

ad esempio si deve scegliere se fare una terapia individuale o di coppia), nel senso che non è tanto importante quale è poi la nostra scelta finale, quanto il fatto che venga tenuta aperta la domanda e vengano continuamente analizzate le implicazioni transferali e controtransferali di tali scelte o preferenze (in questo senso, la scelta fatta interessa meno di quanto possa essere interessante chiedersi “perché non ne è stata fatta un'altra”, cioè è più importante il viaggio della meta).

I problemi teorici e tecnici della psicoterapia con Internet sono identici a quelli della psicoterapia o della psicoanalisi “al telefono”, che è praticata da decenni da molti analisti, non solo negli Stati Uniti o in altri paesi dove vi sono grandi distanze geografiche, ma in tutto il mondo, solo che in genere si tende a non parlarne, o a riferire, durante la discussione di casi clinici, solo delle telefonate coi pazienti come “incidenti” o momenti che vanno presto normalizzati per tornare al tradizionale rituale della terapia (oggi molti terapeuti scambiano sms con i pazienti, ed è abbastanza comico constatare che alcuni preferiscano non dirlo in giro come se fosse una cosa “da non fare”, oppure che alcuni ne vogliano discutere come se fosse un “problema”, a riprova che a questi colleghi fraintendono la teoria della tecnica). Raramente si discute il problema della terapia a distanza attraverso il telefono, e sono convinto che non viene affrontato perché una sua coerente disamina non potrebbe non avere ripercussioni sull'intero impianto teorico della psicoanalisi e sul rapporto tra teoria e tecnica (del tipo di quello fatto dall'ultimo Gill del 1984, per intenderci). Il mito che possa esistere una “tecnica classica” della psicoanalisi, con le sue regole, il suo setting ben definito, ecc., rassicura molti analisti, soprattutto in un momento in cui, dopo la crisi di precedenti certezze e l'accavallarsi di teorie diverse sul mercato della psicoanalisi, il polo teorico viene vissuto come fragile per cui viene naturale aggrapparsi al polo tecnico per rassicurarsi di aver conservato l'identità perduta.

La psicoterapia con Internet potrebbe essere considerata, per certi versi, una “nuova frontiera” così come, nella storia della psicoanalisi, di volta in volta si sono dovuti affrontare nuovi problemi tecnici che hanno costretto a una salutare messa a punto della

teoria: alludo alla terapia degli psicotici (Sullivan), dei bambini (Melanie Klein), del narcisismo (Kohut), di certi disturbi di personalità (Kernberg), e poi degli adolescenti, dei gruppi, delle famiglie, dei tossicodipendenti, delle delinquenze, ecc. Come sappiamo, tutti questi territori di confine hanno prodotto un salutare ripensamento della teoria psicoanalitica, che a volte ha prodotto innovazioni che più tardi sono state generalizzate arricchendo il nostro modo di comprendere il meccanismo della terapia.

Non è tanto importante il fatto che la psicoterapia sia condotta attraverso Internet, quanto la teoria che utilizziamo per giustificarla, la nostra capacità di analizzare le motivazioni transferali e controtransferali che stanno dietro a questa scelta: forse che il paziente, oppure il terapeuta, nella loro preferenza della psicoterapia *on-line* esprimono una resistenza, cioè una difesa dalla psicoterapia *off-line*? E nel caso, perché? O forse che, viceversa, la scelta della terapia tradizionale da parte di uno o di entrambi esprime una resistenza a un aspetto della psicoterapia in rete che eventualmente sarebbe stata possibile? E così via. Questi ragionamenti non sono specifici alla questione della psicoterapia in rete, ma sono gli stessi che vengono fatti nei confronti di qualunque intervento e a proposito di qualunque modalità terapeutica (ad esempio nella scelta della terapia di gruppo, della terapia familiare, ecc., prima citate). Anche queste scelte, così come il loro opposto, possono fungere da ricettacoli difensivi, ed è l'attenta analisi di queste dinamiche quella che costituisce il fulcro del nostro lavoro. Non vi è mai un luogo sicuro su cui si possa, per così dire, riposare analiticamente (per una discussione di questa problematica, con anche esempi clinici, riferita però alla psicoterapia breve, che presenta le stesse identiche questioni teoriche, vedi Migone, 1988; 1993; 1995a, pp. 51-62; 1995c; 2005a; 2014). Quello che mi preme sottolineare nuovamente è che qui non si sta parlando della psicoterapia in rete in quanto tale, ma della psicoterapia *tout court*, cioè della logica utilizzata dal terapeuta per qualunque sua scelta tecnica. È solo affrontando la teoria della tecnica che sta a monte che è possibile non arenarsi nei vicoli ciechi delle “tecniche”, e affrontare

adeguatamente la questione della psicoterapia con o senza Internet.

Vorrei fare un'ultima riflessione ancora a proposito della teorizzazione classica del setting analitico come di una condizione tutta particolare atta a evocare determinate reazioni transferali “regressive” da sottoporre poi ad analisi, in quanto ancora una volta si può fare qui un interessante parallelismo con la psicoterapia *on-line*. Da più parti infatti viene sottolineato come Internet possa rappresentare un “setting” tutto particolare che, in modo specifico, evoca in molti soggetti una serie di emozioni intense, stati regressivi o cosiddetti “perversi” (si pensi alle *chat lines* erotiche, agli improvvisi e violenti innamoramenti in rete, o alla pedofilia, e così via). In altre parole, Internet, per vari motivi, libererebbe emozioni molto profonde, paradossalmente maggiori di quelle evocate da situazioni “normali”, cioè non in Internet (Migone, 2005c). A parte il fatto che a mio parere questo può essere vero per determinati individui e non per altri, cioè sarebbe un errore generalizzare questi fenomeni che sono invece relativi ad un determinato tipo di società o sottocultura, vorrei far notare che questo tipo di logica è la stessa utilizzata nel caso della tecnica analitica classica, dove si teorizza che viene utilizzato un setting particolare, ritualizzato, dotato di lettino, ecc., volto a stimolare un determinato comportamento (chiamato transfert) che si vuole far emergere ed analizzare (mi riferisco alla teorizzazione del “setting infantile” della Macalpine, 1950). Secondo questo ragionamento, la “psicoanalisi classica” e la “psicoanalisi con Internet” sarebbero omologhe (anzi, come si accennava prima, la psicoanalisi sarebbe una caricatura della psicoterapia con Internet): il transfert in un caso e le cosiddette “perversioni” dall'altro potrebbero essere i comportamenti che di proposito si vogliono far emergere, sarebbero cioè forme di “regressione” (analitica). Come penso risulti chiaro dalle mie precedenti argomentazioni, non sono d'accordo con l'utilizzo di questa logica. Infatti, in entrambi i casi l'errore è quello di generalizzare a tutti i soggetti l'effetto che un determinato stimolo ha su un campione più o meno grande di individui, e che comunque, anche nel caso questa reazione fosse generalizzabile, non è chiaro perché si debba

desiderare di evocare questo tipo di “transfert” e non un altro (anche qui, rimando alla lucida critica di Gill del 1984 al concetto di regressione in analisi). Intendo dire: perché mai non dovrebbe essere altrettanto interessante evocare un transfert diverso da quello che si manifesta nella psicoanalisi classica (o, se è per questo, con Internet)?

Per finire, va ricordato che vi è un aspetto indubbiamente assente nella psicoterapia in rete rispetto a quella non in rete: il corpo “fisico” del paziente. Questa assenza può essere un fattore fondamentale per le cosiddette terapie corporee, che nel loro armamentario appunto utilizzano il corpo *in quanto tale* all'interno della terapia, e non soltanto le fantasie o le emozioni su di esso. Sotto questo punto di vista, la psicoterapia in rete è sicuramente “inferiore” a quella tradizionale. Ma, se sono state ben comprese le riflessioni fatte finora, non possiamo non ammettere che anche la psicoterapia tradizionale, a rigor di logica, è inferiore a quella in rete, in quanto è deprivata di una serie di dati importanti, quelli della sola presenza del corpo “virtuale”. La realtà “virtuale” e quella “reale” (ammesso che quest'ultima possa mai essere conosciuta in quanto tale – non è possibile in questa sede entrare nella questione filosofica della natura della realtà) non sono l'una superiore o inferiore all'altra, ma due diversi tipi di esperienza, ciascuna rispettabile e meritevole di essere indagata, e ciascuna capace di fornirci preziose informazioni sulla natura umana.

Note

¹ Secondo il Manuale della *China American Psychoanalytic Alliance* (CAPA), una associazione americana che fornisce supervisioni e terapie a colleghi cinesi in formazione, «Skype è criptato tramite l'utilizzo di un codice che non è mai stato rivelato dai suoi produttori nonostante le forti pressioni da parte di molte agenzie e istituzioni pubbliche. (...) È praticamente impossibile non solo conoscere il contenuto delle conversazioni, ma anche la loro esistenza. (...) Skype sembra essere così sicuro che viene usato da criminali e la polizia non può sentirli – e stiamo parlando di *Interpol*, non di normali poliziotti cittadini. Skype è riuscito a respingere ordini di tribunali di decrittare il codice poiché la sede centrale è in Lussemburgo, quindi protetto dalle leggi sulla privacy della Comunità Europea (Skype è stato prodotto in Lettonia). Ad ogni modo, (...) va precisato che questo vale per le comunicazioni da computer a computer, non per le comunicazioni via testo, che non sono sicure» (Buckner, 2011, p. 13, corsivi nell'originale).

Riferimenti bibliografici

- Akhtar, S. (2004). Editor's Introduction: New technologies and psychoanalysis. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 1, 2: 200-201.
- American Psychological Association (1997). Services by telephone, teleconferencing, and Internet. A statement by the ethics committee of the *American Psychological Association*. Su Internet: www.apa.org/ethics/stmnt01.html.
- Aronson, J.K. (2000). *Use of the Telephone in Psychotherapy*. Northvale, NJ: Aronson.
- Baer, L., Cukor, P., Jenike, M., Leahy, B., O'Laughlen, J., & Coyle, J. (1995). Pilot studies of telemedicine for patients with obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152: 1383-1385.
- Bassen, C.R. (2007). Telephone analysis (Panel report). *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55, 3: 1033-1041.
- Bauer, S., Wolf, M., Haug, S., & Kordy, H. (2011). The effectiveness of internet chat groups in relapse prevention after inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 21, 2: 219-226.
- Bird, J. (2003). "I wish to speak to the despisers of the body": The Internet, physicality, and psychoanalysis. *Journal for the Psychoanalysis of Culture & Society*, 8, 1: 121-126.
- Bollorino, F. (a cura di) (1999). *Psichiatria on line. Strumenti di ricerca scientifica, comunità terapeutiche, interazione tra medico e paziente*. Milano: Apogeo.
- Brown, F.W. (1998). Rural telepsychiatry. *Psychiatric Services*, 49, 7: 963-964.
- Buckner, L. (a cura di) (2011). *Handbook of China American Psychoanalytic Alliance (CAPA)*. New York: CAPA.
- Cantelmi, T., Putti, S., & Talli, M. (a cura di) (2002). *@psychotherapy: risultati preliminari di una ricerca sperimentale italiana*. Roma: EUR (introduzione di D. La Barbera su Internet: www.psychomedia.it/pm-revs/books/canputal.htm).
- Cantelmi, T., Talli, M., & Putti, S. (2000). Il paziente on line. *Psicologia Contemporanea*, 160: 58.
- Caretti, V., & La Barbera, D. (2001). *Psicopatologia delle realtà virtuali. Comunicazione, identità e relazione nell'era digitale*. Milano: Masson (scheda su Internet: www.psychomedia.it/pm-revs/books/carlab.htm).
- Caroppo, E., Catania, D., Lega, I., Popolo, R., Salvatore, G., Capelli, G., & Ruggeri, G. (2001). Progetto V.I.T.A.: studio pilota per interventi psichiatrici e psicoterapeutici in telemedicina. *Psychomedia*, www.psychomedia.it/pm/pit/olpsy/caroppo.htm.
- Carta, S. (2005). Psicoterapie online. *Psicotech*, 3, 1: 7-38.
- Codignola, E. (1977). *Il vero e il falso. Saggio sulla struttura logica dell'interpretazione psicoanalitica*. Torino: Boringhieri (trad. inglese dei capitoli 1, 4 e 5, con una introduzione di Paolo Migone, in: Langs R. (a cura di), *The Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy*, vol. 2. New York: Gardner Press, 1987, pp. 326-377. Trad. it. delle pp. 332-339: Riassunto del libro di Enzo Codignola [1977] *Il vero e il falso. Saggio sulla struttura logica dell'interpretazione psicoanalitica*. In: Alessandro Ancona, Marianna Bolko & Paolo Migone, Interpretazione e setting nel contributo di Enzo Codignola. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2009, XLIII, 2: 236-240).
- Di Maria, F., & Formica, I. (2005). Psicoterapia online: una pericolosa illusione. *Psicotech*, 3, 1: 47-60.
- Dini, K. (2009). Internet Interaction: the Effects on Patients' Lives and Analytic Process (Panel report; panelists: B.E. Litowitz, M.R., Lansky, K., Leary, e C., Perlman). *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57, 4: 979-988
- Dongier M. (1986). Telepsychiatry: psychiatric consultation through two-way television. A controlled study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 1: 32-34.
- Eissler, K.R. (1953). The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1: 104-143 (trad. it.: Effetto della struttura dell'Io sulla tecnica psicoanalitica. *Psicoterapia e scienze umane*, 1981, XV, 2: 50-79; anche in: Genovese C., a cura di, *Setting e processo psicoanalitico*. Milano: Cortina, 1988, pp. 3-35). Edizione su Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/eiss53-1.htm.
- Fischbein, S.V. (2010). Panel report: Psychoanalysis and virtual reality [2009] (Irene Cairo, Moderator). *International Journal of Psychoanalysis*, 91, 4: 985-988.
- Fitzgerald, T.D., Hunter, P.V., Hadjistavropoulos, T., e Koocher, G.P. (2010). Ethical and legal considerations for internet-based psychotherapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39, 3: 173-187.
- Galimberti, C., & Riva, G. (a cura di) (1997). *La comunicazione virtuale. Dal computer alle reti telematiche: nuove forme di interazione sociale*. Milano: Guerini e Associati.
- Galli, P.F. (1988). Le ragioni della clinica. *Psicoterapia e scienze umane*, XXII, 3: 3-8.
- Galli, P.F. (1992). *La persona e la tecnica. Appunti sulla pratica clinica e la costruzione della teoria psicoanalitica*. Milano: FrancoAngeli, 2002 (prima edizione: Milano: Il Ruolo Terapeutico, 1996). Parti di questo materiale sono state lette ad una conferenza dal titolo "Psychoanalysis as the story of a crisis" all'incontro annuale del *Rapaport-Klein Study Group*, Austen Riggs Center, Stockbridge, Massachusetts, 10 giugno 1990; edizione su Internet: www.psychomedia.it/rapaport-klein/galli90.htm. Versione italiana: Le psicoanalisi e la crisi della psicoanalisi, *Ricerche di Psicologia*, 1990, XIV, 4: 39-58; vedi anche: Canestrari R. & Ricci Bitti P.E., a cura di, *Freud e la ricerca psicologica*, Bologna: Il Mulino, 1993, pp. 173-188. Versione tedesca: Die Psychoanalysen und die Krise der Psychoanalyse, in: Kuster M., a cura di, *Entfernte Wahrheit*. Tübingen: Diskord, 1992, pp. 146-165. Versione inglese: Crisis of psychoanalysis? From the scientific solution to the semantic perspective. *Italian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 1994, IV, 1: 23-28.
- Galli, P.F. (2006). Tecnica e teoria della tecnica in psicoanalisi tra arcaico e postmoderno. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 40, 2: 153-164.

- Gammon, D., Sorlie, T., Bergvik, S., & Hoifodt, T.S. (1998). Psychotherapy supervision conducted by videoconferencing: a qualitative study of users' experiences. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 4 (Suppl. 1): 33-35.
- Garcia, E.E. (2007). Bleibende Relevanz. Eine Einführung in die klinischen Beiträge von K.R. Eissler. *Luzifer-Amor. Zeitschrift zur Geschichte der Psychoanalyse*, 20, 40, 91-107 (trad. it.: Una introduzione ai contributi clinici di Kurt R. Eissler. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2007, XLI, 4: 465-480; trad. inglese: Enduring Relevance: An Introduction to the clinical contributions of K.R. Eissler. *Psychoanalytic Quarterly*, 2009, LXXVIII, 4: 1109-1126).
- Gelber, H. (1999). An evaluation of an Australian videoconferencing project for child and adolescent telepsychiatry. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 5 (Suppl.), 1: 21-23.
- Gill, M.M. (1982). *The Analysis of Transference. Vol. 1: Theory and Technique*. New York: Int. Univ. Press (trad. it.: *Teoria e tecnica dell'analisi del transfert*. Roma: Astrolabio, 1985).
- Gill, M.M. (1983). The interpersonal paradigm and the degree of the therapist's involvement. *Contemporary Psychoanalysis*, 19, 2: 202-237 (trad. it.: Il paradigma interpersonale e la misura del coinvolgimento del terapeuta. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1995, XXIX, 3: 5-44).
- Gill, M.M. (1984). Psychoanalysis and psychotherapy: a revision. *International Review of Psychoanalysis*, 11, 2: 161-179 (trad. it.: Psicoanalisi e psicoterapia: una revisione. In Del Corno F. & Lang M., a cura di, *Psicologia Clinica. Vol. 4: Trattamenti in setting individuale*. Milano: FrancoAngeli, 1989, pp. 128-157; II ed.: 1999, pp. 206-236). Edizione su Internet con una introduzione di Paolo Migone: www.priory.com/ital/10a-Gill.htm (dibattito: www.psychomedia.it/pm-lists/debates/gill-dib-1.htm).
- Gill, M.M. (1993). Tendenze attuali in psicoanalisi. *Psicoterapia e scienze umane*, XXVII, 3: 5-26.
- Gill, M.M. (1994). *Psychoanalysis in Transition: A Personal View*. Hillsdale, NJ: Analytic Press (trad. it.: *Psicoanalisi in transizione*. Milano: Cortina, 1996).
- Houston, T.K., Cooper, L.A., & Ford, D.E. (2002). Internet Support Groups for Depression: A 1-Year Prospective Cohort Study. *Am. J. Psychiatry*, 159: 2062-2068.
- Kaplan, E.H. (1997). Telepsychotherapy. Psychotherapy by telephone, videotelephone, and computer videoconferencing. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6, 3: 227-237.
- Leffert, M. (2003). Analysis and psychotherapy by telephone: twenty years of clinical experience. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54, 1: 101-130.
- Lindon, J.A. (1988). Psychoanalysis by telephone. *Bull. Menninger Clinic*, 52: 521-528.
- Macalpine, I. (1950). The development of transference. *Psychoanalytic Quarterly*, 19: 501-539 (trad. it.: Lo sviluppo della traslazione. In: Genovese C., a cura di, *Setting e processo psicoanalitico*. Milano: Cortina, 1988, pp. 73-104).
- Malater, E. (2007). Caught in the Web: Patient, Therapist, E-mail, and the Internet. *Psychoanalytic Review*, 94, 1: 151-168.
- Mancini, F., Cantelmi, T., & Tartaglione, S. (2000). *Psicoterapia on line: lo stato dell'arte*. In: AA.VV., *La mente in Internet*. Padova: Piccin, 2000.
- Manhal-Baugus, M. (2001). E-therapy: Practical, ethical, and legal issues. *Cyberpsychology and Behavior*, 4, 5: 551-563.
- Merciai, S.A. (2002). Psicoterapia on-line: un vestito su misura. In: Cantelmi, Putti & Talli, 2002, pp. 113-186. Edizione su Internet: www.psychomedia.it/pm/pit/olpsy/merciai.htm.
- Migone, P. (1984). Cronache psicoanalitiche: il caso Masson. Con una nota di Jeffrey M. Masson. *Psicoterapia e scienze umane*, XVIII, 4: 32-62 (una versione ampliata è anche su Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruolote r/rt2002.htm).
- Migone, P. (1988). Le psicoterapie brevi ad orientamento psicoanalitico: origini storiche, principali tecniche attuali, discussione teorico-critica, ricerche sull'efficacia, formazione. *Psicoterapia e scienze umane*, XXII, 3: 41-67.
- Migone, P. (1991). La differenza tra psicoanalisi e psicoterapia: panorama storico del dibattito e recente posizione di Merton M. Gill. *Psicoterapia e scienze umane*, XXV, 4: 35-65 (una versione è anche su Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruolote r/rt59pip.htm).
- Migone, P. (1993). Riflessioni cliniche sul lavoro del *Psychotherapy Research Group* di San Francisco guidato da Weiss & Sampson. *Il Ruolo Terapeutico*, 62: 55-58. Edizione su Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruolote r/rt62-93.htm.
- Migone, P. (1994). Intervento sul caso di disturbo ossessivo-compulsivo. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXVIII, 3: 129-131.
- Migone, P. (1995a). *Terapia psicoanalitica*. Milano: FrancoAngeli (Nuova Edizione: 2010). Scheda su Internet: www.psychomedia.it/pm-revs/books/migone1a.htm.
- Migone, P. (1995b). Terapia o ricerca della verità? Ancora sulla differenza tra psicoanalisi e psicoterapia. *Il Ruolo Terapeutico*, 69: 28-33. Edizione su Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruolote r/rt69-95.htm.
- Migone, P. (1995c). L'elaborazione della fine della terapia come intervento terapeutico. *Il Ruolo Terapeutico*, 68: 41-44. Edizione su Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruolote r/rt68-95.htm.
- Migone, P. (1998a). Chi ritiene indissolubile il binomio divano/psicoanalisi si pone fuori dalla logica psicoanalitica. *Il Ruolo Terapeutico*, 78: 16-21. Edizione su Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruolote r/rt78le98.htm.
- Migone, P. (1998b). L'esperienza con la *discussion list* "Psicoterapia" di *Psychomedia* (Intervento al panel

- “Mailing lists” al Convegno “Internet & Mental Health, The 1st International Congress on Psychiatry and the Net”, Genova, 7-8 febbraio 1998). Internet: www.priory.com/ital/congress/migo.htm.
- Migone, P. (1999a). La psicoterapia in rete: un setting terapeutico come un altro? Riflessioni da un punto di vista psicoanalitico. In: Bollorino, F. (a cura di), *Psichiatria on line. Strumenti di ricerca scientifica, comunità terapeutiche, interazione tra medico e paziente*. Milano: Apogeo, 1999, pp. 255-265. Edizione su Internet: <http://priory.com/ital/psichiatriaonline/migone.htm>.
- Migone, P. (1999b). Introduzione all'articolo di Kurt R. Eissler del 1953 “Effetto della struttura dell'Io sulla tecnica psicoanalitica”. *Psychomedia*, www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/eiss53-1.htm.
- Migone, P. (2000). A psychoanalysis on the chair and a psychotherapy on the couch. Implications of Gill's redefinition of the differences between psychoanalysis and psychotherapy. In: Silverman D.K. & Wolitzky D.L., editors, *Changing Conceptions of Psychoanalysis: The Legacy of Merton M. Gill*. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 2000, pp. 219-235 (trad. spagnola: El psicoanálisis en el sillón y la psicoterapia en el diván. Implicaciones de la redefinición de Gill sobre las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia. *Intersubjetivo. Revista de Psicoterapia Psicoanalítica y Salud*, 2000, 2, 1: 23-40).
- Migone, P. (2001). La differenza tra psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica è solo una questione politica. *Il Ruolo Terapeutico*, 86: 17-20. Edizione su Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt86pp01.htm.
- Migone, P. (2003). La psicoterapia con Internet. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXVII, 4: 57-73. Edizione su Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/pst-rete.htm (trad. spagnola: La psicoterapia con Internet. *Clínica e Investigación Relacional*, 2009, 3, 1: 135-149. Internet: www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V3N1_2009/13_PMigone_Psicoterapia-con-Internet_CeIR_V3N1.pdf).
- Migone, P. (2004). Editoriale. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXVIII, 2: 149-152. Edizione su Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt97-04.htm.
- Migone, P. (2005a). Terapeuti “brevi” o terapeuti “bravi”? Una critica al concetto di terapia breve. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXIX, 3: 347-370.
- Migone, P. (2005b). La psicoterapia on-line (Conferenza tenuta all'Istituto di Psicoterapia Psicoanalitica [IPP] di Torino l'8 febbraio 2003). *Berggasse 19. Cultura e cura psicoanalitica*, I, 0: 27-40.
- Migone, P. (2005c). Dipendenza dalle chat, amore su Internet, e altri strani fenomeni. *Il Ruolo Terapeutico*, 100: 85-91. Edizione su Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt100-05.htm.
- Migone, P. (2013). Psychoanalysis on the Internet: A discussion of its theoretical implications for both on-line and off-line therapeutic technique. *Psychoanalytic Psychology*, 30, 2: 281-299.
- Migone, P. (2014). What does “brief” mean? A theoretical critique of the concept of brief therapy from a psychoanalytic viewpoint. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 64, 4: 631-656.
- Migone, P. (2004). Editoriale. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 38, 2, 149-152. Edizione su Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt97-04.htm.
- Migone, P. (2011). On the definition of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 92, 5: 1315-1317.
- Monder, B., Toronto, E. & Ainslie, G. (2007). Time out of mind. Psychoanalytic explorations of patient's excessive engagement with virtual reality. *Psychoanalyst-Psychologist*, Summer, 34-35.
- Mora, L., Nevid, J. & Chaplin, W. (2008). Psychologist treatment recommendations for Internet-based therapeutic interventions. *Computers in Human Behavior*, 24, 6: 3052-3062.
- Ordine Nazionale degli Psicologi (2002). Delibera del 23 marzo 2002, n. 19, del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi Italiani (...«non è possibile effettuare interventi di psicodiagnosi e psicoterapia via Internet»...).
- Ormay, T. (2006). Cybertherapy - Psychotherapy on the Internet. *International Journal of Psychotherapy*, 10, 2: 51-60.
- Preston, J., Brown, F.W., & Hartley, M. (1992). Using telemedicine to improve health care in distant areas. *Hospital and Community Psychiatry*, 43: 25-32.
- Putti, S., & Antonelli, G. (2001). La rinascita della psicoanalisi on line. *Giornale Storico di Psicologia Dinamica* (Atti del Convegno “Rinascere”), XXV, 49.
- Richards, A.K. (2001). Panel report: Talking cure in the 21st century: Telephone psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 18: 388-391.
- Saul, L.J. (1951). A note on the telephone as a technical aid. *Psychoanalytic Quarterly*, 20: 287-290.
- Scharff, J.S. (2012). Clinical issues in analyses over the telephone and the Internet. *International Journal of Psychoanalysis*, 93, 1: 81-95.
- Simpson, S. (2001). The provision of a telepsychology service to Shetland: client and therapist satisfaction and the ability to develop a therapeutic alliance. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 7 (Suppl. 1): 34-36.
- Sleek, S. (1997). Providing therapy from a distance. *APA Monitor*, 38: 1.
- Wallace, P. (1999). *The Psychology of the Internet*. Cambridge, UK: Cambridge Univ. Press (trad. it.: *La psicologia di Internet* Milano: Cortina, 2000).
- Wolf, A.W. (2011). Internet and video technology in psychotherapy supervision and training. *Psychotherapy*, 48, 2: 179-181.
- Zalusky, S. (1998). Telephone analysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 46: 1221-1242.
- Zarem, S. (2001). Choosing the telephone: A clinical exploration of potential advantage. *Issues in Psychoanalytic Psychology*, 23, 1/2: 49-57.
- Zaylor, C. (1999). Clinical outcomes in telepsychiatry. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 5, 1 (Suppl.): 59-60.

RIFLESSIONI SU PSICOLOGIA, VIOLENZA DOMESTICA E MASS MEDIA

di Mario De Maglie

psicologo psicoterapeuta, Coordinatore del Centro di Ascolto Uomini Maltrattanti, blogger de Il Fatto Quotidiano

Mi propongono di scrivere sull'argomento psicologia e mass media, l'idea mi spaventa e mi piace allo stesso tempo. Mi spaventa perché mi si richiede di scrivere su due tematiche pressoché sconfinata. Noi psicologi sappiamo quanto la psicologia possa essere priva di limiti ponderabili e i mass media, nell'era del web, assumono proporzioni gigantesche, gli stessi social network, ad esempio, ormai veicolano informazioni di ogni tipo.

L'idea però mi piace perché posso quindi scegliere io se e quali confini mettere, bisogna che mi focalizzi su qualcosa per non perdermi, quindi quello che faccio è semplicemente cominciare a scrivere questo articolo avendo ben chiari i presupposti esplicitati e cercando di concentrarmi laddove la mia esperienza può farmi da solido supporto.

Parto quindi da me, questa è ed è sempre stata la mia carta vincente per poter parlare di qualcosa con cognizione di causa. Sono psicologo, e psicoterapeuta dell'Approccio Centrato sulla Persona, coordino il Centro di Ascolto Uomini Maltrattanti di Firenze sin dalla sua nascita nel Novembre 2009, opero principalmente per lavoro ed interesse nell'ambito del maltrattamento domestico e delle questioni di genere. Circa 4 anni fa una collega di un centro antiviolenza, Nadia Somma, conosciuta ad un convegno, mi propone di aprire un blog insieme; sarebbe stato ospitato da *Il Fatto Quotidiano*, gli argomenti da trattare sarebbero stati quelli a cui il nostro lavoro ci porta a stretto contatto. Mi

chiedo se sarò in grado, ma mi fido che posso farcela e accetto la proposta. Per due anni ho scritto su un blog insieme a Nadia Somma e poi ci è stata data l'opportunità ad entrambi dell'apertura di un blog personale. Mi accorgo che lo scrivere mi piace e che riesco a rendere quanto ho in testa, questo nonostante mi consideri più un lettore prestatato alla scrittura che uno scrittore, ma d'altronde il termine adatto per definirmi è appunto un altro, ossia blogger.

Inizio con l'occuparmi strettamente di violenza e questioni di genere, parlando del mio mestiere, della mia filosofia di pensiero e della mia esperienza sul campo, a volte anche commentando alcuni fatti di cronaca violenta che possono avermi colpito maggiormente rispetto ad altri. Comincio poi a spaziare, recensisco libri e mi occupo anche di argomenti più sociali e culturali, talvolta in veste di psicologo talvolta, in veste di semplice cittadino o persona.

Il blog mi dà una certa visibilità, alcuni articoli interessano più di altri e mi mettono in contatto con persone ed esperienze nuove. Creatami la pagina FB da *Il Fatto Quotidiano* sull'immagine di copertina mi colpisce la dicitura "personaggio pubblico", se da una parte la cosa mi lusinga, dall'altra mi fa sentire in parte anche ciò che non sono e di cui sono consapevole ossia un reale personaggio pubblico, sebbene il mio nome possa essere conosciuto nel mio ambiente di lavoro. Ma il potere dei media è appunto proprio questo, creare personaggi anche grazie alla loro semplice esposizione.

Capisco più dal vivo l'influenza dei media su di una persona, seppure in dose proporzionata alla mia visibilità. Se la parola personaggio pubblico piace, dall'altra mi fa sentire carico di una maggiore responsabilità nei confronti di quel che scrivo e faccio, ma mi verrebbe da dire anche rispetto a quel che sono. Pubblico e privato si confondono, cominciano ad acquisire dei contorni che li contraddistinguono.

Una delle prime realtà con le quali mi sono confrontato sono stati i miei lettori e principalmente i commentatori ai miei articoli che spesso prendono quanto scrivo distortendolo o arrivando ai confini dell'offensivo senza troppe remore. Questo accade puntualmente quando scrivo su violenza e questioni di genere, i commenti sono decisamente di numero minore, più pacati, se non di elogio, quando scrivo di altro. Questo perché ancora siamo immersi in una cultura profondamente maschilista e patriarcale e la possibilità di esprimersi su web con nickname, quindi in forma anonima, crea molti leoni della rete.

Vivo sulla mia pelle cosa significhi quando il pubblico non rispetta la tua opinione o la tua vita personale, anche se in modo contenuto, avendo fortunatamente ben chiaro che il problema è più di chi getta la propria insofferenza sul prossimo che di chi la riceve e che le modalità comunicative possono parlare anche del contenuto delle obiezioni o critiche.

Una delle mie forse maggiori esperienze di riflessione, su cui ho scritto diversi post, riguarda il rapporto tra i media e la violenza di genere con una attenzione particolare al femminicidio.

Il termine è stato a lungo dibattuto e lo è tutt'ora; è chiaro che comunque giornalmisticamente esso è ben spendibile, crea emotività.

Distinguo del fenomeno due diversi livelli: il fenomeno in sé e l'utilizzo che di questo viene fatto.

Il femminicidio, piaccia o no il nome, con tutte le volute o dovute precisazioni, è reale nel momento in cui intendiamo con il termine l'uccisione di una donna, in quanto donna, per mano di un uomo.

Poi c'è stato e c'è l'utilizzo che del femminicidio è stato fatto. È indubbio che, negli ultimi anni, l'argomento della violenza domestica sia stato

trattato dai media con particolare risalto e il femminicidio si è ben prestato a colpire l'immaginario comune più che a sensibilizzarlo.

Il fenomeno, considerato spesso come emergenziale, in realtà è strutturale all'interno della nostra società, il fatto che se ne parli maggiormente non può far dimenticare che i numeri del maltrattamento domestico, in tutte le sue forme, non hanno subito significativi mutamenti nel corso degli ultimi anni.

Il parlarne è certamente utile, ma bisogna ricordarsi che il come si parla di un qualcosa ha la sua importanza e può cambiare le finalità con le quali ci si approccia ad una tematica. I media amano la cronaca, perché ha una maggiore presa sul grande pubblico, quindi spesso si è partiti dai casi di violenza venuti alla luce per andare a considerare, in termini generali, la condizione di molte donne che subiscono abusi nel silenzio delle mura domestiche, finché qualche comportamento più grave non fa uscire fuori dalle mura quanto avvenuto.

I media hanno parlato spesso del femminicidio come un bollettino di guerra, ma questo costituisce una voluta esagerazione. In una guerra, in un anno, ci sono molte più vittime di un numero compreso, grosso modo, tra le cento e le duecento unità.

I numeri sono importanti ma non costituiscono tutto, naturalmente: anche una sola donna ammazzata per mano di un uomo è una vittima di troppo e rimane un evento che la società deve assumersi la responsabilità di prevenire. Se l'uccisione di donne per mano di uomini non costituisce un'emergenza, perché i dati, a una attenta analisi, sono più contenuti e stabili di quel che viene "sponsorizzato", questo non ci deve permettere di cadere nell'errore opposto: ossia, pensare che il tutto sia solo una bolla mediatica, un delirio di giornali e femministe.

Spesso, come risultato del lavoro dei media, mi sono ritrovato di fronte, durante incontri, dibattiti, semplice chiacchierate tra amici, con un maschile che si è sentito fortemente sotto accusa, che fatica ad avere una reale percezione della violenza di genere, chiudendosi in posizione di chiusura o mostrando disinteresse. La condanna alla violenza sulle donne è unanime, ma è sempre un qualcosa che riguarda l'altro, non noi, eppure tre donne su dieci, secondo i dati ISTAT, subiscono delle forme di maltrattamento; e sono numeri al ribasso, in

quanto non possono tenere conto di tutto quello che esiste, che rimane appunto confinato nelle mura di casa. Per queste donne che subiscono violenza ci saranno un numero simile di uomini che la agiranno. Sono cifre enormi. Mi vien da dire “i maltrattanti sono tra di noi”, ed è vero “i maltrattanti siamo noi”.

Innanzitutto smontiamo il termine maltrattante. Io non amo questa parola, etichetta la persona, quel che è sbagliato (ed è un reato) è il comportamento e questo non è necessariamente identificativo dell'individuo, ne è solo una parte o meglio una conseguenza di qualcos'altro. Uomini autori di comportamenti violenti è la definizione che trovo corretta. Se faccio il lavoro che faccio è proprio perché ho fiducia che l'uomo possa essere altro dal suo comportamento maltrattante.

Se si pensa al maltrattamento domestico come esclusivamente quello a cui i media danno risalto, saranno molto poche le persone che in esso si riconosceranno, non che non esistano e non siano gravi certi episodi, ma sono da considerarsi la punta di un iceberg: l'iceberg in sé non deve essere dimenticato o sottovalutato e questo è un rischio, ai miei occhi, concreto.

Il lavoro che spesso mi trovo a fare con gli uomini è un lavoro di riconoscimento della violenza, quindi cerco di sviluppare gli strumenti che li porteranno ad essere in grado di nominarla, altrimenti non è possibile una chiara assunzione di responsabilità del proprio comportamento che è l'unico modo per interrompere l'agito violento: si è parte attiva del maltrattamento in atto, si deve essere parte attiva della sua cessazione. Il comportamento violento è una scelta, si può cambiarla, ma si deve volerlo e per volerlo bisogna acquistare consapevolezza. È necessario creare uno spazio di pensiero tra l'emozione e l'azione che permetta alla persona di riconoscere quanto sta accadendo o sta per accadere in modo che possa operare delle scelte responsabili in merito a come agirà.

Per parlare di violenza è inoltre necessario muoversi su criteri scientifici, ad esempio i dati sul femminicidio vengono raccolti dai centri antiviolenza con le scarse risorse che possiedono; invece, nonostante il tanto clamore politico e mediatico, nessun ente pubblico è stato mai predisposto a farlo.

Il rapporto tra media e femminicidio rimane molto delicato, la cronaca ha i suoi vantaggi nell'esacerbare alcune realtà o dipingerle in modo da suscitare atteggiamenti di morbosità o banalizzazione. Se il contenuto è buono, ma non attira, la notizia può passare in secondo piano, se il contenuto non è un granché, ma può essere presentato con modalità che suscitino emotività, l'emotività vende. Trovo, non di rado, un interesse dei media teso a cavalcare onde emotive. Un interesse del genere è puramente strumentale ed è, a mio avviso, da considerarsi come una forma di maltrattamento aggiuntivo, molto subdolo perché si nasconde dietro ad una parvenza di denuncia in aiuto delle donne. Non interessa che la donna sia stata picchiata, umiliata, ammazzata, ma che la donna picchiata, umiliata, ammazzata faccia notizia.

Per comprendere la realtà del maltrattamento domestico non basta il semplice interesse, ma urge una reale partecipazione alla comprensione del fenomeno, perché non si assista ad una sorta di sensibilizzazione fine a se stessa. L'interesse senza partecipazione è solo una moda e come tutte le mode è destinato a passare.

Il femminicidio non deve mettere in ombra la violenza sulle donne e la violenza sulle donne non si esaurisce con il femminicidio.

Il rischio è quello di far diventare il femminicidio uno slogan o un marchio in piena sintonia con il modello consumistico imperante. Diventa un prodotto da vendere e come tale viene trattato, non dimentico facilmente la diffusione di magliette e gadget con frasi tipo “fermiamo il femminicidio” o slogan simili. Chi gira con il suo bel gadget ed il suo bello slogan poi può tornare a casa convinto di aver dato il suo contributo contro la violenza. Chi mai si direbbe a favore della violenza e dell'uccisione? Sentiamo il bisogno di dire che non siamo noi, dobbiamo esplicitare che non siamo noi i “cattivi”. Noi siamo i “buoni” e dobbiamo dirlo, si deve sapere, chi ci sta intorno ce lo deve riconoscere.

Il problema della violenza di genere riguarda i rapporti tra uomini e donne ed è serio, drammatico ed antico, non può diventare un prodotto commerciale, si toglierebbe dignità ad entrambi i sessi altrimenti.

Non ci sono motti, con o senza sorrisi, che possano far passare cosa significhi subire delle violenze per una donna da un uomo, non ci sono slogan che possano far sentire sulla propria pelle la tragedia vissuta da un'altra persona.

Se i media mercificano la violenza di genere, essa diventa un qualcosa su cui ognuno vuol dire la propria autoproclamandosi esperto (ne ho visti di sedicenti esperti in questi anni!), operando, nel migliore dei casi, con buone intenzioni ma tanta pericolosa ingenuità e, nel peggiore dei casi, con il chiaro obbiettivo di ottenere una visibilità che altrimenti non si avrebbe.

I media modificano la nostra mente, con la parvenza di dare un resoconto della realtà; in ultima analisi possono manipolarla e noi, sin da piccoli, siamo abituati che quanto essi dicono sia vero e non sempre abbiamo i mezzi per verificare l'autenticità di quanto ci viene trasmesso. Paradossalmente ora che, con internet, le persone potrebbero avere maggiori strumenti di analisi, il bombardamento di informazioni crea una overdose mortale di stimoli, per cui troppi input si annullano a vicenda o scoraggiano la persona comune per cui, alla fine, può tornare sempre più comodo fidarsi del mezzo di informazione tradizionale. Ricordo mia nonna che soleva affermare: "Lo ha detto la televisione" quando dava, a noi nipoti, nozioni delle più svariate ascoltate davanti allo schermo e, per lei, dire ciò significava sottintendere l'assoluta veridicità di quanto espresso, la tv non può mentire.

Sarebbe forse il caso di rimandare alle parole di Pier Paolo Pasolini quando affermava, a proposito della televisione in particolare, ma in generale dei mass media: "L'insieme della cosa, vista dal video, acquista sempre un'aria autoritaria. Fatalmente. Perché viene sempre data come da una cattedra; il parlare dal video è parlare sempre ex-cathedra".

PUBBLICITÀ, IMMAGINI E PSICHE

di Marta Ceccucci, Elena Pinori, Federica Silvestri
dottori in psicologia, ex tirocinanti Scuola Psicoterapia Comparata

La pubblicità possiede una natura complessa non riconducibile unicamente alla funzione di comunicazione di massa con un fine esclusivamente economico. Ed è proprio in ragione della sua natura molteplice che non è possibile ricondurla ad un'unica definizione consensuale.

Bellotto, Mancini e Russo (2010) definiscono la pubblicità una forma di comunicazione unilaterale, impersonale e prevalentemente persuasoria, diffusa mediante qualsiasi mezzo, da una fonte che dovrebbe risultare chiaramente esplicita al fine di influenzare il comportamento del singolo nei confronti di prodotti, beni o servizi.

Non si può parlare di pubblicità da un punto di vista psicologico e psicosociale senza considerare il contesto culturale e sociale in cui essa si manifesta, per questo motivo occorre inquadrare il back ground storico-culturale in cui le modalità comunicative ed il target della pubblicità si sono evoluti.

La pubblicità del desiderio per il consumatore post moderno

Nell'epoca moderna, caratterizzata da un'ideologia mirata a garantire una società stabile e lineare, basata su un unico senso del mondo, vedono la luce i concetti di consumo e di consumatore.

Il valore del consumo mira al soddisfacimento delle necessità ed è guidato dall'ottica del bisogno. Ben presto l'ideologia corrente si scontra con la natura di una realtà complessa e dinamica sotto la spinta dell'incontro-scontro di contesti sociali e culturali diversi fra loro. Le gerarchie e i poteri vigenti della chiesa e della

famiglia intrisi di ideali collettivi barcollano di fronte all'ascesa di una nuova filosofia che si fonda sulla precarietà e che valorizza i comportamenti e le identità dei singoli individui. È con il frantumarsi dei valori universali che si entra nell'era post moderna, in cui ognuno diventa libero di moltiplicare codici e modalità di percepire se stesso e gli altri in relazione allo specifico contesto in cui si trova (Pratkanis e Aronson, 2003).

Davanti a questa nuova realtà caleidoscopica e frammentata in aspetti spesso discordanti, si sviluppa il sé fluido (Siri, 2001) costituito da diverse identità che si animano sulla base del contesto in cui si trovano ad agire e consentono la necessaria flessibilità per sopravvivere in un mondo dominato dalla relatività e dalla complessità. L'identità stabile e rigida definita dall'era moderna cede il passo ad un sé fluido, sempre mutevole e contraddittorio che nella pluralità dei sé che lo costituiscono garantisce il mantenimento dell'autostima ed il successo sociale (Gergen, 1979). Le molteplici identità vengono costruite dall'individuo attivamente, prendendo spunto dal mondo circostante.

La società post moderna è pervasa da nuovi valori: il benessere, le emozioni, i desideri, l'edonismo. Nasce l'*homo aestheticus* (Maffessoli, 1985) orientato alla dimensione olistica del consumo, in riferimento alla filosofia per cui il tutto è più della somma delle singole parti. Ne consegue che le merci si svincolano dai principi di utilità e funzionalità per accogliere un esteso valore simbolico e diventare veicolo di status quo e di identità. Tutte le componenti che ruotano intorno all'azione d'acquisto diventano importanti, dal punto vendita e la sua atmosfera, all'immagine del prodotto. Il consumatore post moderno non si lascia più attrarre dalle caratteristiche funzionali del

prodotto e dal rapporto qualità/prezzo, ma tende sempre di più ad inseguire le caratteristiche immateriali dei prodotti.

Nella maggior parte dei paesi occidentali l'acquisto è motivato dalla logica del desiderio e le emozioni diventano il fattore propulsivo della scelta. Se lo scopo della pubblicità è la vendita del prodotto, la sua intenzione è far rivivere sensazioni piacevoli e associare immagini ad un sogno di benessere.

La pubblicità ricorre al principio pavloviano per creare quello che Bryan Gibson ha definito "condizionamento valutativo": si crea un'emozione positiva e la si associa ad uno stimolo neutro (il prodotto), dopo poche esposizioni si tenderà a valutare come positivo anche lo stimolo neutro. Potremmo ipotizzare che il processo persuasivo passi dunque solo attraverso la frequenza di esposizione, ma la realtà è ben più complessa, accanto ad un gioco associativo prodotto-emozione l'azienda propone al consumatore un altro gioco di ruoli e di identificazioni. La pubblicità attraverso le immagini evoca fantasie di mondi possibili e identità sperimentabili offrendo modelli con cui identificarsi o attraverso i quali valutare se stessi e il proprio modo di vivere, e trovare suggerimenti per non omologarsi agli altri. Il valore della comunicazione pubblicitaria consiste appunto nella sua capacità di offrire prodotti, marche ed esperienze che possano rispondere alla prorompente richiesta di unicità dell'individuo e al suo desiderio di esperire nell'immaginazione mondi spettacolari e favolosi. Il successo della pubblicità è pertanto determinato dalla capacità di offrire un mondo di significazione, dei modelli identitari e degli stili di vita capaci di rispondere alle richieste del consumatore (Fabris, 1997; 2009).

È in questo continuo processo di costruzione di significato e d'identità, che si deve inquadrare lo studio della pubblicità da un punto di vista sociale e psicologico.

La pubblicità svolge anche la funzione di interrompere la routine, con qualcosa che ha a che fare con i desideri, suggerendo una continua rincorsa verso promesse di nuovi stimoli e di felicità. Si tratta di un continuo gioco psicologico relazionale che esalta, da una parte, il valore istintuale e irrazionale del bisogno e, dall'altra, l'attrattiva del desiderio (Mancini, Belotto e Russo, 2010). Ma se è vero

che non mangiamo perché abbiamo fame, ma per avere di nuovo fame e quindi sopravvivere, allora la corsa verso l'appagamento si rinnova continuamente (Quattrini, 2014). E se accettiamo l'ipotesi per cui ogni individuo per mantenere il proprio benessere necessita di un orizzonte di significato esistenziale cui tendere incessantemente, allora possiamo capire l'importanza del desiderio e del motivo per cui la pubblicità riesce a persuadere il suo pubblico. La comunicazione pubblicitaria si pone, dunque, talora come solo informativa, talora come persuasiva, ma sempre più come seduttiva, dove per seduttivo si intende condurre a sé, attrarre l'altro e indurlo a seguire spontaneamente, nei pensieri e nelle azioni, quanto indicato da chi seduce.

Si tratta della pubblicità che mira a suscitare interesse e sentimenti positivi, ad attirare il consenso attraverso il sorriso, e stimolare la fantasia. Tale forma di comunicazione influenza il soggetto ponendosi come risposta illusoria piuttosto che reale, ai suoi bisogni e ai suoi desideri, ma non intende né illudere, né deludere, bensì ludere, cioè giocare con i sentimenti e gli affetti.

La relazione fra consumatore e pubblicità non è infatti unidirezionale ma consiste in un processo circolare e ricorsivo in cui le due parti sono considerate entrambe portatrici attive di significati; è dunque un processo aperto basato sulla co-costruzione e sulla sistematica negoziazione di significati.

Un messaggio pubblicitario funziona quando è presente una relazione con il consumatore in modalità ludica, in cui si stabilisce un contratto psicologico tra le parti (Mancini, Belotto e Russo, 2010).

I consumatori hanno sempre meno tempo a disposizione e si trovano immersi in un ambiente denso di messaggi, per cui si soddisfano tre delle condizioni individuate dalla ricerca in psicologia sociale secondo cui vengono facilitati processi decisionali emotivi piuttosto che razionali. Le condizioni sono: il sovraccarico di informazioni, l'impossibilità di riflettere su di esse e attivare i processi corticali superiori e la disattenzione. Ecco che il gioco pubblicitario consiste nel catturare l'attenzione attraverso la logica del desiderio, che solo in seguito e solo in alcuni casi potrà svilupparsi in un controllo razionale e dunque una critica da

parte del consumatore, favorendo ulteriormente la persuasione (Bellotto, Mancini e Russo, 2010).

Essendo il comportamento di consumo, un'azione umana, occorre tener ben presenti i due aspetti che caratterizzano il “fatto pubblicitario”, ossia un fattore razionale (costi/benefici del prodotto), ed un fattore di tipo psicologico/emotivo (“grazie a questo prodotto mi sento bene”).

Nella cultura consumistica i beni svincolatisi dalla necessità si trasformano in oggetti di desiderio e vengono acquistati sulla base della relazione affettiva che hanno con il consumatore. Attraverso il pensiero magico e la proiezione il bene oggetto veicola significati di benessere e di trasgressione (Mancini, Belotto e Russo, 2010).

Già nel 1922 il politologo Walter Lipman parlava della peculiarità dei Mass Media di dipingere mondi immaginari e quadri mentali che guidano le azioni del pubblico influenzandone il modo di vedere il mondo e la scala di cose ritenute importanti. Il segreto della capacità persuasiva delle immagini dei Media risiede secondo l'autore nel fatto che il pubblico da per scontato che esse rappresentino la realtà e una volta accettati questi quadri mentali essi si trasformano in fantasie che guidano pensieri ed azioni. Le immagini vengono così a significare teorie sociali primitive che ci forniscono dati, determinano i problemi e fissano i termini con cui concepiamo il sociale (Pratkanis e Aronson, 2003). In linea con questa ipotesi Belk (1988) e Dittmar (1992) sostengono che i significati condivisi socialmente orientano il consumatore verso un dato prodotto, il quale successivamente mette in atto un'operazione di personalizzazione, di attribuzione di significati legati alla relazione che vi instaura, come se divenissero un territorio esteso per la rappresentazione del sé (in Mancini, Belotto e Russo, 2010). La pubblicità diventa così un potente strumento di costruzione della realtà sociale.

Le immagini della pubblicità

L'individuo vive immerso nelle immagini sia esterne che interne: la prima macchina da presa è la mente, pellicola instancabile sempre pronta

ad imprimere tutto. L'innata capacità del vedere è oggi iperstimolata. Nel passato le immagini si trovavano in luoghi di culto con specifiche funzioni rituali, si pensi all'arte cristiana, dalle catacombe alle cattedrali. Dalla fine della seconda guerra mondiale in poi si sono diffuse e con l'avvento delle nuove tecnologie digitali sono diventate un fenomeno di massa (Serina, 1999). Oggi è nata una nuova generazione di immagini virtuali che descrivono mondi illusori e tuttavia percettibili all'interno dei quali possiamo muoverci senza lasciare la nostra camera (Joly, 1999).

Nella quotidianità il linguaggio visivo è entrato in ogni ambito, soprattutto in quello pubblicitario dove se ne fa un uso massivo affiancandolo al linguaggio testuale, per creare metafore e allegorie visive che conquistino l'immaginario del pubblico. Rispetto alle parole le immagini ed i colori offrono il vantaggio di essere ricordati meglio, e la loro naturale capacità di evocare è un ottimo strumento per attivare l'immaginazione e veicolare messaggi culturali. Le immagini rappresentano dunque gli strumenti ideali per esaltare le qualità, sensoriali e ideali della merce, il significato connotativo, il plusvalore che si raggiunge acquistando quel prodotto. L'immagine viene costruita in modo da evocare scenari in cui lo spettatore può immergersi per “ludere” e sognare (Belotto, Mancini e Russo, 2010).

Perché le immagini dei media sono persuasive? Perché diamo per scontato che rappresentino la realtà.

La fotografia produce icone del vero perché raccoglie indici, impronte di oggetti reali ed “io lo so”. Ovvero sappiamo che esiste un procedimento chiamato fotografia in grado di prelevare calchi bidimensionali delle apparenze luminose del mondo fisico. La virtù speciale della fotografia è quella di convocare la realtà al cospetto dell'osservatore. Nonostante che il legame fra l'immagine ed il suo oggetto non sia di realtà, ma di verosimiglianza, davanti all'immagine di una sedia la distinzione fra essere e significare si perde (Smargiassi, 2009).

Per percepire e rispondere efficacemente ad un'immagine dobbiamo guardarla e prestargli attenzione. Ecco perché un'immagine pubblicitaria per essere di successo ha come necessità primaria catturare l'attenzione del pubblico. I consumatori hanno poco tempo a

disposizione e sono incalzati da centinaia di messaggi. Essi possiedono un bagaglio culturale pubblicitario impresso nella memoria più o meno grande. Nelle loro menti sono rappresentate centinaia di immagini di marche che riaffiorano alla coscienza magari fra gli scaffali del supermercato; è dunque fondamentale che il messaggio pubblicitario catturi l'attenzione, sia vivido, ovvero emotivamente interessante. In un mondo di immagini è il primo impatto ad essere determinante, tenendo anche conto del fatto che il cervello impiega pochissimi millisecondi per decidere se ciò che ha di fronte gli piace o meno.

Robert Wurtz e Michael Goldberg hanno scoperto che l'attenzione è un potente modulatore della risposta delle cellule nervose ad uno stimolo. Questo dipende dal fatto che vediamo distintamente solo al centro della retina (fovea), per cui per guardare un'immagine non possiamo farlo tutto in una volta, ma dobbiamo attuare un processo di "scannerizzazione" e prestare attenzione ad una caratteristica alla volta. Sebbene l'esperienza della visione sia maggiore della somma delle singole parti, l'esperienza visiva inizia a mosaico. La scansione è così rapida che abbiamo l'illusione di vedere una sola immagine in una sola volta (Kandel, 2012). La percezione visiva procede per fasi che sono evidenti nei movimenti di scansione oculari con cui analizziamo la realtà. Inizialmente gli occhi compiono una scansione percettiva generale dell'immagine. Dopo di che lo sguardo si focalizza sulle aree di maggior interesse, dette punti focali. In questa fase di riflessione e immaginazione vengono individuate persone, luoghi ed oggetti, l'osservatore capisce il significato ed empatizza con l'immagine. Nell'ultima fase, si riflettono i sentimenti dello spettatore e si configura la risposta estetica.

Per quanto riguarda la memoria, quella implicita è importante nella risposta empatica ed emotiva dello spettatore e quella esplicita nel riconoscimento di icone e nel richiamo cosciente. Ci sono marchi affermati che possono lavorare sulla pubblicità "evocativa", quella in cui basta la visualizzazione di un elemento apparentemente insignificante ma in grado di evocare il prodotto: il baffo della Nike ne è un esempio illuminante. Questo

ovviamente è possibile solo per brand affermati che possono contare su una memoria da parte del consumatore. Per creare questa memoria c'è dietro un gran lavoro. Scegliere con cura il messaggio, quindi provarlo per saggiarne l'impatto, essere accorti nell'uso delle immagini perché in ciascuno possono evocare situazioni completamente diverse e imprevedute.

Abbiamo scelto di analizzare due immagini di campagne pubblicitarie per fare un piccolo viaggio nella fabbrica creatrice dei mondi della pubblicità.

Gli elementi che compongono un'immagine sono i segni di un alfabeto, in cui l'intera composizione, cambia il suo significato sulla base di come si predispongono i singoli elementi (Capitani, 2013). D'altra parte la visione umana è un processo che possiede proprie regole percettive, ampiamente studiate in particolar modo dalla Gestalt e dalle Neuroscienze. Una buona immagine riflette tutte queste conoscenze senza neanche saperlo. Proseguendo nell'articolo si metteranno in evidenza alcune delle regole che appartengono all'alfabeto visivo come la spirale aurea o la regola dei terzi, che potremmo definire brain-friendly, in altre parole le composizioni costruite con queste regole vengono riconosciute ed apprezzate dal nostro cervello.

Al fine di rendere lo studio più omogeneo sono state scelte immagini di campagne pubblicitarie appartenenti allo stesso settore commerciale.

I criteri di selezione sono stati i seguenti:

2. immagine descrittiva/immagine evocativa,
3. salienza emotiva dell'immagine,
4. coerenza fra l'immagine e la mission dell'azienda.

Dopo una fase iniziale di ricerca focalizzata su numerose categorie di prodotto, il focus è stato ristretto al campo dell'abbigliamento per la presenza di immagini più vicine ai criteri sopra elencati.

Diesel: Be Stupid

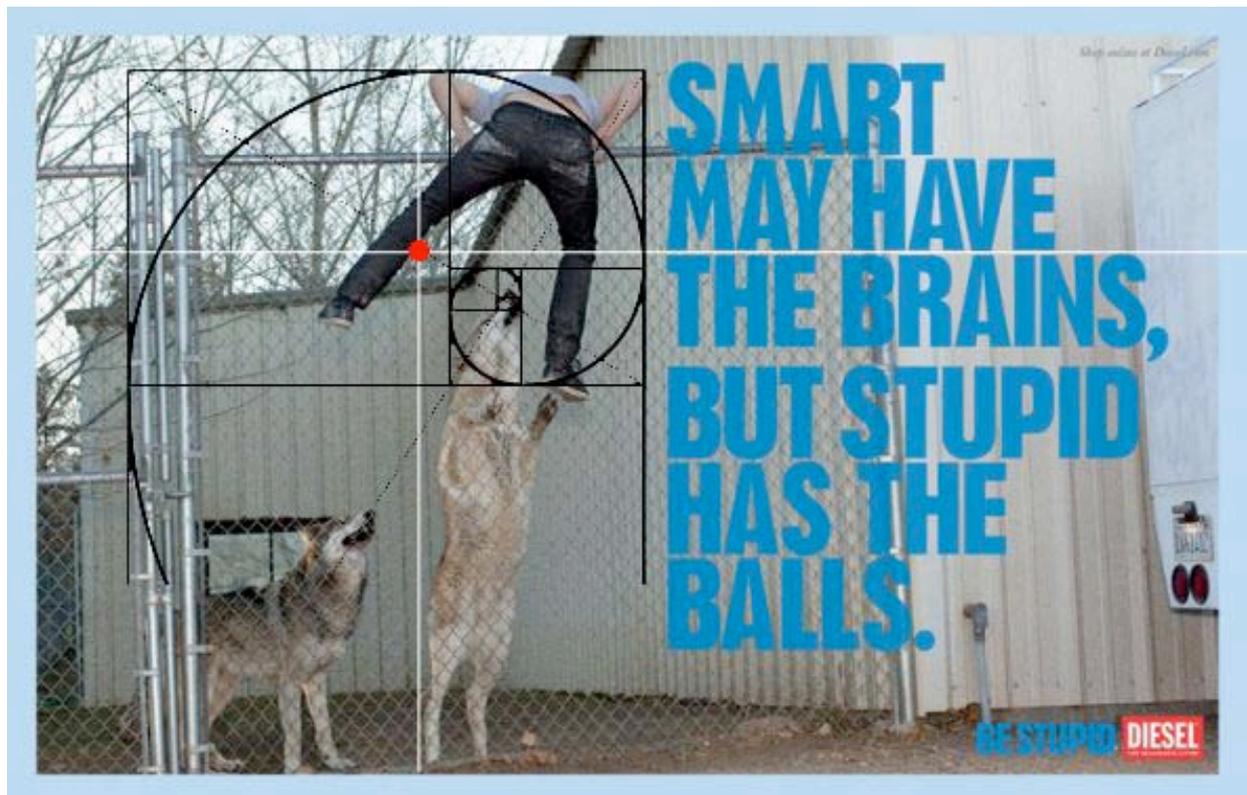
La prima immagine appartiene alla campagna "Be Stupid" Lanciata nel 2010 da Diesel con grande risonanza in tutto il mondo. L'azienda ha puntato su un messaggio forte e irriverente

che mira al rovesciamento dei valori canonici attraverso una serie di immagini associate ad un elenco di frasi che esaltano la filosofia della stupidità nei vari contesti. La stupidità proposta dal brand rappresenta il mondo dell'anticonformismo, della fantasia, dell'innovazione e del rischio.

Il concept creativo di questa strategia di marketing è identificare Diesel come marca che promuove il cambiamento nella vita delle persone, che è perfettamente in linea con la mission di Diesel di creare attorno al brand una comunità di persone che desiderano liberarsi dai luoghi comuni (<http://www.businessinside.org>). L'immagine descrive un'azione non conclusa ed ambigua. Il soggetto che fugge o entra nel recinto mostra le spalle all'osservatore. La situazione sembra a prima vista pericolosa per la presenza di due pastori tedeschi. L'osservatore costruisce delle ipotesi di storie sulla situazione, sull'identità dell'attore e su quel che sta facendo. La scelta dell'uso di un campo lungo consente di calare il soggetto in un contesto esplicativo che offre numerosi indizi. Lo scenario che ci viene offerto è insolito e potenzialmente pericoloso, un'esca emotiva che cattura immediatamente l'attenzione. L'interazione fra il cane ed il

soggetto che rappresenta il fulcro dell'immagine è costruita sulla regola della sezione aurea. Le opere realizzate tenendo conto della sezione aurea apparirebbero più armoniose al cervello umano il quale sarebbe predisposto a trovare gradevole questa particolare proporzione inspiegabilmente diffusa nel mondo animale e vegetale, nelle proporzioni del corpo umano e nella forma delle galassie (Kandel, 2012). Una piccola variante della regola della sezione aurea, la regola dei terzi, è una tecnica usata per decentrare la posizione del soggetto e realizzare una struttura armonica e dinamica ma non banale, come risulterebbe invece da una composizione ancorata al centro. Se sovrapponiamo una griglia immaginaria che divida i lati dell'immagine in tre parti uguali, i punti di intersezione delle linee sono i punti focali o fuochi, dove si focalizza l'occhio dopo essere stato attratto dal centro dell'immagine. Un oggetto ivi posto assumerà una certa importanza nella composizione.

È culturale per noi occidentali osservare un'immagine nello stesso modo in cui leggiamo, da sinistra verso destra, in questo modo il primo stimolo su cui cade l'attenzione è il cane (primo terzo da sinistra). Sul punto focale cade invece la gamba del giovane portatrice di



movimento, quindi di azione. Da notare anche l'uso dell'elemento compositivo del triangolo che riempie lo spazio fra l'uomo ed il cane. Il triangolo è una forma geometrica che cattura l'attenzione in modo particolare, non a caso è la forma dei segnali autostradali di pericolo (Capitani, 2013). Le gambe stesse del giovane formano un triangolo che culmina nel fulcro seduttivo: il jeans Diesel.

Il fuggitivo volge le spalle al pubblico, a sottolineare che il soggetto della scena è il jeans che indossa. Anche la scelta dei colori assolve la funzione di mettere in evidenza il contrasto fra figura e sfondo, facendo risaltare in primo piano il blu dei pantaloni. Il risultato è che abbiamo un'azione insolita e potenzialmente pericolosa, quindi degna di attenzione, rinforzata dalla posizione che occupa nella composizione (regola dei terzi) e costruita in maniera tale che risulti piacevole da guardarsi (regola della sezione aurea). L'elemento seduttivo, il jeans indossato da un intrepido e presumibilmente bel giovane, viene messo in rilievo attraverso un sapiente uso del colore, della forma e dello spazio.

La lettura dell'immagine si conclude con un testo che lancia un messaggio a lettere capitali: "Gli intelligenti sono brillanti, ma gli stupidi hanno coraggio".

E naturalmente con il brand e il suggerimento di essere stupidi.

Marithé Francois Girbaud: "This is a crazy world"

Il brand Marithé Francois Girbaud nasce in Francia nel 1964 e diventa famoso negli anni '90 sia per i jeans che per le campagne pubblicitarie creative e dissacranti. Nel 2010 lancia una campagna pubblicitaria intitolata "This is a crazy world" a cura del fotografo Steve Hiett, che diffonde un messaggio di innovazione rispetto al consueto modo di vedere la realtà. Per la stagione 2013 la griffe sceglie come strategia pubblicitaria di ribaltare ogni concetto, in senso letterale e fisico, e lo fa attraverso la costruzione di immagini pubblicitarie capovolte che giocano rimandandosi dal basso all'alto, che si



contrastano e non rendono chiaro quale sia il verso giusto, sempre che ce ne sia uno. L'innovazione e lo sviluppo caratterizzano da sempre l'operato dei due stilisti che dalla sperimentazione dei jeans sbiaditi ad oggi sono costantemente impegnati nello sviluppo di nuove tecniche e stili per i loro capi. L'immagine non ha propriamente una natura descrittiva, anche se all'apparenza la scelta del campo lungo che inserisce l'oggetto narrativo all'interno di un contesto esplicativo, potrebbe trarre in inganno. Qui non siamo in presenza di elementi descrittivi di un accadimento: riconosciamo una figura umana immersa in un paesaggio a prima vista irreali dove lo spazio è indeterminato ed il tempo sembra immobile come il palloncino che pende in modo innaturale dalla mano della bambina. La prima sensazione dell'osservatore è di spiazzamento, di fastidio che spinge ad osservare meglio. Si tratta di una strategia per catturare l'attenzione che gioca sullo spiazzamento percettivo ottenuto attraverso il ribaltamento dell'orizzonte, che regala ad un paesaggio comune sembianze inusuali e attraenti. L'osservatore di fronte a questa immagine rimane con un punto interrogativo, essa è talmente ambigua che può evocare qualsiasi scenario.

Il senso finale dell'opera viene dato dall'osservatore al momento della fruizione: solo di fronte agli occhi di un osservatore l'opera può dirsi davvero compiuta, nei significati diversi che assume per ognuno e per ognuno in momenti diversi (Kandel, 2012).

Nel caso dell'immagine di una campagna pubblicitaria il senso viene dato dalla marca produttrice del prodotto. La risposta che Marithé Francois Girbaud propone al suo pubblico è una semplice constatazione che non ha neppure la pretesa di essere una spiegazione: "this is a crazy world". Abbiamo un'immagine costruita per spiazzare, quindi interessare, in cui l'elemento chiave è la bambina che ha la funzione di presentare il prodotto e di creare un ponte fra la sensazione di sorpresa elicitata dall'immagine, il testo veicolo di significato, e la marca che riconduce all'orientamento. Il legame fra testo ed immagine si realizza attraverso la posizione della testa e la direzione dello sguardo che costituisce un raccordo spaziale.

L'elemento "bambina" acquista rilievo nella composizione grazie al posizionamento sul primo settore dell'immaginaria griglia dei terzi ed al colore. Il blu intenso degli abiti ed il rosso dei capelli migliorano la capacità del sistema visivo di identificare figura e sfondo. Il colore influenza anche la risposta emotiva alle immagini. È difficile attribuire una coloritura emotiva precisa ad ogni colore poiché essa dipende dal contesto e dal tono dell'umore di chi guarda, ma in generale si può affermare che preferiamo i colori brillanti a quelli spenti e che le tinte fredde inducono un abbassamento dell'arousal dell'organismo (Kandel, 2012). Il nostro cervello percepisce il colore di un oggetto circa 100 millisecondi prima della sua forma o del suo movimento, quindi elabora prima la percezione emotiva. Prima ancora di comprendere il significato della scena, il colore avrà definito il tono emotivo della forma che abbiamo di fronte.

Nel nostro esempio la scelta delle varie tonalità dell'azzurro è presumibilmente legata alla stoffa del jeans, ma si potrebbe ipotizzare un'ulteriore spiegazione: la pubblicità mira a creare uno scenario inquietante accarezzandolo con un colore generalmente considerato rilassante, come per dire che di fronte al caos del mondo la marca sopravvive e rappresenta un porto sicuro e tranquillo dove rifugiarsi. La strategia è quella di creare disorientamento ed offrire la soluzione.

Per concludere notiamo anche in questo caso l'interessante uso della forma del triangolo. La spiaggia ed il mare creano due forme triangolari di colore diverso i cui spigoli cadono nel punto dove si trova il soggetto, creando l'ennesima condizione di attenzione.

Riferimenti Bibliografici

- Capitani, G. (2013). Seminario di formazione *La grammatica della percezione*, presso l'Istituto Gestalt Firenze, 23-24 novembre.
- Joly, M. (1999). *Introduzione all'analisi dell'immagine*. Torino: Lindau.
- Gergen, J.K. (1979). Sé fluido e sé rigido. In Giovanni D., *Identità personale teoria e ricerca*, Bologna: Zanichelli.
- Kandel, E.R. (2012). *The Age of Insight* (Fr. It. *L'età dell'Inconscio. Arte, mente e cervello dalla grande Vienna ai nostri giorni*, Milano: Raffaello Cortina).
- Bellotto, M., Mancini, G.A., e Russo, V. (2010). *Psicologia della pubblicità, oltre la tentazione*. Firenze: Giunti.

- Pratkanis, A., e Aronson, E. (2003). *L'età della propaganda*. Bologna: Il Mulino.
- Quattrini, P. (2014). Incontro di sensibilizzazione *La psicologia del carattere*, presso l'Istituto Gestalt, Firenze 20 gennaio.
- Serina, C. (1999). *Se mi vedi esisto*. Milano: C.R.E.D.E.S.
- Siri, G. (2001). *La psiche del consumo*. Milano: Franco Angeli.
- Smargiassi, M. (2009). *Un'autentica bugia. La fotografia, il vero, il falso*. Roma: Contrasto.

Sitografia

<http://www.businessinside.org>

LA PELLICOLA COME SONDA PER LA CONOSCENZA INTERIORE E L'APPRENDIMENTO

di Federica Colli, Svjetlana Perincic, Giacomo Vesprini
dottori in psicologia, tirocinanti post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

*I film sono come la poesia, arte dell'illusione, con uno specchio adatto,
di una pozza angheira si fa oceano*
José Saramago, 1984

Sempre più spesso si sente parlare dell'utilizzo del dispositivo filmico in ambito psicologico. Accrescere le conoscenze riguardanti le potenzialità dell'utilizzo del prodotto cinematografico in ambito psicologico e psicoterapico, sembra essere un passo imprescindibile per non scivolare nel rischio di adottare strumenti e dispositivi senza un "pensiero su" le potenzialità e la contestualizzazione di questi stessi dispositivi nel vasto campo di applicazione della psicologia. Per far questo bisognerebbe dunque, da un lato, possedere le capacità e le competenze per declinare il dispositivo nello specifico contesto di lavoro, dall'altro, uscire dalla convinzione che un dispositivo possa arrogarsi il titolo di "dispositivo più efficace" in termini assoluti a prescindere dal setting e dalla domanda di intervento. Dovremmo perciò rinunciare alla ricerca di un rassicurante assolutismo, come ben ci ricorda Pasolini nella frase iniziale del film *Il fiore delle mille e una notte*: "La verità non sta in un solo sogno, ma in molti sogni".

Tra film e psiche

Il forte isomorfismo del materiale filmico con il materiale psichico è riportato nella letteratura

psicologica (Musatti, 1945-1971), negli studi semiologici (Barthes, 1995), in quelli semiologico-psicoanalitici (Metz, 1989) e anche negli studi filosofici (Deleuze, 1983; 1985). Come la mente, lo schermo cinematografico, è una sorta di membrana semipermeabile tra interno ed esterno, occupata da eventi interni o esterni, situazioni attuali, passate o future, fatti reali o immaginari. La visione di un film si compone dunque di un movimento osmotico di rappresentazioni, sensazioni, affetti ed emozioni (Balestrieri, 2012).

Un primo aspetto che rende particolarmente interessante dal punto di vista psicologico il dispositivo filmico è il fatto che lo spettatore non sia un semplice osservatore del film, ma sia colui il cui mondo interiore deve riattualizzare il film, per renderlo percezione, significazione, emozione, partecipazione (Linguiti e Colacino, 2004). Il cinema, proprio per questa sua natura di co-costruzione, può essere considerato una tecnologia che ci permette di amplificare e di conoscere il mondo interiore. Münsterberg (1916) affermava che il cinematografo può riprodurre il funzionamento effettivo della mente con maggiore successo delle solite forme narrative.

Proprio con Münsterberg (1916) e Arnheim (1932) si sviluppano le prime teorie e riflessioni sul film come prodotto di una elaborazione

mentale dello spettatore: il fulcro tematico dell'analisi sul rapporto tra spettatore e film diviene la cooperazione tra realtà e attività percettiva di essa. Successivamente le ricerche sulla compartecipazione tra film e spettatore si sono riversate in quella disciplina chiamata "Filmologia" avente l'obiettivo di comprendere come la macchina "film" e la macchina "mente" potessero dialogare (Linguisti e Colacino, 2004). Attraverso l'incontro tra film e spettatore vengono selezionati pittogrammi che, attraverso le "urgenze" dello spettatore, assumono dimensioni contingenti e soggettive. Lo spettatore, vivendo l'esperienza del film, organizza una propria storia che, pur prendendo spunto dallo stimolo della visione, si discosta dalla storia narrata originalmente dal regista (Boccaro e Riefolo, 2012). Alcuni registi hanno sempre avuto ben chiaro questo aspetto: "Per Godard quel che è sullo schermo è già morto. Solo lo sguardo dello spettatore gli insuffla vita" (Kiarostami, 2003, p. 56).

Durante la visione del film si sviluppano peculiari meccanismi psicologici di funzionamento mentale (Freud, 1936), come la proiezione, la regressione e l'identificazione. Nel primo caso, nel personaggio o nella vicenda vengono inseriti inconsciamente a scopo difensivo aspetti che in realtà si originano nella storia individuale dello spettatore. La regressione rende conto invece dell'abbandono alle vicende, è favorita dalla deprivazione sensoriale esterna ed è collegata ad uno stato mentale di abbandono passivo e acritico. Per quanto riguarda l'identificazione, il fenomeno di sentirsi nei panni del protagonista del film, smarrendo talvolta la propria identità, può avvenire in modo profondo ma transitorio durante la visione (*capture*) oppure può estendersi a lungo termine (Balestrieri, 2012). L'arte di vedere un film comprende dunque un complesso gioco di incastri, spesso annodati tra loro, delle funzioni dell'immaginario, del reale e del simbolico (Metz, 1989) in cui è necessario scambiarsi con il personaggio della storia. Oltre ai tre meccanismi descritti sopra, l'empatia e la condivisione emotiva rivestono anch'esse un ruolo fondamentale. L'empatia si differenzia dall'identificazione, perché l'identificazione è un meccanismo inconscio e automatico, mentre l'empatia nasce proprio da un passaggio, dal preconscious al conscio, e pertanto si può

sperimentare in modo cosciente (Balestrieri, 2012).

Altro aspetto fondamentale della pellicola è il suo linguaggio metaforico, in quanto comunica ed è fruibile attraverso l'integrazione di stimoli multisensoriali che coinvolgono la sfera percettiva, cognitiva, linguistica e affettiva. Ciascun fotogramma non è di per sé un segno, perché mostra e non significa di per sé. L'immagine "pensa" in quanto è impostata per dare una particolare rappresentazione del reale. Il fatto che ogni inquadratura sia frutto di una scelta ha fatto dire a Godard che "ogni inquadratura è una questione morale". La vera significazione nasce dunque dalla relazione tra le immagini (Mitry, 2001).

È interessante notare che cinema e psicoanalisi nascono a pochi anni di distanza l'uno dall'altra: i fratelli Lumière proiettano *La Sortie de l'usine Lumière* nel 1895, mentre Freud scrive *L'interpretazione dei sogni* nel 1899 (Stagnitta e Tramonte, 2012). La relazione tra cinema e psicoanalisi si instaurò già agli albori del lontano 1926 quando il regista Pabst chiese a Freud la collaborazione e la consulenza per il suo film *I misteri di un'anima*, che si riprometteva di riprodurre sullo schermo il complesso apparato della seduta analitica e del processo analitico. L'invito fu declinato da Freud, ma raccolto da Sachs e Abraham, suoi fedeli collaboratori, consentendo la produzione e l'uscita del primo film psicanalitico della storia (Cadonici, 2010).

Secondo Golinelli (2004) il rapporto tra cinema e psicoanalisi:

"è stato proficuo ed intenso fin dall'inizio grazie ad alcune loro caratteristiche comuni quali: la condivisione del linguaggio dell'Inconscio e del processo primario, del desiderio e della ricerca di appagamento e la capacità di creare condizioni percettive, emotive e mnestiche che facilitano l'emergere dei processi mentali inesplorati. Il grande schermo bianco, su cui vengono proiettate le immagini in movimento, diviene infatti lo schermo del sogno collettivo, che permette di rinnovare ad ogni spettacolo la scenografia della seduzione e della esclusione, donando agli oggetti idealizzati e amati dell'infanzia la forma splendida dei divi. In questa prospettiva di lettura, il Cinema è il

sogno di cui lo spettatore, seduto nel buio della sala, è il sognatore” (p. 452).

Molto è stato scritto sul rapporto tra cinema e sogno, e tra cinema ed immaginazione. Metz (1980) ha indicato tre caratteristiche che distinguono il dispositivo filmico dal sogno: la consapevolezza del soggetto, la presenza di un materiale percettivo reale, ed il testo più logico e costruito. Ci capita infatti raramente di ritrovare all'interno di un racconto filmico quell'impressione di assurdità comunemente provata nel ricordo dei nostri sogni.

La visione di un film e la produzione di una fantasmagoria condividono l'utilizzo di meccanismi mentali della veglia in uno stato però di abbassamento della vigilanza. Questo comporta un attenuarsi delle capacità critiche con un effetto di sospensione dell'incredulità (Biondi, 2007). Quando si ha affinità tra fantasie personali e rappresentazioni filmiche si ha una soddisfazione che deriva da un effetto che può definirsi come la rottura provvisoria di una solitudine. È la gioia che si prova nel ricevere dall'esterno immagini abitualmente interiori (Metz, 1980).

“Un uomo siede immobile su una poltrona, e per passare il tempo osserva attraverso una cornice rettangolare alcuni drammi umani. La sua percezione visiva si alterna fra uno sguardo d'insieme ampio e panoramico e una visione dettagliata. La sua posizione è sopraelevata e privilegiata. Gli avvenimenti sembrano svolgersi a prescindere dalla sua osservazione, e tuttavia egli non si sente mai escluso al punto da avvertire un senso di frustrazione” (Elsaesser e Hagener, 2007, p. 3).

Secondo Musatti (1961) il cinema parla direttamente all'inconscio, quest'ultimo può risuonare emotivamente nella relazione con le immagini filmiche grazie alla somiglianza che esse presentano con le fantasie inconscie:

“Questa relativamente abbondante utilizzazione nei nostri sogni di un materiale tratto da film veduti può in parte essere dovuta ad un motivo puramente formale (...). Ma quando si approfondisca l'analisi – così come gli psicoanalisti sono costretti a fare – risulta che i motivi di questa utilizzazione sono assai più

importanti. Per lo più il film stesso aveva già messo in moto quegli elementi della personalità profonda del soggetto che ora nel sogno tornano a manifestarsi. Il soggetto, per così dire, aveva già fatto il suo sogno là, sulla poltrona del cinema, immergendosi nella situazione del film e vivendola in proprio per taluni suoi elementi” (Musatti, 1961, p. 41).

Ciò viene favorito dal fatto che la situazione dello spettatore si può definire "oniroide": durante il film lo spettatore sperimenta già una situazione onirica, che nel sogno viene amplificata (Musatti, 1945-1971). Sia il film che il sogno trasportano l'individuo in una situazione diversa da quella della vita reale. Per entrambi è necessaria una sospensione dell'attività vigile. “Sogno e cinema ci trasportano altrove. Sogno e cinema costituiscono forme di evasione dalla nostra realtà” (Musatti, 1961, p. 34). Inoltre i film, come i sogni, consentono di soddisfare desideri latenti, a seguito di un allentamento della vigilanza sul mondo esterno; si dimenticano facilmente ma restano nella memoria, andando a costituire il nostro background culturale. Il film, raccontando una storia, può assumere un ruolo del tutto speciale nella memoria. A volte si traduce in un'impronta indelebile che resta nella persona, fino ad arrivare a modificarne opinioni, credenze, pensieri e comportamenti (Balestrieri, 2012).

Anche Metz (1977) propone un collegamento tra il cinema e il sogno. La caratteristica comune ad entrambi è una temporanea assenza di movimento. “La situazione filmica porta in sé certi elementi di inibizione motoria, ed è sotto questo aspetto un piccolo sonno, un sonno da svegli. Lo spettatore è relativamente immobile, immerso in una relativa oscurità. (...) Egli è già da prima deciso a comportarsi come spettatore, da spettatore e non da attore, durante la durata della proiezione sospende ogni progetto di azione” (Metz, 1980, p. 124). Metz definisce questa condizione “lo stato filmico”, così come Musatti “lo stato oniroide”.

Un ulteriore accostamento tra cinema e psicoanalisi proposto da Stagnitta e Tramonte (2012) è quello di considerare il cinema come una “sonda”, nel senso bioniano del termine. Per Bion (1970) la psicoanalisi è una sonda che viene lanciata nell'universo della mente per

esplorare luoghi ancora ignoti. Essa esplora l'ignoto e non uno spazio che raccoglie ciò che è già conosciuto. La sonda è infatti uno strumento che l'uomo lancia nello spazio avendo come obiettivo principale l'esplorazione di luoghi ignoti, ma è anche uno strumento che serve per esplorare l'interno della terra.

La particolarità della sonda psicoanalitica è la sua non neutralità. Essa infatti trasforma il suo oggetto mentre lo esplora, arricchendolo di nuovi elementi. Allo stesso modo, il cinema può essere considerato una sonda che entra nella mente dell'individuo e rievoca ricordi, sogni, emozioni, fantasie, legami, desideri e ripropone all'individuo stesso e alla società l'immaginario, la rappresentazione visiva di questa mente e la rappresentazione collettiva delle menti in relazione le une con le altre. Inoltre, la sonda non solo individua elementi ed emozioni, ma soprattutto permette di costruire delle mappe dei luoghi esplorati. Individua delle zone geografiche (mentali) nelle quali certi oggetti e rappresentazioni sono collegati ad altri, permette di misurare distanze e proporzioni, in altre parole consente una ricostruzione topografica degli oggetti e delle loro relazioni, ovvero di un "campo topografico".

È proprio a partire dalle peculiari caratteristiche del dispositivo filmico e dal suo declinarsi come sonda che si intravedono le potenzialità di un suo utilizzo nel campo della cura e della formazione.

Curare con il cinema: Cineterapia

L'idea di utilizzare i film in psicoterapia si dimostra nella sua attuazione meno semplice e banale di quanto inizialmente possa apparire. Per la sua particolare natura, la cineterapia sembra non essere un trattamento "manualizzabile" (Gramaglia et al., 2011); essa coinvolge approcci terapeutici diversi, prevede innumerevoli modalità di utilizzo, presenta una quantità di problematiche non irrilevanti e richiede di essere gestita con molta cautela. Nonostante tutto ciò, il film, se usato appropriatamente, sembra essere un mezzo di cambiamento efficace con forti proprietà terapeutiche.

Nel corso degli anni, il film e la psicoterapia hanno mostrato di avere diversi punti di contatto a livello sia pratico che teorico. Il termine cineterapia (o cinematerapia) però, è stato proposto soltanto negli anni '90 da Berg-Cross e i suoi colleghi (1990), che hanno definito l'approccio come una tecnica terapeutica che, attraverso la visione di alcuni film da parte del paziente (consigliati dal terapeuta), avrà un effetto terapeutico diretto, o sarà utilizzata come stimolo per una discussione ed una rilettura nelle sessioni di terapia future. La ricerca dell'effetto terapeutico diretto, che quindi non prevede un'approfondita elaborazione terapeutica, sembra essere stata abbandonata e la maggior parte degli specialisti sottolinea l'importanza cruciale dell'utilizzo del film soltanto come strumento, come forma alternativa di indagine della vita interna della persona, che richiede una valutazione dettagliata prima, durante e dopo la visione del film, e che non può sostituire in nessun modo la psicoterapia.

Si può osservare che la cineterapia non è un approccio univoco e che nella realtà si trovano tendenze diverse nell'utilizzo del film in psicoterapia. La prima distinzione utile potrebbe essere quella tra l'utilizzo del film in termini di visione, oppure di creazione. In tal senso, la visione di un film in psicoterapia si differenzia dall'utilizzo dei cosiddetti *movie exercises* (esercizi terapeutici attraverso i film), tra i quali uno dei più noti è l'esercizio di immaginazione e di creazione del film sulla propria vita proposto da Eisenberg (1985).

Il film viene utilizzato in psicoterapia sia per le sue caratteristiche specifiche (come la forza evocativa emotiva, l'induzione dello stato dissociativo, la comunicazione diretta con l'inconscio etc.) di cui si è già discusso, sia per le sue proprietà metaforiche e narrative, importanti nel processo terapeutico (Wedding e Niemeck, 2003). In primo luogo, per il suo linguaggio metaforico, il film permette di ottenere un forte impegno emotivo della persona e, contemporaneamente, dall'altra parte, il mantenimento di una distanza che favorisce il conseguimento di un certo grado di metacognizione e oggettività da parte della persona stessa. In termini terapeutici questa caratteristica del film coinvolge la persona in processi emotivi e cognitivi, e perciò potrebbe

risultare funzionale con soggetti che presentano problemi nel riconoscimento o nell'espressione delle emozioni, oppure con persone che hanno difficoltà a distanziarsi dall'esperienza emotiva. Per il suo linguaggio metaforico, dunque, l'utilizzo di un film in psicoterapia sembra favorire l'accesso indiretto (e quindi con una minore resistenza e difesa da parte della persona) al cosiddetto materiale terapeutico. La natura narrativa del film, invece, offre uno strumento per mentalizzare e dare significato alla propria esperienza, attraverso l'elaborazione di quanto vissuto durante la visione.

A questo punto sembra opportuno sintetizzare le modalità in cui un film agisce sul suo osservatore. Dai vari contributi teorici in materia (Morawski, 1997; Jeon, 1992) risulta che l'esperienza del soggetto si articola durante la visione in diverse fasi: un primo stato dissociativo (provocato dalla natura stessa del linguaggio filmico) abbassa le difese dello spettatore e gli permette di identificarsi con i personaggi. Tale identificazione sollecita un legame empatico tra il personaggio del film e lo spettatore, che può portare alla sua catarsi emotiva. Condividendo l'esperienza con il personaggio, dunque, la persona può giungere all'*insight* sulla propria situazione di vita ed esaminare questioni che inizialmente si trovavano "fuori da Sé" ma che ora sono state riconosciute anche "dentro", e che quindi possono essere valutate e affrontate come proprie. Inoltre, l'universalizzazione (quel processo attraverso il quale ci si riconosce parte di un'esperienza condivisa anche da altri) sperimentata nell'osservazione di un personaggio coinvolto in eventi simili ai propri, aiuta la diminuzione della sensazione di isolamento e unicità del problema, portando sollievo alla persona. Se queste sono le fasi necessarie nell'acquisizione di una nuova esperienza durante la visione di un film, allora esse saranno anche le fasi da affrontare in cineterapia (Schulenberg, 2003).

Malgrado questo metodo presenti diversi modelli che possono differenziarsi per la maggiore o minore direttività dell'approccio, o per lo scopo maggiormente psicoeducativo o terapeutico, sembra possibile individuare delle linee guida ritenute generalmente necessarie per il successo dell'utilizzo del film in psicoterapia. In primo luogo, un *assessment* approfondito è

cruciale: per individuare al meglio il momento e il film adatto per la persona è necessario identificare il problema e lo scopo della psicoterapia (o di un momento specifico della stessa). Inoltre è importante valutare la capacità del soggetto di comprendere il contenuto del film e di differenziare sufficientemente se stesso dal personaggio.

Una volta individuato il film da consigliare si può passare alla seconda fase, quella dell'attuazione. È importante valutare il momento e il modo in cui il film verrà visto: se individualmente, con una persona specifica o in gruppo; se durante le sessioni di terapia (insieme al terapeuta) o in altro momento (a casa). Inoltre, si potrebbe consigliare alla persona di vedere l'intero film senza interruzioni, oppure chiederle di interrompere la visione e prendere nota ogni volta che vive un'esperienza importante.

Il *debriefing* costituisce la terza fase della cineterapia ed è la fase più specificamente psicoterapeutica, dove si ridiscute l'esperienza vissuta dalla persona, le sue reazioni e la possibilità di un futuro utilizzo delle informazioni ottenute con la visione del film. Il modo in cui verrà gestita questa fase dipende principalmente dallo stile personale e dall'orientamento teorico del terapeuta (Schulenberg, 2003).

Il ricorso ai film nella pratica psicoterapeutica è giustificato dalla convinzione che il suo linguaggio metaforico, come si è detto, faciliti a parlare apertamente di tematiche difficilmente riconoscibili come proprie, o di cui altrimenti sarebbe spiacevole o imbarazzante discutere. Si ritiene, inoltre, che i film possano aiutare il trattamento rafforzando l'alleanza terapeutica, offrendo speranza e incoraggiamento alla persona, riformulando i problemi, fornendo dei modelli di ruolo da seguire, potenziando le emozioni, migliorando la comunicazione, aiutando a riordinare i propri valori.

Come tutte le tecniche terapeutiche, la cineterapia ha dei limiti. Per la sua ancora giovane età, si riscontra una scarsità di materiale sperimentale e la mancanza di una metodologia organizzata e quantificata. Servirsi del film in psicoterapia richiede un alto livello di conoscenza della storia della pellicola e nel riconoscimento delle sue sfumature, come anche un alto grado di impegno fuori

dall'ambiente di lavoro da parte del terapeuta, rispetto agli approcci tradizionali di psicoterapia (Schulenberg, 2003; Berg-Cross et al., 1990; Wedding e Niemec, 2003).

Apprendere con il cinema: la formazione

Nell'attività di formazione e sviluppo il cinema ha una storia consolidata: da anni è un importante strumento nelle mani del formatore che espropria il regista della funzione di narratore divenendo lui stesso l'artefice della narrazione (D'Incerti, Santoro, e Varchetta, 2007), una narrazione che ha per soggetto i diversi temi che ci si trova ad affrontare, scelti in base all'obiettivo che ci si propone di raggiungere.

Il linguaggio cinematografico permette di esercitare la capacità di analisi e di sintesi, di allenare l'osservazione del dettaglio, di sviluppare la capacità di una visione d'insieme, di riconoscere le emozioni. A titolo esemplificativo, il potenziare e orientare le emozioni evocate dalla visione di un film, focalizzando l'attenzione dello spettatore su temi di particolare rilevanza scientifica e clinica, rappresenta un collaudato approccio alla didattica universitaria e alla formazione post laurea del medico (McNeilly e Wengel, 2001), specie psichiatra (Hyler e Moore, 1996).

L'utilizzo del materiale filmico sollecita un'elevata attivazione dell'individuo, sul fronte del pensiero così come su quello delle emozioni. Questo crea le condizioni per l'avvio di un significativo processo di apprendimento. A questo proposito Cabrera (2003) sostiene che la comprensione di un concetto filosofico necessita dell'esperienza emotiva: afferrarlo solo a livello logico non è sufficiente. In questo senso il cinema offre un linguaggio più appropriato in quanto usa una ragione logopatica e non solo logica. Stanovich e West (2002) fanno corrispondere a queste dimensioni due modalità di elaborazione ascrivibili a due sistemi:

System 1: le operazioni di questo sistema sono veloci, automatiche, vengono effettuate senza un grande dispendio di energie da parte delle persone e sono cariche a livello emotivo. Questa modalità include il pensiero intuitivo che opera rapidamente, in automatico e senza

sforzo e comprende funzioni come l'elaborazione dell'informazione visiva e la memoria associativa, operazioni difficilmente modificabili e controllabili dall'individuo.

System 2: in questa seconda modalità di elaborazione le operazioni sono più lente, necessitano di maggiori sforzi e sono deliberatamente controllate dalla persona, sono relativamente flessibili e governate da regole chiare. Questo sistema è responsabile dell'elaborazione dell'informazione verbale ed è coinvolto in tutti i giudizi, sia quelli che nascono dalle impressioni che da un ragionamento volontario.

L'apprendimento in formazione avviene attraverso l'emergenza e fa sperimentare a chi apprende, il sé che emerge, quello proprio e quello dell'Altro da Sé. Il senso di un sé emergente è esperienza necessaria perché l'apprendimento si fissi. I partecipanti alla formazione che si avvalgono del cinema intrattengono delle riflessioni interne con se stessi; il racconto cinematografico si sviluppa e progredisce attraverso l'icona, lontano dalla linearità associativa del formatore (Haider, 1972).

La formazione attraverso il cinema può avvalersi, come ogni formazione, di metodi strutturati e metodi attivi. I primi prevedono la pianificazione dell'erogazione dei contenuti, delle tecniche da utilizzare, delle metodologie e dei risultati attesi. Gli altri implicano una destrutturazione dei percorsi verso un qui e ora formativo in cui, nell'incertezza dei risultati, vengono esaltate le componenti relazionali ed esperienziali del gruppo. Questo genere di formazione esperienziale è in grado di collocare al centro dell'azione formativa il vissuto della persona, di concentrarsi sull'osservazione e valutazione dei fatti anziché sul giudizio degli stessi (Fabbri, 2003).

Un passaggio complicato consiste nel trasformare l'esperienza in apprendimento, in cambiamento concreto, in crescita personale e professionale. Nell'ambito della formazione esperienziale è fondamentale costruire una rigorosa rete di riferimenti, tracce in grado di facilitare il processo di riflessione e asimmetria, di identificazione e antagonismo; è importante accompagnare l'analisi del linguaggio nei dialoghi, nelle voci narranti, la scoperta delle

metafore, la lettura delle dinamiche relazionali, la simbologia degli spazi e del tempo.

Quaglino e Piccardo (2006) propongono quattro modalità di utilizzo del cinema in formazione:

- *Riscaldamento*: permette di prendere contatto con un concetto, un'idea, una problematica richiamandola alla memoria e costruendo una rappresentazione. La visione di un film facilita e consolida le relazioni all'interno di un gruppo e questo permette una maggiore coesione funzionale al raggiungimento degli obiettivi di vario genere.

- *Esempio*: questa modalità viene utilizzata per offrire una dimostrazione di un comportamento che si vuole analizzare, sia nei risvolti positivi (cosa si dovrebbe fare) sia in quelli negativi (cosa non si dovrebbe fare). Il film dovrebbe riuscire a sintetizzare gli aspetti cruciali sia a livello globale (e quindi la sua trama), sia di dettaglio, ovvero gli aspetti di tipo micro come la postura, il tono della voce, la prossemica.

- *Esercizio*: consiste nello scegliere un film che porti un problema da risolvere o una decisione da prendere. Si tratta di un film che attiva e mette alla prova le competenze dei partecipanti: può essere costituito da un problema da risolvere oppure può evidenziare la necessità di prendere una decisione. Dopo la visione viene richiesto al gruppo o all'individuo di riprogettare la vicenda sostituendo i comportamenti valutati come disfunzionali con altri di tipo funzionale.

- *Caso*: l'obiettivo del lavoro formativo consiste nell'illustrare e analizzare una situazione analoga a quella che si vuole affrontare nel lavoro formativo; l'analogia può essere sia diretta (quando il film o la sequenza presentano una circostanza di vita lavorativa o un contesto organizzativo che corrisponde a quello in analisi), che indiretta (quando l'analogia richiama la circostanza o il contesto presentati dal film pur facendo riferimento ad un

contenuto diverso). La necessità di offrire un'illustrazione adeguatamente approfondita rende maggiormente probabile, rispetto alle altre modalità descrittive, la visione di film completi o di sequenze lunghe.

A seconda delle esigenze del formatore si possono utilizzare: il film per intero, una singola sequenza oppure un insieme di sequenze.

La creazione di un appropriato setting formativo utilizzando il cinema come dispositivo, si struttura, come ogni altra formazione, attraverso la pianificazione in diverse fasi che passa per l'analisi dei bisogni, la progettazione, l'erogazione e la valutazione dei risultati. Le varie fasi non seguono necessariamente un criterio cronologico, in special modo quella della valutazione dei risultati, per la quale viene consigliato un monitoraggio continuo e quindi una valutazione *in itinere* piuttosto che esclusivamente *ex post* (D'Incerti, Santoro, e Varchetta, 2007).

Conclusioni

Molto altro ci sarebbe da dire sull'utilizzo del materiale filmico in formazione ed in terapia. Ciò che emerge in letteratura è che questo strumento può risultare un facilitatore dei processi di apprendimento e di conoscenza interiore. Quello che in questa sede si vuole sottolineare in particolare è la necessità di una continua riflessione sui dispositivi utilizzati in ambito psicologico e psicoterapico, una riflessione che scaturisca da un'approfondita analisi della domanda e che vada ad interfacciarsi con le modalità e le metodologie di intervento opportune per ogni singolo caso.

In questo senso la cineterapia deve essere considerata uno strumento aggiuntivo per facilitare il lavoro terapeutico e non un approccio psicoterapico indipendente che possa sostituire la psicoterapia tradizionale.

Anche per quanto riguarda l'utilizzo del cinema in formazione si presuppone una domanda di "senso" da parte del professionista rispetto all'utilità e all'adeguatezza dell'utilizzo del dispositivo filmico nel contesto in cui va ad intervenire.

Qualora un terapeuta o un formatore decidessero di adottare lo strumento del film nella loro pratica professionale dovrebbero quindi essere consapevoli della delicatezza del metodo e gestirlo con cautela.

Riferimenti bibliografici

- Arnheim, R. (1932). *Film als Kunst*. Berlin: Ernst Rowohlt (trad. it.: *Film come arte*. Milano: Il Saggiatore, 1960).
- Balestrieri, M. (2012). *Vero come la finzione: La psicopatologia al cinema volume 1*. Milano: Springer.
- Barthes, R. (1995). *I segni e gli affetti nel film*. Firenze: Vallecchi.
- Berg-Cross, L., Jennings, P., e Baruch, R. (1990). Cinematherapy: Theory and application. *Psychotherapy in Private Practice*, 8 (1), 135-156.
- Bion, W.R. (1970). *Attention and Interpretation*. London: Tavistock Publications (trad. it.: *Attenzione e interpretazione*. Roma: Armando, 1976).
- Biondi, T. (2007). *La fabbrica delle immagini. Cultura e psicologia nell'arte filmica*. Roma: Edizioni Magi.
- Boccarda, P., e Riefolo, G. (2012). In cerca di 'Hyde' Note su alcune trasformazioni nella stanza di analisi. *FunzioneGamma*, 28.
- Cabrera, J. (2000). *Da Aristotele a Spielberg*. Milano: Mondadori.
- Cadonici, P. (2010). *Dal lettino dello psicanalista alla poltrona del cinema: Lo schermo come strumento di crescita emotiva*. Roma: Aracne.
- Deleuze, G. (1983). *Cinema 1. L'immagine-movimento*. Milano: Ubulibri.
- Deleuze, G. (1985). *Cinema 2. L'immagine-tempo*. Milano: Ubulibri.
- D'incerti, D., Santoro, M., e Varchetta, G., (2007). *Nuovi schermi di formazione. I grandi temi del management attraverso il cinema*. Milano: Guerrini e Associati.
- Eisenberg, M. (1985). Rehumanizing University Teaching. *The International Forum for Logotherapy*, 8, 44-46.
- Elsaesser, T., e Hagener, M. (2007). *Film Theory: An Introduction Through the Senses*. London-New York: Routledge.
- Fabbri, T.M. (2003). *L'apprendimento organizzativo*. Roma: Carocci.
- Freud, S. (1936). The ego and the mechanisms of defense. In: *The writings of Anna Freud*, vol. 2. New York: International University Press.
- Golinelli, P. (2004). Per una lettura psicoanalitica dei film. *Rivista di Psicoanalisi*, 2, 449-460.
- Gramaglia, C.M., Campisi, S., Brustolin, A., Amianto, F., Abbate Daga, G., Fassino, S., e Debacco, G. (2011). Cinematherapy in the day hospital treatment of patients with eating disorders. Case study and clinical considerations. *The Arts in Psychotherapy*, 38, 261-266.
- Haider, K. (1972). *Film for anthropological coaching*. Washington D.C.: American Anthropologist Association.
- Hyley, S.E., e Moore, J. (1996). Teaching psychiatry? Let Hollywood help. Suicide in cinema. *Academic Psychiatry*, 20, 212-219.
- Jeon, K.W. (1992). Bibliotherapy for gifted children. *The Gifted Child Today*, 15, 16-19.
- Kiarostami, A. (2003). Due o tre cose che so di me. In A. Barbera, E. Resegotti (a cura di), *Kiarostami*, 54-60. Milano: Electa.
- Linguiti, F., e Colacino, M. (2004). *L'inconscio cinema. Lo spettatore tra cinema, film e psiche*. Torino: Effatà.
- McNeilly, D.P., e Wengel, S.P. (2001). The "ER" seminar. Teaching psychotherapeutic technics to medical students. *Academic Psychiatry*, 25, 193-201.
- Metz, C. (1980). *Cinema e psicoanalisi: Il significante immaginario*. Venezia: Marsilio.
- Mitry, J. (2001). *Esthétique et psychologie du cinéma*. Paris: Cerf.
- Morawski, C.M. (1997). A role of bibliotherapy in teacher education. *Reading Horizons*, 37, 243-259.
- Münsterberg, H. (1916). *The Film: A Psychological Study*. New York: Courier Dover.
- Musatti, C. (1945-1971). *Libertà e servitù dello spirito: Diario culturale di uno psicoanalista*. Torino: Boringhieri.
- Musatti, C. (1961). *Psicologia degli spettatori al cinema*. In Romani D.F. (a cura di), *Scritti sul cinema*. Torino: Testo e Immagine, 2000, 174-181.
- Piccardo, C., e Quaglino, G.P. (2006). *Scene di leadership*. Milano: Raffaele Cortina Editore.
- Quaglino, G.P., (1999). *Scritti di formazione*. Milano: Franco Angeli.
- Russo, P. (2004). *Ciak, si vive. Grande schermo e piccoli gruppi*. Bergamo: Edizioni Magi.
- Schulenberg, S.E. (2003). Psychotherapy and Movies: On Using Films in Clinical Practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33 (1).
- Stagnitta, S., e Tramonte, M. (2012). Psicoanalisi, gruppo e cinema: Note su di un'esperienza formativa di gruppo e cinema. *FunzioneGamma*, 28.
- Stanovich, K.E., e West, R.F. (2008). On the relative independence of thinking biases and cognitive ability. *Journal of personality and social psychology*, 94 (4), 672.
- Wedding, D., e Niemeck, R.M. (2003). The Clinical Use of Films in Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 207-215.

IL TERPAUETA DI CELLULOIDE

di Valentina Galli e Chiara Rufignani

psicologhe, ex tirocinanti post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

Nonostante il termine *psicologo* porti con sé una definizione univoca, variabile è la visione di questa figura professionale che si riscontra sia tra le persone sia nelle diverse epoche. Per quanto riguarda la differenza riscontrata tra gli individui, può essere data ad esempio dall'essere stati o meno in analisi, dalla tipologia di trattamento, dall'esperienza personale e da molti altri fattori.

Dal 1895 anche il cinema inizia a interessarsi alla figura dello psicologo.

Nella storia del cinema si crea confusione tra le varie figure professionali: psicologo, psicoanalista, terapeuta o psichiatra, i quali, in sostanza, vengono tutti considerati "strizzacervelli". Questa confusione nasce dal fatto che non è semplice rappresentare visivamente la differenza tra queste figure professionali e non risulta neanche chiara allo spettatore e al regista. Se poi volessimo effettuare un parallelismo fra rappresentazione della figura dello psicoterapeuta in Italia e negli Stati Uniti, è opportuno puntualizzare che nella realtà americana lo psichiatra è la figura che racchiude prevalentemente tutte queste competenze; in Italia, invece, lo psichiatra e lo psicoterapeuta sono due figure professionali distinte, con compiti e pazienti diversi.

La visione del terapeuta è cambiata nel tempo, in quanto ha subito l'influenza dello sviluppo di nuove branche della psicologia. Tale aspetto è riscontrabile anche nell'ambito della cinematografia americana come evidenziato dallo stesso Schneider (1977; 1987).

Per evitare ulteriori confusioni, considerando che la maggioranza della filmografia analizzata è di origine americana, utilizzeremo il termine *terapeuta* per racchiudere sia la figura del

terapeuta che quella dello psichiatra per come viene considerato in Italia.

Nei film si possono individuare diverse tipologie di terapeuti. Ad esempio, la prima distinzione che risulta evidente e marcata è quella tra "buono" e "malvagio", differenziazione che non dipende tanto dalla figura in sé, ma dall'idea di colui che la rappresenta. Fino agli anni '40 il cinema mostra un terapeuta "oracolo", buono e simpatico, con caratteristiche di onniscienza e infallibilità (Schneider, 1977; 1987). Subito dopo la guerra si fa largo la figura di un terapeuta "malvagio" che possiede poteri occulti. Tale visione può essere stata influenzata dal periodo storico, in particolare dal ruolo che i medici, quindi anche gli psichiatri, hanno avuto nel nazismo; nello specifico il "Terzo Reich" ha consentito l'avvio alla sperimentazione sugli esseri umani e il conseguente sterminio dei pazienti, ormai ricoverati da anni, che rappresentavano un peso inutile per la società (Fontanari e Toresini, 1998). Oltre al particolare periodo, la visione occultistica del terapeuta può tuttavia essere stata influenzata anche dall'utilizzo di tecniche come l'ipnosi e il metodo catartico che conferivano un alone di mistero sulla figura dello psichiatra.

Negli anni '50 i film sono incentrati su storie di casi, romanzate, ma abbastanza complesse. Lo scenario psicologico di questi anni è contrassegnato dalla nascita della Psicologia Cognitiva in contrapposizione al Comportamentismo. Entrambe le discipline si basano su una scientificità di tipo ecologico, nel comune intento di assimilare lo studio della mente umana alle scienze fisiche.

Gli anni '60 sono caratterizzati dall'affermazione della Psicologia Cognitiva

che, non avendo un preciso modello di uomo, considera l'individuo come un elaboratore di informazioni, più esattamente sono i processi cognitivi che vengono presi in esame ed analizzati in quanto funzioni organizzative: il comportamento umano non è più l'oggetto di analisi (Mecacci, 2001). In questi anni appare inoltre il professionista in camice bianco in pellicole che dovrebbero sembrare educativo-scientifiche, ma dove in realtà si parla grossolanamente di sesso. Si può ipotizzare che ciò sia dovuto all'influenza e risonanza che ha provocato la ricerca condotta da Kinsey nel 1948 e ultimata nel 1953, che ha rivoluzionato il modo di vedere alcuni aspetti della sessualità umana, specialmente in relazione all'omosessualità, alla masturbazione e alla sessualità femminile.

Negli anni 1966-1970 altri due studiosi, William Masters e Virginia Johnson, effettuarono delle ricerche sulla fisiologia del comportamento sessuale umano e identificarono le prime fasi del ciclo di risposta sessuale (eccitamento, plateau, orgasmo e risoluzione). In questi anni il sesso diviene quindi un argomento di studio con conseguente influenza nella società di allora, aspetto che probabilmente ha influito anche sulla cinematografia. Lo psichiatra di celluloide è quindi iperidealizzato e appare competente, sensibile, amabile ed eroico; tale idealizzazione è speculare alla sua stessa svalutazione in quanto irrealistica. Si parla di uno psichiatra "meraviglioso" che cura prevalentemente attraverso il metodo catartico. Spesso, infatti, nei film la catarsi è la risoluzione della problematica, la quale determina miracolose guarigioni.

Negli anni '70 la terapia non era più rappresentata in modo magico, come portatrice di felicità, ma l'individuo, disilluso, cerca nella terapia un momento di distacco dalla vita quotidiana. Nel cinema lo psichiatra si occupa di deboli ed emarginati che in realtà non sono malati, aprendo così una prospettiva antipsichiatrica che si concretizzerà nel 1978 con la chiusura dei manicomi a seguito della "Legge Basaglia". La legge 180 voleva essere un modo per modernizzare l'impostazione clinica dell'assistenza psichiatrica, instaurando rapporti umani rinnovati con il personale e la società, riconoscendo appieno i diritti e la necessità di

una vita di qualità dei pazienti, seguiti e curati anche da strutture territoriali.

Negli anni '80-90 non vedendo realizzata effettivamente una vera e propria rivoluzione paradigmatica, molti psicologi finirono con lo sminuire la rilevanza teorica e metodologica del Cognitivismo arrivando fino a ritenerlo una continuazione, anche se in forma più sofisticata, del Comportamentismo. Si diceva che aveva solo aggiunto dei processi intermedi tra lo stimolo e la risposta, ma il paradigma rimaneva sempre quello comportamentista. In questo contesto di riflessioni autocritiche da una parte e di nuove acquisizioni in discipline di confine dall'altra, si sviluppò il nuovo orientamento della "Scienza Cognitiva" (Mecacci, 2001).

Si ha inoltre l'avvento della Social Cognition che si sviluppa come ramo interno della Psicologia Cognitiva declinato in sede sociale che studia i processi cognitivi che sottostanno al comportamento, identificando nel contesto sociale una determinante molto importante per la condotta. Gli studi della Social Cognition sono concentrati da un lato sulle strutture di conoscenza (schemi, categorizzazioni, stereotipi, euristiche, etc.) e dall'altro sulla scoperta delle "distorsioni" di ragionamento (bias) che tali strutture comportano. Importanti sviluppi sono stati inoltre conseguiti sul tema della ricerca sui processi di gruppo (small groups) e della comunicazione sociale (Mecacci, 2001). Si aprono quindi le porte dei film a carattere sociale, specialmente in relazione a problemi quali le droghe, l'alcool, l'AIDS, le istituzioni totalitarie. Nei film è sempre più presente la figura dello psichiatra, ormai più rappresentativa, dove si possono osservare anche altri tipi di terapie oltre a quella psicoanalitica. Tuttavia, prendono campo i film a tema sociale dove non è presente la figura dello psichiatra, ma riflettono comunque le problematiche degli anni e degli studi psicologici di questo periodo.

Dagli anni '90 ad oggi è possibile riscontrare una complessificazione della figura dello psichiatra che si riscontra anche nei film. Ormai sono presenti sullo scenario culturale tutti i tipi di psicoterapia e tutte le tipologie di rappresentazione del terapeuta di celluloide: è presente la terapia di gruppo, si parla di sessualità, di psicoanalisi, di terapia gestaltista, di tematiche sociali, etc. Possiamo quindi

osservare che la tipologia di pazienti raffigurata nei film è cambiata nel tempo, passando da una quasi esclusiva rappresentazione di soggetti con psicopatologia conclamata all'inclusione di individui con problematiche più comuni.

Stereotipi sugli psichiatri nella cinematografia americana

Nella cinematografia americana possiamo riscontrare che, nel 60% dei film dove è presente la figura dello psichiatra, esso è rappresentato come sensibile, comprensivo, indulgente, umano, capace di dare buoni consigli e operare guarigioni catartiche, nel 15% è descritto come sciocco, paradossale, incompetente, ma innocuo, e in un ulteriore 15% come sadico e crudele, mentre nel restante 10% non può essere classificato (Shneider, 1977; 1987).

Nei film è inoltre frequente lo stereotipo dello psichiatra donna che si innamora del proprio paziente a seguito delle ridotte capacità di salvaguardia dal controtransfert. Tale stereotipo è intriso di aspetti culturali, per cui la donna psichiatra è in una posizione di potere rispetto all'uomo che nella cultura occidentale è il genere dominante; tale "disequilibrio/equilibrio" verrebbe ristabilito nel momento in cui la donna cade dal suo ruolo professionale e torna ad essere fragile, in preda alle pulsioni e dominata dal maschio, come accade nel film *Mr. Jones* (1993). La rappresentazione della psichiatra nel cinema statunitense sembra quindi rispecchiare il discutibile modo in cui spesso Hollywood ritrae la donna, secondo cui ella non potrà privilegiare la carriera se non a scapito del matrimonio e della maternità. Laddove non viene privilegiata la relazione sentimentale o la famiglia, la psichiatra viene spesso rappresentata come una donna divorziata, vedova, nubile, sposata con un ex paziente o che sta per essere lasciata dal marito; in conclusione la scelta è sempre tra la carriera e l'amore/famiglia, raramente alla donna viene concessa la possibilità di avere entrambe le cose. In contrapposizione, lo psichiatra uomo viene spesso raffigurato come un individuo di successo, di bella presenza, con una bella famiglia che quindi non deve

necessariamente rinunciare a qualcosa (Shneider, 1977; 1987).

Nel cinema, come nella società, c'è ambivalenza riguardo alla figura dello psichiatra: da un lato vi è idealizzazione e riverenza, dall'altro c'è una sorta di invidia e timore. Sicuramente è sempre stata una figura professionale che ha suscitato una certa curiosità, ciò è riscontrabile anche a seguito dei numerosi film che l'hanno rappresentata, spesso con evidenti errori circa aspetti relativi all'esercizio di questa professione.

Nonostante le critiche che possono essere rivolte ai film che, in alcuni casi, hanno rappresentato la figura dello psichiatra in modo non idoneo con la realtà, occorre sempre tenere a mente che il film è comunque rivolto all'intrattenimento del pubblico e per ovvie ragioni economiche deve riscuotere successo, cosa che probabilmente non avverrebbe se venisse fedelmente proiettata la realtà delle sedute terapeutiche.

La figura dello psichiatra nel tempo attraverso i film: tra stereotipi e realtà

Passiamo adesso a valutare come la psicoterapia rappresentata nei film sia cambiata negli anni, in particolare dal '70 ad oggi.

L'attenzione è stata incentrata su alcuni aspetti della psicoterapia più facilmente individuabili nei film, anche se non presenti in tutti, ovvero: terapeuta, setting ed eventuali violazioni, tipologia di paziente e problematiche riportate. Ciò che risulta evidente dagli anni '70 in poi, come già specificato in precedenza, è la prospettiva antipsichiatrica che ci permette di osservare film in cui è presente il dramma dell'ospedale psichiatrico e dei sistemi di cura, nonché di un ambiente che risulta alienante e sterile come se fosse un carcere.

Uno dei film più emblematici di questo periodo è *Qualcuno volò sul nido del cuculo* (1975) in cui la struttura psichiatrica risulta peggiore di quella carceraria, è sterile, priva di colori, con le sbarre alle finestre e senza spazi esterni in cui uscire.

Tutti i pazienti, tranne il protagonista, entrano nella struttura di loro spontanea volontà per problemi banali e all'interno di essa maturano una vera e propria psicopatologia. Nel film è presente sia la figura dello psichiatra che quella

dell'infermiera, il primo si limita a un colloquio valutativo iniziale; l'altra, in una accezione "malvagia", dirige il reparto e i gruppi di lavoro svolgendo i compiti altrimenti ricoperti dallo psichiatra.

Nello stesso periodo, in contrapposizione, troviamo un film di Woody Allen *Io e Annie* (1977) in cui il comico Alvy Singer cerca di capire quali suoi problemi sviluppati durante l'infanzia (depressione, nevrosi) possano essere stati complici della fine della sua storia con Annie. Il protagonista Alvy è in terapia da 15 anni: intellettualoide, nevrotico, critico; si deduce da alcune battute del film che il tipo di terapia è psicoanalitica ("Di fatto ero un suicida e mi sarei ucciso, ma ero in analisi con un freudiano rigoroso e, se vi uccidete, quelli vi fanno pagare le sedute che perdetevi"), inoltre è ulteriormente intuibile dal setting (terapeuta sulla poltrona dietro al paziente che sta disteso sul lettino) e dalla durata dell'analisi. Tuttavia, si vede soltanto in una occasione la terapia di Alvy e quella di Annie con i rispettivi psichiatri; in modo ironico viene fatto notare che entrambi danno interpretazioni diverse di aspetti della loro vita relazionale (domanda: quanti rapporti avete? Alvy: quasi mai, neanche tre volte a settimana! Annie: costantemente, anche tre volte a settimana!), cosa che è coerente con la percezione personale che ognuno ha delle cose. Inizia così a prospettarsi una nuova tipologia di pazienti che non ricercano una risoluzione miracolosa a una psicopatologia, ma che si rivolgono a un terapeuta per problematiche riguardanti la vita quotidiana.

Si passa da una visione della psichiatria come qualcosa da temere a una terapia sulla quale si può ironizzare. Come abbiamo già detto in precedenza, gli anni '80-90 sono caratterizzati da film a carattere sociale che intendono sensibilizzare le persone su alcune tematiche: *I ragazzi dello zoo di Berlino* (1981), *Ritorno dal nulla* (1993), *Philadelphia* (1993), *Trainspotting* (1994), per citarne alcuni, nei quali non è presente però la figura dello psichiatra.

Contemporaneamente si comincia a intravedere un cambiamento nella figura dello psichiatra che si toglie il camice e diventa una persona comune.

In *Ordinary people* (1980) si affronta il problema del lutto che ha destabilizzato una famiglia. Il

protagonista, dopo un iniziale ed inefficace ricovero in ospedale, affronta una terapia gestaltista che riesce a risolvere la maggioranza dei suoi problemi. Viene rimarcata l'inefficacia dei trattamenti psichiatrici totalizzanti che avevano portato a dipendenza dal sistema, mancato superamento del trauma e trattamenti invasivi. Nel terapeuta il paziente ritrova una "base sicura" dalla quale ripartire, figura d'impatto emotivo, molto provocatoria, ma allo stesso tempo efficace e sulla quale può fare affidamento. Il setting è molto più accogliente di quelli che si riscontrano nei film precedenti, vi è una rottura di esso che tuttavia è riscontrabile in quasi tutti i film analizzati.

Dagli anni '90 la cinematografia psicologica si complessifica e iniziano a notarsi vari stereotipi della rappresentazione del terapeuta. In *Mr. Jones* (1993), come accennato precedentemente, riscontriamo l'incapacità della psichiatra di tenere sotto controllo il controtransfert. In questo film è evidente il tipo di amore che vince ogni barriera, specialmente il codice deontologico che vieta rapporti affettivi e sessuali tra paziente e terapeuta. Come abbiamo detto precedentemente, chi viola tali regole è una donna, in quanto emotivamente più vulnerabile (secondo quella che è la stereotipizzazione della società occidentale) e colpita dalla personalità e dal fascino del suo paziente con disturbo bipolare. L'ambiente terapeutico è sia quello dell'ospedale psichiatrico sia dello studio della terapeuta; tuttavia, in entrambi i casi, i pazienti presenti riportano delle patologie gravi. Il setting viene rotto molte volte, il terapeuta viola inoltre la privacy del paziente informandosi su una sua relazione passata, si lascia andare al contatto fisico durante la seduta e si commuove per ciò che gli racconta il paziente.

Una rappresentazione simile dello stereotipo della psichiatra donna avviene anche in una parte del film *Harry a pezzi* (1997) dove la psichiatra si innamora e si sposa con il suo paziente Harry. È rappresentata la figura della donna fragile e in preda alle proprie emozioni, in una parte del film infatti è evidente la reiterata rottura del setting da parte della terapeuta per andare a litigare con il marito che l'ha tradita con una sua paziente. È quindi presente una marcata mancanza di rispetto per il cliente che viene continuamente interrotto dai

problemi della sua terapeuta. L'altro psichiatra presente nel film è un uomo e in questo caso, probabilmente non a caso, non possiamo evidenziare nessuna violazione del codice deontologico, rottura del setting o altre scorrettezze. Il terapeuta uomo è spesso raffigurato come una "brava persona" con la quale ci si può confidare e parlare di tutto.

In alcuni film è evidente il "potere" curativo della psicoterapia, in particolare della relazione speciale che si instaura tra paziente e terapeuta, come è evidente nel film *Will Hunting* (1997): in questo caso il paziente è un ragazzo prodigo che ha avuto un'infanzia difficile, passato da varie adozioni con famiglie abusanti e che attraverso la terapia riesce a superare la sua paura dell'abbandono e la mancanza di fiducia nelle persone.

In questo film, come accade anche in altri, vi è l'iper-idealizzazione del terapeuta, anche se in alcuni casi viola alcune regole, rompe il setting e parla spesso di sé raccontando cose private della sua vita: in una parte iniziale del film il terapeuta perde il controllo a seguito di una provocazione da parte del ragazzo sul lutto della moglie (il terapeuta lo aggredisce con una mano al collo e lo minaccia); in un'altra circostanza lo psichiatra manda via il paziente perché quest'ultimo, non sapendo cosa rispondere ad una domanda, gli dice una bugia.

In alcuni casi il terapeuta si lascia completamente coinvolgere dai racconti del paziente e dalla sua personalità, tanto da violare l'etica e a volte anche la legge. Tale aspetto è evidente nel film *Instinct* (1999) in cui lo psichiatra è un ragazzo ambizioso e molto professionale, che inizia a vacillare nel momento in cui non osserva più la vita del paziente, ma la vive in prima persona. Viene ripreso lo stereotipo del terapeuta buono che mette al primo posto il paziente, anche a scapito della legge e della propria professione. Si supera la terapia e si lascia spazio ad una sorta di amicizia, aspetto svalutante rispetto alla professionalità, ma che allo stesso tempo evidenzia una iper-idealizzazione.

Un film più recente nel quale si supera lo stereotipo della donna emotiva che deve per forza scegliere tra la carriera e la famiglia, è *Prime* (2005). Possiamo infatti riscontrare l'immagine di una donna psichiatra brava, molto comprensiva, empatica e premurosa.

Tuttavia, i temi trattati ruotano intorno alla famiglia e quindi è sempre centrale la vulnerabilità della terapeuta, che in questo caso è prima di tutto una madre. La paziente è una donna in carriera di 37 anni che ha problemi nelle relazioni affettive, non è presente nessuna patologia e i temi trattati sono relativi alla vita quotidiana e alla relazione con il figlio della terapeuta. È una commedia nella quale è presente il paradosso della situazione e l'ironia delle sedute terapeutiche.

Volendo rimarcare il cambiamento della tipologia dei pazienti non più da DSM ma con problematiche più comuni, possiamo prendere in considerazione un film italiano, *La stanza del figlio* (2001). Anche in questo caso il terapeuta è buono, comprensivo (anche troppo!), non mette mai in atto il controtrasfert e l'unica volta che viola il setting si ha dopo la morte del figlio: un lutto che lo porta a lasciare la professione.

In contrapposizione, nel *Il silenzio degli innocenti* (1991) riscontriamo lo psichiatra "malvagio" che è rinchiuso in un carcere per cannibalismo. Non è presente nessun tipo di setting o terapia, ma sono evidenti i giochi psicologici e i tentativi di analisi sulla detective che interagisce con lui per la risoluzione di un caso. Hannibal (lo psichiatra) si fa raccontare aspetti della vita e dell'infanzia della poliziotta; anche se non esercita più la professione sono evidenti i tentativi manipolatori che mette in atto sulle persone come se "giocasse" a fare il terapeuta.

Un altro film in cui è evidente un terapeuta "malvagio" è *Basic Instinct 2* (2006), dove lo psichiatra-criminologo si lascia sedurre dalla paziente che diventa per lui una sorta di ossessione. Ciò lo porta a violare il setting, le norme etiche e deontologiche fino ad arrivare ad avere rapporti sessuali con la paziente e ad aggredirla. Sembra che la sua cliente sia in grado di tirar fuori il lato peggiore dello psichiatra, portandolo quasi alla follia. È evidente che la donna in questo caso è in una posizione di potere rispetto al terapeuta che personifica l'uomo istintivo che non ragiona più davanti ad una bella donna, provocante e manipolatrice.

In conclusione, ciò che è evidente dalla rappresentazione dello psichiatra nei film è la faciloneria, se non l'incompetenza di questi soggetti, che spesso trascurano le più elementari regole del setting e a volte violano norme del codice deontologico. Ciò non impedisce loro di

ottenere delle guarigioni straordinarie, sia per rapidità che per risultato. Spesso la guarigione avviene attraverso l'utilizzo di metodi piuttosto rudimentali e poco professionali, come dare consigli derivati dal buon senso, l'offerta della propria amicizia, se non del proprio amore, l'uso della catarsi per dar sfogo a sentimenti, emozioni, traumi, in genere repressi che portano alla risoluzione del nocciolo principale del problema. Spesso quindi il cinema si limita a rispettare l'idea stereotipata del terapeuta, dando una visione offuscata e inappropriata di questa figura professionale. È palese un cambiamento dai film vecchi a quelli più recenti. I pazienti sono passati da persone con evidenti patologie a individui comuni che vanno dallo psichiatra solo per sfogarsi e parlare con qualcuno, per risolvere problemi relazionali, per superare eventi dolorosi (divorzio, lutto, ecc.). Questi cambiamenti nel cinema sono coerenti con il maggior utilizzo della psicoterapia, specialmente negli Stati Uniti, anche per problemi più comuni rispetto ai tempi in cui dal terapeuta ci andavano solo i "pazzi". Evidenti cambiamenti sono riscontrabili anche nell'ambiente terapeutico (o setting), che è passato da un luogo freddo e asettico ad un ambiente caloroso e familiare; si è inoltre complessificato superando la visione di una terapia esclusivamente psicoanalitica.

Trame dei film

Qualcuno volò sul nido del cuculo (1975)

Ha segnato la storia del cinema nella trattazione innovativa di un argomento molto delicato come il disagio relativo agli ospedali psichiatrici, denunciando in maniera drammatica il trattamento inumano cui sono sottoposti i pazienti ospitati nelle strutture ospedaliere statali, verso cui vige un atteggiamento discriminatorio alimentato dalla paura dell'aggressività dell'alienato mentale. La vicenda si svolge all'interno dell'Ospedale Psichiatrico di Stato (State Mental Hospital) di Salem (Oregon). Lì giunge, da un campo di lavoro carcerario americano, un uomo di nome Randle Patrick McMurphy a colloquio con il primario. Il Dottor Spivey spiega a McMurphy che dovrà essere trattenuto nell'ospedale psichiatrico per essere vagliato, cioè per

determinare se la sua malattia mentale sia reale o simulata. Il signor McMurphy apparentemente aderisce, ma pur sapendo di essere sotto osservazione in reparto tiene un comportamento anticonformista nei confronti delle regole che rigidamente disciplinano la vita dei degenti. Sull'esempio di McMurphy, i degenti imparano ad essere persone e a esprimere liberamente le proprie necessità, contro l'austera disciplina imposta dalla caporeparto Signora Ratched, usando il principio della votazione a maggioranza, che lei stessa ha usato in passato per imporre le regole istituzionali, facendo leva sullo stato di inferiorità nella quale si trovavano gli ammalati mentali. Dopo un certo periodo di tempo McMurphy finalmente capisce che l'ospedale psichiatrico non è un luogo adatto a lui e pensa di potersene andare alla scadenza della pena, ma, dopo 68 giorni, un inserviente gli fa notare che non è così. Lui, adesso che è considerato un malato psichiatrico, rimarrà lì, finché non verrà ritenuto guarito, finché vogliono loro, senza una data precisa in cui uscirà e senza limiti di tempo, e allora McMurphy decide di scappare.

Io e Annie (1977)

Alvy Singer è un comico di successo, con due matrimoni falliti alle spalle. Un giorno conosce Annie Hall, una ragazza timida di cui si innamora. Alvy la incita ad ampliare la propria cultura e Annie segue i suoi consigli, pur rimanendo insicura. Sessualmente le cose fra i due non vanno troppo bene e anche le differenze sociali finiscono per pesare. Durante un concerto, Annie viene notata da un produttore e la cosa fa ingelosire Alvy. Con l'aiuto della psicanalisi, Annie cresce e decide di interrompere il rapporto con Alvy, ma poi i due partono insieme per la California. Qui Annie ritrova il discografico che aveva promesso di lanciarla e Alvy rimane solo. Tornato a New York, decide di scrivere una commedia sulla sua storia d'amore. Il lieto fine è però opera di fantasia: Annie torna in città e intreccia una serena amicizia con l'ex-fidanzato.

Ordinary People (1980)

Nello stato dell'Illinois una famiglia borghese cerca di dimenticare e di tornare alla normalità dopo la morte, a causa di un incidente in barca, del maggiore dei due figli adolescenti. Conrad, il

figlio rimasto, da poco tornato a casa dopo essere stato in un ospedale psichiatrico per 4 mesi, è colui che ne risente di più: ha tentato più volte il suicidio a causa del trauma patito. Una volta a casa il ragazzo mostra altri sintomi di disturbo dovuti al colpo subito e decide di andare da un terapeuta, il Dottor Berger, che ascoltando amichevolmente Conrad, lo aiuta a superare il dolore cercando di fare tutto il possibile per non far più sentire in colpa il ragazzo per la morte del fratello Buck. La situazione non è altrettanto facile all'interno della famiglia, poiché la madre è molto severa ed ha una repulsione nei confronti di Conrad; lo incolpa della morte di Buck, poiché quando è accaduto l'incidente era presente pure lui sulla barca e non è riuscito a salvare il fratello. Per questo egli si sente perennemente in colpa.

Il silenzio degli innocenti (1991)

La comparsa di un serial killer con la brama dello scuoiare le sue giovani vittime motiva Jack Crawford, dirigente dell'FBI, ad assegnare alla promettente recluta Clarice Starling l'incarico di risolvere il caso. Ben presto, l'agente si rende conto che la chiave è interrogare il dottor Hannibal Lecter, ex psichiatra e criminologo, detenuto da oltre otto anni nel manicomio criminale di Baltimora, diretto dal dottor Chilton, con l'accusa di aver ucciso alcuni suoi pazienti e di averne divorato i corpi. L'FBI ritiene infatti che Lecter possa sapere molte cose su "Buffalo Bill", ma poiché egli rifiuta di aprire la sua mente, forse una giovane donna può far leva sulla sua folle genialità. Clarice fissa un "appuntamento" con l'omicida, ma viene messa in guardia sia da Crawford che da Chilton: è importante non rivelare nulla di se stessi, o mostrarsi troppo disponibili con Lecter. Il cannibale mostra subito di avere sensazionali capacità mentali, di gran lunga superiori a quelle normali, e Clarice scopre che la sincerità è la chiave per discutere con Lecter, per non lasciare che faccia dei suoi questionari dei semplici origami o che la possa prendere in giro: tra traumi del passato ed innumerevoli indagini, Clarice intuisce la connessione tra una delle vittime e il suo assassino, riuscendo così a scovare e a catturare "Buffalo Bill".

Mr. Jones (1993)

Mr. Jones è un uomo che conquista la gente senza sforzo, grazie al suo fascino contagioso. Ma, con facilità, scivola in lunghi periodi di depressione e sconforto: la dottoressa Libbie Bowen è una psichiatra che si scopre impreparata ad affrontare Mr. Jones. L'uomo la sfida, legge nel suo cuore fino a che Libbie non finisce per mettere a rischio la sua intera carriera per amore. Una drammatica e provocatoria storia d'amore che racconta la vicenda di una dottoressa prepotentemente attratta da un paziente, quasi dotato di poteri magici, ma anche profondamente turbato, che viene affidato alle sue cure. Mr. Jones è un film sulla potenza dell'amore, esaminata in due contesti molto inconsueti: la straordinaria complessità della condizione mentale dei maniaco-depressivi (un disturbo noto anche come disordine affettivo bipolare) e la fragilità del rapporto medico-paziente nel difficile mondo della malattia mentale.

Will Hunting (1997)

È la storia di Will Hunting, un problematico ragazzo prodigo e autodidatta con molti piccoli crimini alle spalle, che fa le pulizie al Massachusetts Institute of Technology (MIT). Nonostante le sue conoscenze e la sua capacità di risolvere problemi matematici d'alto livello, superando anche docenti universitari, Will dovrà imparare ad affrontare e superare la paura dell'abbandono per amare e fidarsi delle persone che lo amano e si preoccupano per lui seriamente. È la storia di un uomo che cerca di migliorare le sue relazioni interpersonali e di aprirsi alle altre persone, cercando di imparare a sfruttare al meglio il suo incredibile potenziale. Dopo aver preso in giro e messo in fuga molti psicologi, Will incontra il dottor Sean McGuire, con cui, dopo un inizio titubante, instaura un bel rapporto, e che gli starà vicino nei momenti difficili. McGuire viene dal suo stesso ambiente, anche lui ha subito abusi dal padre e il cancro gli ha ucciso la moglie.

Harry a pezzi (1997)

Lo scrittore di successo Harry Block si trova per la prima volta nella sua carriera ad affrontare il "blocco dello scrittore" ed è in piena nevrosi. Viene accusato da tutti i suoi cari, parenti ed ex-mogli/amanti, di utilizzare la loro

vita e le loro esperienze come materia per le sue opere, pubblicando, quindi, i segreti di tutti. Odiato da gran parte delle persone che lo circondano, nessuno vuole avvicinarsi alla sua demenziale esistenza e nessuno vuole accompagnarlo alla sua vecchia università, che al tempo lo espulse e che ora vuole rendergli onore. I suoi unici compagni sono i personaggi dei suoi racconti, mentre realtà e finzione si mescolano (i personaggi fittizi, basati su persone vere, sono interpretati nella “realtà” da un attore, nella “finzione” da un altro) in un turbinio di ricordi e intimità inconfessabili che affiorano durante il viaggio in macchina verso l’università.

Instinct (1999)

Ethan Powell, un affermato naturalista, è rinchiuso nel manicomio criminale dell’università di Miami, reparto di psichiatria, accusato di una serie di efferati omicidi. Powell ha scelto di vivere in un silenzio che nessuno riesce a scalfire. Il caso viene allora affidato ad un giovane psichiatra dai modi svelti e pratici, Theo Caulder. Questi comincia ad avere incontri quotidiani con il paziente, a sollecitarlo e stuzzicarlo fino a provocare finalmente alcune reazioni. Ma Ethan, nel momento in cui comincia a parlare non intende rimanere in posizione passiva: anzi contrattacca e cerca di mettere in difficoltà Theo. In una occasione, in palestra, a causa di Ethan scoppia una rissa. Il direttore del reparto allora invita Theo a lasciare l’incarico. Ma lo psichiatra coinvolge Lynn, la figlia di Ethan. La verità si avvicina. Ethan ora può riandare con la memoria al periodo trascorso in Ruanda, quando i cacciatori assaltarono i gorilla, con i quali viveva, e lui, per reazione, li uccise tutti con brutalità. La confessione rende Ethan più calmo, ed ora, con maggiore serenità, può affrontare il processo.

La stanza del figlio (2001)

Ad una prima osservazione, è la storia di una tranquilla famiglia italiana improvvisamente colpita dalla morte del figlio Andrea durante un’immersione subacquea con gli amici. La famiglia, composta “simmetricamente” da due uomini, il padre e il figlio, e due donne, la madre e la figlia, vive i propri percorsi sostenuti dalla complicità reciproca. Il padre è uno psicanalista ironico e sportivo. Il suo rapporto

con i pazienti prima della morte del figlio è improntato alla massima disponibilità, anche se si nota un filo di distacco e di passività. La madre lavora anche lei e ha un rapporto di complicità e dialogo sia col marito che con i figli. Il personaggio della figlia emergerà in maniera direttamente proporzionale all’acuirsi della tensione ed alla “destrutturazione” dei legami familiari. Il figlio, infine, è un personaggio quasi totalmente presente *in absentia* ed è lo snodo attraverso il quale, dopo la sua scomparsa, emergerà la soggettività dei componenti della famiglia, al di là dei loro ruoli, appunto, familiari. La reazione al dolore dei vari componenti della famiglia, infatti, determinerà l’emergere di soggettività più forti e sofferenti, ma più delineate. In particolare, l’emergere di una ragazza che aveva avuto una breve relazione con il figlio e che irrompe con tanto di attuale fidanzato nella vita ormai dolorosa e devastata della famiglia, determina un allargamento della prospettiva di tutti i personaggi, con l’imprevisto viaggio verso la Francia ed un tentativo non più simmetrico di ricostruzione dei rapporti.

Prime (2005)

Rafi Gardet ha 37 anni e sta cercando di superare il fallimento del suo matrimonio grazie anche all’aiuto della dottoressa Lisa Metzger, la sua terapeuta. Quando incontra David, un giovane pittore ebreo amante dell’hip-hop, scatta la scintilla e Rafi s’innamora di nuovo. La passione tra i due è molto forte e tutto andrebbe bene se non fosse che David ha 14 anni meno di Rafi ed è il figlio di Lisa.

Basic Instinct 2 (2006)

Catherine Tramell è tornata. Trasferitasi dagli Stati Uniti a Londra viene accusata dell’omicidio di un uomo dall’ispettore Washburn di Scotland Yard. Affidata per la perizia psichiatrica al dottor Glass, noto analista che in passato ha però lasciato libero un uomo che avrebbe poi massacrato la propria fidanzata. Tra i due l’attrazione è istantanea, ma la reticenza di lui a lasciarsi andare con una probabile omicida rende il gioco delle parti più vibrante. Tuttavia, la scrittrice con istinti omicidi e con una sessualità tanto esibita quanto gelida fa di tutto per sedurlo e ci riesce, ma non senza conseguenze per la vittima.

Riferimenti Bibliografici

- De Felice, F., e Pascucci, A. (2007). *Cinema e psicopatologia. Aspetti psicologici della rappresentazione cinematografica e potenzialità applicative di psicologia clinica*. Roma: Aracne.
- Fontanari, D., e Toresini, L. (1998). *Psichiatria e nazismo: Atti del convegno San Servolo*.
- Kinsey, A., Pomeroy, W., e Martin, C. E. (1948). *Sexual Behavior In the Human Male*. W.B. Saunders: Philadelphia.
- Masters, W. H., e Johnson, V. E. (1966). *Human Sexual Response*. Toronto, New York: Bantam Books.
- Mecacci, L. (2001). *Manuale di psicologia generale*. Firenze: Giunti.
- Pancheri, P., Tarolla, E., e Tarsitani, L. (2005). *Psichiatria e psichiatri nel cinema americano. Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica*, Università La Sapienza, Roma.
- Schneider, I. (1977). Images of the mind: psychiatry in the commercial film. *American Journal of Psychiatry*, 134, 613-20.
- Schneider, I. (1987). The theory and practice of movie psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 144, 996-1002.



Corso di formazione per l'utilizzo del

MMPI-2 RF

in ambito clinico e forense

Responsabile del corso: dott.ssa Silvia Casale
co-curatrice dell'edizione italiana del MMPI-2 RF

2 giornate - 16 ore

riservato a laureandi e laureati in Psicologia, psicoterapeuti, psichiatri

5-6 settembre 2015



PUBBLICITÀ TELEVISIVA E SCELTE ALIMENTARI DEI BAMBINI: IL RUOLO DELLA TELEVISIONE NELL'OBESITÀ INFANTILE

di Sara Massone, Rachele Vanni

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

L'obesità infantile costituisce, ad oggi, una realtà preoccupante, molto frequente e di difficile gestione clinica. Questa condizione si caratterizza per un eccesso di tessuto adiposo, il quale determina complicanze sempre più precoci e un notevole aumento del rischio per la salute.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera attualmente l'obesità come uno dei maggiori problemi di salute pubblica a livello globale (WHO, 1997), tanto da proporre il neologismo *globobesity* per indicare la scala di diffusione del fenomeno. L'incremento dell'obesità è stato documentato, infatti, non solo nelle nazioni industrializzate dell'Occidente, bensì anche nei Paesi in via di sviluppo e, già a partire dagli anni '70 ma particolarmente nelle ultime due decadi del secolo scorso, si è assistito ad un aumento epidemico dell'obesità in tutte le fasce di età (Giovannini, Verduci e Riva, 2012).

Per ciò che riguarda nello specifico l'obesità infantile, anche se il confronto delle varie stime non è semplice a causa dei diversi *cut-off* adottati, i dati più recenti forniti dalla *International Obesity Task Force* mettono in luce un progressivo e costante aumento del fenomeno, sia nei bambini che negli adolescenti in tutti i Paesi europei, con prospettive tragiche per il futuro (Sartorio e Marazzi, 2012). In particolare in Italia, da un'indagine svolta dal Ministero della Salute tra il 2008 ed il 2010, condotta con l'obiettivo di promuovere la salute e una crescita sana nei bambini della scuola

primaria, è emerso che la prevalenza di sovrappeso e obesità in bambini di 8-9 anni è risultata essere rispettivamente di circa il 23% e l'11-12%, con tassi maggiori nelle regioni meridionali dello Stivale (Giovannini, Verduci e Riva, 2012).

L'attenzione al fenomeno dell'obesità infantile è più che doverosa. Un bambino obeso ha un maggior rischio di incorrere in conseguenze negative per la salute a livello fisico e psicosociale sia nell'immediato che da adolescente prima e adulto poi. Per fare un esempio, i fattori di rischio cardiovascolare, che si presentano già nel bambino sovrappeso, tendono a mantenersi fino all'età matura; un soggetto adulto in sovrappeso, quindi, è molto più soggetto a ipertensione, ipertrigliceridemia, displidemia, malattie cardiovascolari, diabete non insulino-dipendente, coleccisti, difficoltà respiratorie e perfino ad alcune forme tumorali (Pietrobelli, 2011).

Trattandosi di un fenomeno complesso, le cause dell'obesità infantile sono molteplici e di varia natura: socio-economiche, ambientali, genetiche, neurologiche, emotive, ecc. Inoltre, tutte si inseriscono in un'ottica di continua interazione tra aspetti socio-culturali e ambientali e fattori genetico-familiari, sempre considerando poi che ogni caso ha le sue peculiarità (Perpich et al., 2011).

Alcune ricerche hanno messo in luce che la presenza di obesità in almeno uno dei due genitori costituisce un importante fattore di rischio per lo sviluppo e la persistenza di questa (Sartorio e Marazzi, 2012), per vari motivi.

Questo è prima di tutto dovuto al contributo genetico, che si somma poi all'influenza ambientale, nel determinare la familiarità per l'obesità (Parsons et al., 1999), rendendo anche difficile la distinzione tra predisposizione genetica pura e abitudini di vita e di comportamento, strettamente legati al contesto familiare (Sartorio e Marazzi, 2012). Altri fattori in grado di influenzare in vari modi la condizione di obesità sono lo status socio-economico ed il livello culturale della famiglia. Per esempio, una famiglia disagiata può impedire la pratica di attività motoria al bambino per la scarsa disponibilità di risorse economiche e di tempo. Questa condizione, abbinata ad una scarsa conoscenza a livello nutrizionale delle esigenze alimentari del bambino può determinare un'eccessiva (o errata) alimentazione. Allo stesso tempo, dalla ricerca emerge come le famiglie con un livello culturale più elevato tendano a sviluppare una maggior sensibilità nei confronti della prevenzione e della cura tempestiva dell'obesità infantile (Sartorio e Buckler, 2008).

Cercando di valutare i fattori che contribuiscono a determinare, in varia misura, l'obesità infantile, sarebbe una mancanza il non tenere in considerazione il profondo cambiamento dell'alimentazione e degli stili comportamentali delle famiglie avvenuto progressivamente negli ultimi decenni. Da un lato le tipologie e i costi del cibo sono profondamente cambiati, dall'altro le industrie alimentari utilizzano tecniche sempre più raffinate per promuovere l'acquisto e il consumo di cibi a buon mercato, relativamente poco costosi, ad elevata densità energetica, ricchi di grassi, zuccheri e sale, e poveri di fibre e micronutrienti.

Proprio per questo, occorre riflettere sul ruolo svolto dai mezzi di comunicazione di massa nel favorire questo insano e pericoloso cambiamento alimentare, mediato soprattutto dalla pubblicità.

La televisione è lo strumento maggiormente studiato, vista la sua diffusione capillare e la sua accessibilità. Negli ultimi anni molte ricerche sono state effettuate con lo scopo di analizzare la possibile relazione tra crescente obesità infantile e televisione, dato anche il numero di ore considerevole che occupa nella giornata di un bambino. In effetti è emerso un duplice

ruolo svolto dalla televisione e dalle sue programmazioni nel facilitare comportamenti determinanti l'obesità. Da un lato favorisce la sedentarietà, in quanto molti bambini preferiscono guardare la televisione piuttosto che uscire a giocare o fare sport; spesso poi i genitori si trovano a colludere con questa preferenza dei figli, avendo un costo limitato sia in termini energetici che economici. Dall'altro lato la televisione trasmette pubblicità alimentari indirizzate all'utenza infantile, che influenzano enormemente i comportamenti alimentari non solo dei piccoli, ma anche dei grandi. Da una recente ricerca di Hebden, King e Kelly (2010), in accordo con studi precedenti, è emerso che molte pubblicità dirette ai bambini veicolano in realtà un messaggio anche ai loro genitori: molte di queste hanno come protagonisti bambini felici, che giocano con i loro amici, entusiasti del cibo offerto loro dai genitori. Il messaggio implicito rivolto ai consumatori, in particolar modo ai genitori, è che i bambini saranno più felici e più sani se consumeranno quel determinato prodotto (Hebden, King e Kelly, 2010).

A titolo esemplificativo, da un'indagine svolta in Italia è emerso che un bambino che guarda due ore al giorno la televisione, è esposto mediamente in un anno a 5000 spot pubblicitari alimentari, la cui maggioranza promuove cibi considerati non salutari (Randazzo, 2007). Inoltre, dalla rassegna di studi effettuata dall'Istituto di Medicina, è emerso come le pubblicità televisive influenzino non solo le preferenze alimentari dei bambini di età compresa tra i 2 e gli 11 anni e i loro regimi alimentari, ma anche le loro richieste di acquisto verso determinati prodotti, andando ad incidere sull'aumento dell'obesità infantile (McGinnis, Gootman e Kraak, 2006; Bezbaruah e Brunt, 2012).

La pubblicità alimentare, quindi, sembra un elemento molto potente, la cui efficacia si basa sulla capacità di persuadere l'utente. Il legame tra pubblicità alimentare e psicologia della persuasione sembra quindi molto stretto e, in base al quadro descritto, anche molto pericoloso.

Per capire meglio come le pubblicità alimentari riescano nel loro intento, abbiamo cercato di riassumere e sistematizzare le principali

tecniche persuasive utilizzate in quest'ambito, denominate strategie di marketing, inquadrandone il meccanismo d'azione presunto e/o effettivo.

Quando i principali destinatari dell'intento persuasivo sono i bambini, l'utilizzo dei personaggi dei cartoni animati per promuovere un determinato prodotto è probabilmente la strategia di marketing più utilizzata. I personaggi dei cartoni animati attraggono l'attenzione dei bambini e li persuadono a richiedere e a comprare un determinato prodotto pubblicizzato. Infatti, dalle ricerche emerge come i personaggi delle pubblicità, in particolare i cartoni e i personaggi parlanti, facilitino la creazione di una traccia mnemonica nei bambini, agevolando così il riconoscimento del prodotto da questi pubblicizzato. In più, sembrano essere associati allo sviluppo di atteggiamenti positivi verso i cibi che pubblicizzano, i quali a loro volta sono in grado di determinare una sorta di fedeltà alla marca fin dalla più tenera età (Neeley e Shumann, 2004; Kelly et al., 2008). Inoltre, è stato trovato che per natura i bambini focalizzano la loro attenzione sulle animazioni e sugli effetti visivi e che i richiami emozionali li distraggono da altri aspetti della pubblicità, come ad esempio le caratteristiche nutrizionali (spesso negative) di un determinato prodotto alimentare (Wicks et al., 2009). Già Lewis e Hill (1998) avevano sottolineato come le pubblicità alimentari mandate in onda durante i programmi per bambini facevano maggiormente ricorso alle animazioni, al divertimento e alla fantasia, se paragonate a quelle non alimentari o alle pubblicità dirette agli adulti. Sembrerebbe quindi che *réclame* di prodotti alimentari in grado di catturare l'attenzione dei bambini e in cui siano impiegate strategie di marketing che prevedono l'incoraggiamento dei bambini a divertirsi abbiano un maggiore potere persuasivo (Hastings et al., 2003; Boyland et al., 2012). Infine, è opportuno sottolineare che le ricerche effettuate in questo ambito hanno dimostrato come i bambini al di sotto degli 8 anni non siano pienamente coscienti dell'intento persuasivo delle pubblicità, al punto da considerarle i messaggi come veritieri e accurati (Roberto et al., 2010).

L'impiego dei cartoni animati può essere di vario tipo. Come si è detto, nella pubblicità

questi possono parlare del prodotto, consigliarlo e utilizzarlo, oppure la loro immagine può semplicemente essere stampata sulla confezione del prodotto stesso, ovviamente per far sì che i bambini siano ancora una volta attratti dal personaggio e indotti a scegliere quel determinato prodotto che lo ritrae.

Le ricerche che si sono occupate di analizzare come le confezioni dei prodotti influenzino le scelte dei consumatori hanno dimostrato come queste siano considerate dai consumatori stessi un potente indizio al fine di valutare la bontà di un prodotto (Levin e Levin, 2010).

Pensando all'uso nelle pubblicità dei personaggi conosciuti dai bambini, non ci si deve limitare ai soli cartoni animati o alle mascotte dei prodotti. Spesso, infatti, sono impiegati anche i testimonial, ossia personaggi reali e conosciuti, come sportivi, cantanti, attori (Boyland et al., 2012), che raccomandano e consigliano il prodotto in questione, oppure lo utilizzano in televisione. Dagli studi condotti su questa tecnica persuasiva è emerso che l'uso del prodotto alimentare da parte di personaggi famosi riesce a migliorare il valore del prodotto stesso agli occhi dell'utente e, di conseguenza, riesce ad implementarne le vendite, mediante due diversi meccanismi (Gantz et al., 2007). Da un lato le celebrità fungono da stimolo visivo ed uditivo diretto ed indiretto in grado di richiamare l'attenzione sulla pubblicità o sul prodotto. Ciò vuol dire che la stessa voce o faccia del testimonial, oppure una voce fuori campo che ripete il suo nome, riuscirà a catturare l'attenzione dello spettatore dirigendola sull'atto pubblicitario. Dall'altro lato la credibilità che detiene il personaggio famoso si estende al prodotto o al marchio che sta pubblicizzando, migliorandone l'immagine agli occhi del consumatore.

Utilizzare personaggi popolari per promuovere cibi ai bambini sembra essere una strategia particolarmente efficace in quanto, come si è detto precedentemente, i bambini mancano della capacità di capire l'intento persuasivo delle pubblicità (Wilcox et al., 2009). Tuttavia, dall'età di 2-3 anni possono riconoscere un personaggio a loro familiare e preferirlo rispetto ad uno sconosciuto (Erdogan, 1999; Neeley e Shumann, 2004; Kelly et al., 2008). Ricerche aggiuntive hanno inoltre mostrato come dall'età

di 2 anni i bambini valutino migliore il prodotto con un marchio popolare rispetto ad uno stesso prodotto sprovvisto di marchio (Hite e Hite, 1995). Robinson e i suoi collaboratori (2007) mostrarono che quando lo stesso prodotto era presentato prima all'interno di una confezione del McDonald's e successivamente all'interno di una confezione dalla marca non conosciuta, i bambini preferivano il primo cibo, nonostante non vi fossero differenze tra i due. Evidenze empiriche a sostegno di una relazione causale tra la presenza di un personaggio popolare sulla confezione di un prodotto alimentare e le preferenze dei bambini verso di esso provengono anche da un recente studio effettuato da Roberto e collaboratori (2010). Come sottolineato dagli stessi studiosi, dato che la maggior parte dei cibi sponsorizzati attraverso l'utilizzo di personaggi popolari rientra nei cibi cosiddetti "spazzatura", sarebbe opportuno regolare e limitare l'uso di queste strategie di marketing, in favore della promozione di cibi salutari.

Un'altra strategia utilizzata per pubblicizzare i prodotti alimentari ai bambini è quella della "campagna premi", che consiste sostanzialmente nella possibilità di ricevere un premio attraverso l'acquisto e quindi il consumo di un determinato prodotto alimentare. Il premio può essere immediato (pensiamo alle sorprese delle uova di cioccolata) o può richiedere l'acquisto ripetuto del prodotto, in modo da raccogliere le "prove d'acquisto" o i "punti" ed avere così diritto al premio. Proprio come accade per l'uso dei personaggi popolari, alcuni studi mostrano come i bambini più piccoli non possiedano le capacità cognitive necessarie per distinguere tra un premio che si può vincere tramite l'acquisto del prodotto pubblicizzato ed il prodotto stesso (Carruth et al., 2000) e ciò si ripercuote sugli effetti che tali offerte hanno. Anche le campagne premi, infatti, sono in grado di influenzare il comportamento dei bambini inducendoli a richiedere un prodotto piuttosto che un altro (Hastings et al., 2003) proprio in virtù del premio che è possibile ottenere. Come è già stato sottolineato precedentemente, i bambini tendono ad essere attratti dagli effetti visivi e di animazione, trascurando quindi altre informazioni importanti concernenti il prodotto pubblicizzato, come ad esempio gli aspetti

nutrizionali, che spesso sono negativi (Wicks et al., 2009): il premio può svolgere proprio la funzione di "distrattore". Un esempio perfettamente calzante è l'Happy Meal di McDonald's: l'idea di creare un cofanetto nel quale, oltre al panino, è incluso gratuitamente un gioco animato che incarna uno dei personaggi dei film d'animazione del momento, è considerata una delle strategie di marketing di maggior successo della storia (Sahud et al., 2006). L'effetto persuasivo e negativo di questa strategia nell'influenzare le preferenze alimentari dei bambini è stato il motivo principale per cui la Walt Disney decise di cessare il suo pluriennale contratto con McDonald's (Walt Disney Corporation, 2006). Negli ultimi tempi, molte pubblicità televisive alimentari mostrano il sito web del marchio oggetto della réclame con una precisa finalità pubblicitaria. Infatti, secondo Boyland et al. (2012) i pubblicitari stanno incrementando l'uso di internet per persuadere gli utenti delle caratteristiche positive e del valore dei loro prodotti. Includere il sito internet nella pubblicità televisiva è un modo per promuovere un sito, attraverso il quale promuovere i prodotti e il marchio, mediante la "Brand Immersion". Quindi, pubblicizzare il proprio sito web consente di favorire l'accesso ad esso da parte di utenti, anche bambini, i quali si ritroveranno circondati da un marchio e da un prodotto, immersi in quel mondo e "bombardati" di messaggi promozionali con protagonista un unico marchio. Potranno familiarizzare sempre di più col prodotto, talvolta persino attraverso dei piccoli videogiochi presenti nel sito. Purtroppo la ricerca in questo ambito è ancora scarsa, ma, data la sua potenza, sarebbe opportuno monitorare gli sviluppi del web come mezzo di pubblicità alimentare.

Tornando in ambito televisivo, la pubblicità alimentare utilizza uno stratagemma abbastanza sottile, interessante da considerare. In molte pubblicità vari comportamenti insani sono presentati come aventi outcome positivi. Per esempio, Harrison e Marske (2005) hanno registrato che, durante l'orario di programmazione per i bambini, nel 58% delle pubblicità compaiono persone che mangiano fuori pasto. In questo modo non si pubblicizza solo un prodotto, bensì anche uno stile

alimentare, dalle conseguenze alquanto negative. Uno studio di Harris et al. (2009) ha evidenziato come la pubblicità alimentare non influenzi solo la preferenza sull'acquisto di un prodotto, bensì anche la modalità nutrizionale di colui che compra: durante la visione della pubblicità, infatti, l'utente è portato a mangiare, indipendentemente dal senso di fame realmente percepito o dalla disponibilità del prodotto pubblicizzato. La pubblicità fa da richiamo per l'azione di mangiare e, quindi, va ad incrementare l'assunzione di spuntini fuori pasto. Gli autori hanno anche evidenziato come gli effetti televisivi tendano a persistere nel tempo, per cui non è sufficiente evitare di mangiare mentre si guarda la televisione, poiché l'effetto potrebbe portare anche ad un aumento del cibo consumato nel pasto o nello spuntino successivo.

Infine, molti cibi insani in pubblicità sono presentati insieme ad elementi positivi quali la felicità, il divertimento, l'essere alla moda, il buon sapore, etc. (Folta et al., 2006; Harrison e Marske, 2005) e questo aspetto ha un effetto persuasivo non solo sui bambini ma anche sui genitori (Hebden et al., 2011).

Abbiamo già accennato precedentemente al fatto che le pubblicità veicolino in realtà un doppio messaggio: se direttamente sono rivolte ai bambini, indirettamente vanno a persuadere anche i loro genitori. In molte pubblicità i bambini vengono infatti rappresentati felici, che giocano e si godono il loro cibo (spesso insano) con i loro amici; ciò trasmette un messaggio indiretto ai genitori: i bambini che consumano quel prodotto saranno più felici, più sani e socialmente inseriti (Hebden, King e Kelly, 2011). Tutto questo processo, chiaramente, favorisce l'acquisto dei cibi pubblicizzati, che spesso hanno caratteristiche nutritive tutt'altro che positive e favoriscono l'aumento dell'obesità infantile.

Recentemente Kelly e colleghi (2010), con l'aiuto di 13 gruppi di ricerca collocati in Australia, Asia, Europa Occidentale, Nord e Sud America, hanno pubblicato una ricerca molto ampia in cui è stata monitorata la pubblicità trasmessa dalle 6:00 alle 22:00 sui tre canali maggiormente guardati dai bambini, sia nel fine settimana che nei giorni infrasettimanali. È emerso che, nei vari Stati, la pubblicità alimentare costituisce dall'11 al 29%

della pubblicità totale dei canali considerati. Di questa, più della metà (53-87%) pubblicizza cibi non salutari (per esempio fast-food e snack al cioccolato). La frequenza di questo tipo di pubblicità, inoltre, è significativamente maggiore durante il picco di visione da parte dei bambini. L'uso delle tecniche persuasive precedentemente descritte varia da Stato a Stato ma la costante è che c'è un impiego significativamente maggiore di queste strategie per la pubblicità di cibi non salutari. Anche in Italia le strategie di marketing sono utilizzate maggiormente per promuovere cibi non salutari rispetto ai cibi salutari; l'unica tra queste che fa eccezione è quella che fa ricorso all'uso dei cartoni animati in pubblicità.

Dai numerosi studi condotti in Europa, negli Stati Uniti e in Australia è emerso un dato interessante quanto preoccupante: la pubblicità promuove i vari alimenti a un ritmo inversamente proporzionale alla frequenza con cui andrebbero consumati. Uno studio svizzero, per esempio, ha registrato che cibi da fast-food, bevande dolci e caramelle sono gli alimenti maggiormente pubblicizzati, mentre la frutta costituisce il 4% della pubblicità alimentare per tutti gli utenti e l'1% di quella per bambini (Keller e Shulz, 2010). Questo chiaramente ha delle ripercussioni notevoli sul consumo dei vari cibi, in quanto la piramide alimentare considerata sana ed equilibrata, che vede frutta e verdura alla base (consumo più alto possibile) e dolci e bevande gassate all'apice (consumo minore possibile consigliato) è completamente stravolta, addirittura, rovesciata.

Alcuni studiosi, tra cui Keller e Shulz (2010), sostengono che una continua e centellinata propaganda dei cibi non salutari, a discapito dei più sani, può portare ad un effettivo ribaltamento delle abitudini alimentari dei bambini e dei loro genitori, stravolgendo un aspetto culturale dell'alimentazione. Questa ipotesi si basa sulla "Teoria della Coltivazione" di Berner del 1976. Tale teoria muove da una riflessione sul ruolo dei media come agenti di socializzazione e considera il fattore tempo come determinante l'effetto cumulativo dell'influenza (Tedeschi, 2006). Secondo Berner, infatti, l'uso massiccio del mezzo televisivo non ha effetti immediati sul pensiero, ma produce nel lungo termine un effetto di "coltivazione" e provoca un cambiamento della

percezione della realtà, facendo vivere lo spettatore in un mondo modellato su ciò che viene trasmesso nella televisione. Quindi, tanto più una persona passa il tempo guardando la televisione, tanto più la sua rappresentazione della realtà sarà influenzata da questa. La teoria di Berner è stata criticata e superata, e senz'altro oggi ne sono stati evidenziati chiaramente i limiti, ma probabilmente è stata in grado di porre l'accento su un aspetto importante da considerare: l'effetto a lungo termine che la televisione può avere. Se, come è stato descritto precedentemente, una pubblicità è in grado di modificare lo stile alimentare degli utenti nel breve termine, aumentando la probabilità che il soggetto mangi durante la pubblicità stessa o che mangi in maniera più abbondante nei pasti successivi (Harris, Bargh e Brownell, 2009), non si può negare a priori che vi sia un effetto a lungo termine dato dall'accumulo di questi stimoli.

Finalmente di recente nei mass media, particolarmente in televisione, si sta iniziando a fare ricorso alle potenti strategie persuasive sopra descritte per incoraggiare i più piccoli a scegliere e a prediligere una sana corretta alimentazione. Ed è proprio in quest'ottica che, lo scorso anno, il Ministero della Salute ha pensato di pubblicizzare un cartone animato educativo interamente destinato ai bambini: Capitan Kuk (Ministero della Salute, 2012). La serie narra le avventure di Francesco, un bambino di 10 anni amante dell'avventura e ghiotto di frutta e verdure che, grazie alle proprietà dei suoi cibi preferiti, entra nella dimensione del mondo di Health trasformandosi nel mitico Capitan Kuk. Insieme alla sorellina Chiara e a Mabù, un buffo essere che un tempo era il re del mondo di Health, Capitan Kuk cerca di contrastare i malvagi piani di Golosix, paladino della scorretta alimentazione.

Come già anticipato, le storie sono innestate su un'originale vena *educational* con lo scopo dichiarato di orientare i più piccoli verso una corretta alimentazione che costituisce lo snodo narrativo di ognuna delle avventure del coraggioso Capitan Kuk (Rai, 2013). Nel corso del cartone animato vengono inoltre forniti preziosi consigli (mangiare un pò di tutto; non esagerare nelle quantità; mangiare frutta e verdura tutti i giorni, più volte al giorno),

sottolineando quindi che un'alimentazione sana ed equilibrata è uno degli elementi essenziali per la tutela della salute e la qualità della vita.

Come ha sottolineato Daniela Rodorigo, direttore generale della comunicazione e relazioni istituzionali del Ministero della Salute, "Nella consapevolezza che l'immaginario svolge un ruolo determinante nella vita del bambino, abbiamo scelto un progetto di comunicazione innovativo, scegliendo come protagonista un personaggio eroe che sconfigge i cattivi. Il bambino quindi apprende senza accorgersene cose che tratterà dentro di sé. Si impara divertendosi e lo abbiamo visto in passato anche con cartoni animati come Braccio di Ferro" (Caselli, 2012, p.1).

Riferimenti bibliografici

- Bezbaruah, N. e Brunt, A. (2012). The Influence of Cartoon Character Advertising on Fruit and Vegetable Preferences of 9-to 11-Year-Old Children. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 44,438-441.
- Boyland, E.J., Harrold, J.A., Kirkham, T.C. e Halford, J.C.G. (2012). Persuasive technique used in television advertisements to market foods to UK children. *Appetite*, 58, 658-664.
- Carruth, B.R., Skinner, J.D., Moran, J.D. e Coletta, F. (2000) Preschoolers' food product choices at a simulated point of purchase and mothers' consumer practices. *Journal of Nutrition Education*, 32, 146-151.
- Erdogan, B.Z. (1999). Celebrity endorsement: a literature review. *Journal of Marketing Management*, 15, 291-314.
- Folta, S.C., Goldberg, J.P., Economos, C., Bell, R. e Meltzer, R. (2006). Food advertising targeted at school-age children: a content analysis. *Journal of Nutrition, Education and Behavior*, 38(4), 244-248.
- Giovannini, M., Veduci, E. e Riva, E. (2012). *Malattie dell'apparato endocrino*. In G. V. Zuccotti e M. Giovannini (a cura di), *Manuale di pediatria: la pratica clinica*, (pp 366-461). Società editrice Esculapio.
- Keller, S.K. e Shulz, P.J. (2010). Distorted food pyramid in kids programmes: a content analysis of television advertising watched in Switzerland. *European Journal of Public Health*, 21(3), 300-305.
- Kelly, B., Halford, J. C. G., Boyland, E. J., Chapman, K., Bautista-Castano, I., Berg, C., Caroli, M., Cook, B., Coutinho, J.G., Effertz, T., Grammatikaki, E., Keller, K., Leung, R., Manios, Y., Monteiro, R., Pedley, C., Prell, H., Raine, K., Recine, E., Serra-Majem, L., Singh, S. e Summerbell, C. (2010). Television Food Advertising to Children: A Global Perspective. *American Journal of Public Health*, 100(9), 1730-1736.
- Kelly, B., Hattersley, L., King, L. e Flood, V. (2008). Persuasive food marketing to children: use of cartoons and competition in Australian commercial television advertisements. *Health Promotion International*, 23(4), 337-344.

- Harris, J.L., Bargh, J.A. e Brownell, K.D. (2009). Priming Effects of Television Food Advertising on Eating Behavior. *Health Psychology*, 28(4), 404-413.
- Harrison, K. e Marske, A.L. (2005). Nutritional content of foods advertised during the television programs children watch most. *American Journal of Public Health*, 95, 1568-1574.
- Hebden, L., King, L. e Kelly, B. (2011). Art of persuasion: an analysis of techniques used to market foods to children. *Journal of Pediatrics and child health*, 47, 776-782.
- Hite, C.F. e Hite, R.E. (1995). Reliance on brand by young children. *Journal of the Market Research Society*, 37(2), 185-193.
- Levin, A.M. e Levin, I.P. (2010). Packaging of healthy and unhealthy food products for children and parents: The relative influence of licensed characters and brand names. *Journal of Consumer Behaviour*, 9, 393-402.
- Lewis, M.K., e Hill, A.J. (1998). Food advertising on British children's television: a content analysis and experimental study with nine-year olds. *International Journal of Obesity*, 22, 206-214.
- McGinnis, J.M., Gootman, J.A. e Kraak, V.I. (2006). *Food Marketing to Children and Youth. Threat or Opportunity?* Washington, D.C: The National Academy Press.
- Neeley, S. e Schumann, D. (2004). Using animated spokes characters in advertising to children. *Journal of Advertising*, 33, 7-23.
- Parsons, T.J., Power, C., Logan, S. e Summerbell, C.D. (1999). Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorder*, 23 (8), S1-107.
- Perpich, K.J., Russ, R., Rizzolo, D. e Sedrack, M. (2011). Childhood obesity: understanding the causes, beginning the discussion. *Official Journal of the American Academy of Physician Assistant*, 24(12): 30-4.
- Pietrobelli, A. (2011). *Obesità infantile. Non solo una questione di peso*. Torino: Seed Editore.
- Randazzo, A. (2007). *Bambini psico-programmati*. Torino: Il Leone Verde Edizioni.
- Roberto, C.A., Baik, J., Harris, J.L. e Brownell, K.D. (2010). Influence of Licensed Characters on Children's Taste and Snack Preferences. *Pediatrics*, 126, (1) 88-93.
- Robinson, T.N., Borzekowsky, D.L., Matheson, D.M. e Kraemer, H.C. (2007). Effect of fast food branding on young children's taste preferences. *Archives of Pediatric Medicine*, 161 (8), 792-797.
- Sahud, B., Binns, H.J., Meadow, W.L. e Tanz, R.R. (2006). Marketing fast food. Impact of fast food restaurants in children's hospitals. *Pediatrics*, 118 , 2290-2297.
- Sartorio, A. e Buckler, J.M. (2008). *Obesità infantile: un problema in crescita. I consigli dei medici ai genitori*. Milano: Vita e pensiero Editore.
- Sartorio, A. e Marazzi, N. (2012). *Obesità infantile: un problema "in crescita". A rischio elevato di persistenza in età adulta*. In E. Molinari e G. Castelnuovo (a cura di), *Clinica Psicologica dell'Obesità: Esperienze cliniche e di Ricerca* (pp. 6-13). Milano: Springer editore.
- Tedeschi, E. (2006). *Connessioni incerte. Pubblici e media nella società tardo-moderna. Lezioni di sociologia della comunicazione*. Roma: Philos Editore.
- Wicks, J., Warren, R., Fosu, I. e Wicks, R.H. (2009). Dual-modality disclaimers, emotional appeals, and production techniques in food advertising airing during programs rated for children. *Journal of Advertising*, 38 , 93-105.

Sitografia

- Caselli, P. (2012). Come far mangiare le verdure ai bimbi con Capitan Kuk. <http://www.deabyday.tv> (pp. 1), consultato online il 27 dicembre 2013.
- Gantz, W., Schwartz, N., Angelini, J.R. e Rideout, V. (2007). Food for thought. Television food advertising to children in the United States . The Kaiser Family Foundation. <http://www.kff.org>, consultato online il 12 novembre 2013.
- Hastings, G., Stead, M., McDermott, L., Forsyth, A., MacKintosh, A.M., Rayner, M., Godfrey, C., Caraher, M. e Angus, K. (2003) Review of Research on the effects of food promotion to children. Prepared for the Food Standards Agency, London, by University of Strathclyde, Glasgow <http://www.food.gov.uk>, consultato online il 19 novembre 2013.
- Ministero della Salute, 2012. www.salute.gov.it, consultato online il 27 dicembre 2013.
- Rai, 2013. www.rai.it, consultato online il 27 dicembre 2013.
- Walt Disney Corp. The Walt Disney company introduces new food guidelines to promote healthier kids' diets. Press Release. October 16, 2006. <http://thewaltdisneycompany.com>, consultato online il 10 dicembre 2013.
- Wilcox, B.L., Kunkel, D., Cantor, J., Dowrick, P., Linn, S. e Palmer, J. (2004). Report of the APA Task Force on Advertising and Children. Washington, DC: American Psychological Association; 2004. www.apa.org, consultato online il 26 novembre 2013.
- World Health Organization (1997). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Disponibile in <https://extranet.who.int> , consultato online il 15 ottobre 2013.

PSICOLOGO O SEMPLICE OPINIONISTA?

di Sara Pelagalli, Stefania Piro

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

La presenza degli psicologi nei media ha subito enormi cambiamenti negli ultimi dieci anni influenzando notevolmente il modo in cui gli psicologi sono percepiti dall'opinione pubblica e portando con sé sfide e dilemmi etici di una certa importanza (Carll, 2001). Sebbene la presenza dello psicologo nei mezzi di comunicazione di massa sia in aumento, tanto negli Stati Uniti quanto in Italia, storicamente abbiamo assistito ad una vera e propria evoluzione della figura dello psicologo nei media. Tale evoluzione è risultata più evidente nei media americani piuttosto che nei nostri programmi televisivi e radiofonici.

Carll (2001) sostiene che la maggior parte degli americani elabora le proprie opinioni sulla professione dello psicologo attraverso i mass media. La percezione che il pubblico ha della psicologia è influenzata molto di più da come viene presentata nei media piuttosto che dalle esperienze personali, attraverso un contatto diretto con lo psicologo o che hanno accesso ai servizi psicologici (Carll, 2001).

Storicamente, mentre negli anni '70 i *Principi Etici* dell'*American Psychological Association* proibivano a questa categoria di esperti di fornire servizi psicologici al di fuori di un rapporto professionale di tipo clinico (vedi ad esempio, Principio 4 – i, APA, 1977), negli anni '80 si assiste ad un primo cambiamento: fu infatti permesso agli psicologi di fornire consigli o semplici commenti svincolandoli da un contesto strettamente lavorativo. Successivamente, solo negli anni '90 fu concesso agli psicologi di partecipare e collaborare con i mass media nel rispetto di determinate norme stabilite dall'*American*

Psychological Association nel 1992 (Diesch e Caldwell, 1993).

Negli anni '80 i ruoli che lo psicologo poteva assumere nei mezzi di comunicazione di massa erano principalmente quattro, ciascuno con competenze ben specifiche: il consulente, l'esperto (o l'intervistato), l'intervistatore e il produttore televisivo (Zimmerman, 1983).

Lo *psicologo-consulente* era colui che poteva fornire ottimi consigli per programmi di natura psicosociale. Solitamente non appariva sullo schermo, ma forniva suggerimenti, istruzioni e consigli per una trasmissione televisiva utilizzando la sua esperienza professionale. Per esempio, era richiesta la consulenza di uno psicologo per progettare programmi educativi per bambini, grazie alla sua conoscenza relativa all'ambito evolutivo e all'apprendimento del soggetto, in modo tale da ottenere un buon programma con contenuti adeguati alle capacità percettive e cognitive dei bambini a seconda delle diverse fasce di età (Zimmerman, 1983).

Inoltre, lo psicologo poteva essere consultato anche per programmi che trattavano temi quali la disoccupazione, la povertà, la malattia terminale, lo stress, gli abusi sui minori allo scopo di presentare al pubblico situazioni di vita reale e allo stesso tempo trasmettere informazioni e dati scientifici sui diversi argomenti. Quindi la funzione dello *psicologo-consulente* permetteva ai programmi televisivi di promuovere informazioni psicologiche, come una sorta di prevenzione primaria, per insegnare alle persone una migliore gestione delle proprie risorse e di quelle sociali (Zimmerman, 1983).

Lo *psicologo esperto* o l'*intervistato* era rappresentato da un professionista che esprimeva le sue opinioni durante un'intervista.

Ovviamente questo ruolo comportava la presenza dello psicologo sullo schermo, che in genere veniva chiamato quando una notizia aveva suscitato un certo scalpore nell'opinione pubblica. Lo psicologo, prima di intervenire su uno specifico argomento, doveva dichiarare la sua opinione in merito alla questione, discutendone anticipatamente con il giornalista, al fine di esporre con chiarezza la propria tesi e fornire così un buon servizio pubblico (Zimmerman, 1983).

Lo *psicologo-intervistatore*, così come lo psicologo nel ruolo di esperto, appariva sullo schermo nei *talk-show* di auto-aiuto e in radio. Il suo compito era quello di proporre dibattiti con altri professionisti, non solo psicologi, o tra le persone del pubblico. Colui che conduceva l'intervista era chiamato contemporaneamente a rilassare l'intervistato, stimolare l'interesse nei confronti degli spettatori, rientrare nei tempi televisivi e rispettare il *format* del programma. Le interviste che funzionavano meglio erano quelle che presentavano i seguenti punti:

- L'intervistatore si presentava come psicologo o esperto di scienze sociali;
- Era definita l'identità e la competenza del professionista intervistato;
- Dovevano essere trasmesse informazioni concrete;
- Dopo aver fornito tali dati, l'intervista procedeva con una riflessione sulle implicazioni che queste informazioni potevano avere per il pubblico televisivo;
- Infine, venivano tratte le conclusioni e l'ospite veniva ringraziato per aver partecipato al programma (Zimmerman, 1983).

Infine, lo *psicologo-produttore* era addetto all'organizzazione o alla scrittura di un programma televisivo. In genere, questo ruolo non richiedeva la partecipazione dello psicologo sullo schermo. Tra i quattro ruoli dello psicologo, questo era il meno probabile, ma nello stesso tempo anche il più interessante, poiché gli psicologi avevano la possibilità di utilizzare la loro formazione scientifica e professionale per progettare un programma televisivo (Zimmerman, 1983).

Sebbene negli anni '80 lo psicologo potesse svolgere questi ruoli nei programmi televisivi e

radiofonici, ancora la sua presenza non era così diffusa. Infatti, in uno studio di Diesch e Caldwell (1993) è risultato che la presenza dello psicologo non era molto frequente all'interno dei *talk show* e spettacoli di *News Magazine*, nonostante il modo di presentare le informazioni di questi ultimi fosse più accurato rispetto ai primi. Sebbene secondo gli autori le ragioni di questa bassa rappresentazione degli psicologi nei media fossero sconosciute, ipotizzarono che ci fosse una qualche esitazione da parte degli psicologi stessi a partecipare ai programmi televisivi per la responsabilità etica a cui da sempre devono attenersi. Infatti, il contesto mediatico è molto distante da quello clinico-professionale, poiché gli psicologi hanno poco controllo sulle domande che vengono poste e non sempre possono fornire risposte esaurienti ai vari quesiti. Inoltre, spesso, questi esperti sono percepiti dal pubblico televisivo come modelli di riferimento e professionisti della salute mentale esercitando un'influenza notevole sulle conoscenze che il pubblico detiene su un particolare argomento. Infatti, il pubblico televisivo potrebbe essere portato a credere che le informazioni presentate dall'esperto siano le migliori in assoluto e di conseguenza potrebbe prendere delle decisioni sulla base di queste indicazioni (Diesch *et al.*, 1993).

Nonostante queste difficoltà, la figura dello psicologo nei mezzi di comunicazione di massa avrebbe subito ben presto un'ulteriore evoluzione a partire dagli anni '90. Inizialmente le interviste erano molto brevi, focalizzate su argomenti ben specifici e concordati precedentemente con il giornalista. Nel corso degli anni, le interviste hanno iniziato ad includere argomenti sempre più ampi, di stampo sociale, quali ad esempio, l'impatto delle catastrofi in un determinato territorio, la violenza sulle vittime, la percezione sociale dei bambini e dell'essere umano rispetto al mondo circostante. Quindi man mano che cresceva l'interesse e il valore attribuito all'informazione psicologica, aumentava di pari passo anche il tempo dedicato ad intervistare gli esperti in materia durante le trasmissioni televisive (Carll, 2001). Dunque, a partire dagli anni '90 i cambiamenti che sono avvenuti nei media americani hanno influenzato molto la pratica psicologica, non più considerata soltanto come

una professione incentrata prevalentemente sulla patologia, ma anche capace di entrare nella vita quotidiana delle persone (Carll, 2001).

Per questi motivi, negli Usa esiste da più di dieci anni all'interno dell'*American Psychological Association*, una *Association of Media Psychologists*, i cui membri hanno partecipato attivamente per stilare delle linee guida etico-professionali a cui gli psicologi che lavorano nei media devono attenersi (McGraff, Martin, Alvord e Haldeman, 2009; APA, 2013). Secondo le norme APA è fondamentale che lo psicologo sia competente dello strumento mediatico di cui sta usufruendo, del pubblico a cui si rivolge e del potenziale impatto che il contenuto del programma televisivo può avere sul pubblico. L'acquisizione di tale competenza richiede una continua formazione e informazione da parte dello psicologo stesso rispetto al ruolo che sta svolgendo e alle questioni su cui è chiamato ad intervenire. Inoltre, lo psicologo deve assicurarsi che le proprie dichiarazioni siano fondate su conoscenze professionali, formative o esperienziali in accordo con la letteratura scientifica e deve mantenere l'assoluta riservatezza rispetto ai dati sensibili dei propri pazienti (McGraff, et al., 2009; APA, 2013). Quindi una delle priorità fondamentali dell'APA è quella di tutelare e regolamentare la professione dello psicologo e allo stesso tempo presentare un'immagine accurata della psicologia al pubblico, cercando di migliorare la comprensione dei costrutti psicologici e incrementando una loro possibile applicazione nella vita di tutti i giorni.

Negli ultimi anni, anche in Italia, gli psicologi sono chiamati sempre più spesso dai mezzi di comunicazione di massa ad esprimere i propri pareri e interpretazioni su vari ambiti di studio della psicologia, mettendo a disposizione la propria competenza professionale al fine di rendere il comportamento umano maggiormente comprensibile al pubblico.

Ma quali sono le aspettative che il pubblico televisivo sviluppa nei confronti dello psicologo? Chi sono gli esperti interpellati dai media? A quali categorie professionali appartengono? Che tipo di formazione hanno ricevuto?

Alcune risposte a questi interrogativi possiamo trovarle nel libro *Il parere dello psicologo* (2000),

scritto da Giorgio Blandino, professore di psicologia dinamica presso l'Università di Torino, che illustra la sua tesi rispetto al ruolo dello psicologo nei mass media. Analizzando un campione di circa 1300 interventi di "esperti" tra articoli, quotidiani, periodici, trasmissioni televisive e radiofoniche dal 1994 al 1999, Blandino spiega l'uso che viene fatto della psicologia dai mezzi di comunicazione di massa, le aspettative che il pubblico nutre nei confronti di questa disciplina, il modo in cui l'esperto viene presentato e quanto questa rappresentazione della psicologia proposta dai media corrisponde alla realtà.

Blandino definisce la psicologia nei media come la sessualità infantile per Freud: "perversa e polimorfa" (Blandino, 2000, pp. 26-27).

"**Perversa**" perché tratta tutti gli argomenti dai disturbi clinici di maggiore interesse per il pubblico – quali l'ansia, la depressione, gli attacchi di panico e il comportamento alimentare – alla psicologia dello sviluppo per la crescita e l'educazione dell'individuo, ai pareri riguardanti argomenti di attualità e fatti di cronaca, in *primis* quelli di natura criminale. Quindi gli esperti interpellati spaziano un po' ovunque, dal commento sul fatto del giorno al consiglio per vivere meglio. Chi sono questi esperti che intervengono e scrivono sui media? Sono psicologi? Psichiatri? Neuropsichiatri? Sessuologi? Criminologi? Blandino afferma che spesso il pubblico sviluppa un'accettazione acritica dei contenuti trasmessi dagli esperti, indipendentemente da cosa dicono o da quale formazione hanno ricevuto, per la loro sovraesposizione mediatica (Blandino, 2000). "Perversa" perché la psicologia viene presentata per quella che non è, ovvero una scienza onnisciente che sa spiegare ogni cosa, che per tutto ha un'opinione o un consiglio da dare, facendone un *uso illusorio, falso e manipolatorio*, a tal punto da far credere al pubblico che è possibile eliminare tutte le sofferenze della condizione umana. Allo stesso tempo lo psicologo viene proposto come colui che conosce ogni segreto della mente umana e che vede magicamente al di là delle apparenze e non come un ricercatore che studia scientificamente la psiche o come un professionista che aiuta le persone, per quanto gli è possibile farlo, ad affrontare situazioni problematiche della vita, in

modo tale da tollerarle meglio e gestirle autonomamente (Blandino, 2000). “Perversa” anche nel suo *uso consolatorio, difensivo e razionalizzante* che, sebbene non sia così dannoso, restituisce al pubblico un’immagine superficiale della professione dello psicologo che fornisce “consigli della vecchia zia” su qualunque argomento, invita l’ascoltatore a darsi da fare, a comprendere meglio se stesso attraverso l’uso di test non attendibili che possiamo trovare sui giornali (Blandino, 2000).

“**Polimorfa**” perché assume le forme più diverse, poiché i media presentano una psicologia del buon senso, acritica e non scientifica, classificatoria, statica, che stila “diagnosi” e “profili di personalità”, che non si occupa di comprendere il comportamento umano, ma solo di dare risposte. Inoltre, i media trasmettono principalmente la psicologia clinica, spesso confusa con la psicoterapia, che a sua volta viene ulteriormente ricondotta solo al modello psicoanalitico. In realtà gli psicologi sanno benissimo che esistono più campi di applicazione della psicologia – da quella clinica a quella sociale, da quella che si occupa dell’emergenza a quella giuridica – e che nell’ambito della psicoterapia esistono modelli teorici, scuole e orientamenti diversi, spesso in aspro conflitto tra di loro. Quindi, secondo Blandino, da un lato i media non dovrebbero far passare il messaggio che la psicologia sia “unica” e, dall’altro lato, lo psicologo che collabora con gli strumenti di comunicazione di massa dovrebbe esplicitamente dichiarare la propria formazione e il proprio orientamento (Blandino, 2000).

Secondo Blandino l’uso corretto della psicologia nei media dovrebbe essere trasformativo, finalizzato al pensare e al sentire, paragonabile alla funzione di “modulazione” della sofferenza umana e dell’ansia di cui parla Meltzer nel 1986, mostrando i limiti della psicologia e la sua impotenza, anziché negare la sofferenza umana e manipolare il pubblico con generiche rassicurazioni. Un uso che potremmo definire interrogativo piuttosto che responsivo, finalizzato, non tanto a dare risposte, quanto ad aiutare il pubblico a riflettere, a pensare in modo critico, a osservare meglio se stesso, a non accettare passivamente i consigli dell’esperto. Quindi lo psicologo per primo non deve proporsi all’altro come colui che sa tutto,

ma come colui che per la sua capacità di ascolto e di sensibilità empatica, accompagna l’altro in un processo di conoscenza (Blandino, 2000).

Blandino aggiunge che, come aveva già sostenuto il filosofo Karl Popper, per raggiungere questo obiettivo, gli esperti interpellati dai media dovrebbero seguire percorsi formativi per favorire una maggiore capacità di ascolto, per trasmettere con più attenzione e rispetto le informazioni superando il rischio della manipolazione e per contenere e non diffondere ansia nel pubblico. Blandino sostiene, inoltre, che l’esperto deve svolgere questa funzione pedagogica con una certa responsabilità nel rispetto dei principi previsti dal Codice Deontologico degli Psicologici (Blandino, 2000). Quindi, sebbene le richieste dei mass media possono in alcuni casi contrastare con gli obblighi e i doveri professionali, è importante che il loro intervento avvenga nel rispetto di tali regole.

A tal proposito, l’Ordine degli Psicologi del Lazio ha pensato di scrivere delle *Linee Guida* per indirizzare lo psicologo che collabora con i media ad adottare un’adeguata condotta come già previsto dagli articoli 3, comma 4 e 38 del Codice Deontologico a cui questa categoria professionale deve comunque attenersi, indipendentemente dal tipo di intervento professionale a cui siamo chiamati a rispondere. Nello specifico, queste Linee Guida regolamentano gli interventi dello psicologo rispetto agli argomenti di attualità e ai fatti di cronaca, in particolare quelli di cronaca nera, nel rispetto delle più generali regole del Codice Deontologico al fine di trasmettere al pubblico conoscenze fondate su modelli teorici scientifici e probabilistici evitando luoghi comuni, generalizzazioni e banalizzazioni (Giannini, Capri, Cubelli e Lentini, 2011).

In primo luogo, le Linee Guida sottolineano che sebbene gli psicologici nel ruolo di Consulente Tecnico d’Ufficio (C.T.U.) del Magistrato o di Consulente Tecnico di Parte (C.T.P.) di un soggetto personalmente coinvolto in vicende processuali abbiano un accesso privilegiato ai dati sensibili, anche se non sono coperti dal segreto istruttorio, non posso ritenersi liberi di divulgare le informazioni apprese nello svolgimento del proprio incarico (Giannini, et al., 2011). Infatti, l’articolo 11 del Codice Deontologico degli

Psicologi obbliga lo psicologo al segreto professionale, salvo la deroga ex articolo 12, comma 2 del C.D. in caso di dimostrabile consenso da parte del destinatario, considerando comunque prioritaria la tutela psicologica dello stesso (Calvi e Gulotta, 2012).

In secondo luogo, le Linee Guida affermano che lo psicologo non deve semplificare i fatti, ma aiutare a cogliere la complessità dei fenomeni e le possibili interpretazioni, tenendo conto che se non ha una conoscenza diretta del fatto in questione e delle persone coinvolte deve limitarsi a discutere sul piano del conoscenze teoriche generali e scientifiche e sul metodo adottato (Giannini *et al.*, 2011), nel rispetto del lavoro professionale e delle decisioni dei colleghi, come ci ricorda l'articolo 36, comma 1 del C.D. (Calvi e Gulotta, 2012).

Inoltre, questo documento sottolinea che lo psicologo intervistato in quanto esperto deve chiarire a che titolo si esprime, onde evitare di fornire al pubblico l'immagine di un tuttologo o generico opinionista (Giannini *et al.*, 2011), come previsto anche dagli articoli 7 e 39 del C.D. che ricordano la necessità di riferire la propria conoscenza professionale rispetto all'argomento che stiamo trattando, nonché della propria formazione, competenza e esperienza in merito (Calvi e Gulotta, 2012).

Quindi, secondo quanto affermato in questo documento, lo psicologo qualora partecipasse a trasmissioni televisive e radiofoniche, interviste per riviste e quotidiani, comunicazioni su internet, deve rispettare le precauzioni e le cautele previste dal Codice Deontologico.

Di seguito, sono presentate sinteticamente le regole espresse nelle Linee Guida che secondo l'Ordine degli Psicologi del Lazio lo psicologo deve rispettare.

Lo psicologo:

1. *“Farà attenzione a fornire sempre un'immagine della Professione di Psicologo che sia coerente con i principi condivisi dalla comunità scientifica e professionale nazionale e internazionale”.*

2. *“Farà riferimento a teorie e metodologie consolidate e accreditate nella professione e nella comunità scientifica”.*

3. *“Farà attenzione a non confondere i diversi contesti e quindi non interpreterà segni, linguaggi non verbali, sogni, atteggiamenti o quanto altro, nelle situazioni di comunicazione mediatica e al di fuori del contesto professionale”.*

4. *“Non proporrà diagnosi di alcun tipo, neppure in forma ipotetica, né discuterà confermandole o contestando le diagnosi effettuate da altri. Non esprimerà pareri negativi sui Colleghi e sul loro operato”.*

5. *“Eviterà di somministrare o interpretare test psicologici per non dare un'immagine gravemente fuorviante e dannosa per la professione”.*

6. *“Non commenterà azioni o contenuti riportati in video senza premettere che i commenti possono soltanto essere ispirati a piani del tutto probabilistici e non riferirsi alla specifica situazione”.*

7. *“Non valicherà i confini del proprio agire professionale esprimendo per esempio valutazioni di carattere giuridico o medico, ma si manterrà sempre entro i limiti della propria formazione, esperienza e competenza”.*

8. *“Valuterà con prudenza l'ipotesi di partecipare a discussioni pubbliche su indagini che non conosce in via diretta (qualora ne avesse conoscenza in qualità di C.T.U., C.T.P. o di titolare di altri rapporti professionali con i diretti interessati non potrebbe discuterle); in ogni caso si asterrà dal commentare e giudicare gli esiti e le procedure e non darà l'immagine di sostituirsi ai competenti organi all'uopo investiti”.*

9. *“Non esprimerà convinzioni di colpevolezza o di innocenza delle persone coinvolte; non si presterà a strategie altrui che comportino il sostegno ad una specifica tesi difensiva o accusatoria”.*

10. *“Controllerà sempre, per quanto possibile, che nel montaggio delle trasmissioni o nel testo delle interviste le sue dichiarazioni non appaiano in contrasto con i doveri e gli obblighi esplicitati nel Codice Deontologico ed in parte riportati nelle presenti Linee Guida”.*

Tuttavia, queste linee guida pur rappresentando un primo passo per tutelare il ruolo dello psicologo nei mass media, sono state promosse a livello regionale e non nazionale e si

riferiscono in particolar modo allo psicologo che si occupa principalmente di fatti di cronaca nera.

Gli psicologi che si occupano di tutelare questa professione nei mass-media americani e italiani sostengono che il compito degli esperti dovrebbe essere quello di stimolare un pensiero critico riguardo alle informazioni presentate in modo tale da sollecitare una riflessione personale da parte del pubblico (Diesch et al., 1993; Blandino, 2000).

Se le informazioni che vengono fornite al pubblico sono accurate, questo potrà sicuramente migliorare l'immagine dello psicologo nell'opinione pubblica (Carll, 2001).

Infine, sebbene la presenza di questi esperti in radio o in tv abbia aiutato a sensibilizzare il pubblico nei confronti di alcune tematiche, è bene sottolineare che i servizi di tipo psicologico ai fini della diagnosi o del trattamento possono essere forniti solo all'interno di un rapporto professionale e non attraverso conferenze pubbliche, articoli di giornali o di riviste, programmi radiofonici e televisivi (McGarrah et al., 2009). Quindi i mezzi di comunicazione servono per promuovere la salute mentale, i cambiamenti nello stile di vita e ridurre i comportamenti a rischio al fine di raggiungere un benessere psicologico. Nell'educare il pubblico attraverso i mezzi di comunicazione, gli psicologi dovranno essere ben formati e preparati alla funzione pedagogica che andranno a svolgere (Blandino, 2000; APA, 2013), saranno chiamati a valutare il loro ruolo nel rispetto dei principi etici (Calvi e Gulotta, 2012; Giannini et al., 2011; APA, 2013) e ad identificare la forma che avrà la loro partecipazione. Dovranno, inoltre, essere capaci di gestire i tempi televisivi e riflette sui possibili impatti sociali che potrebbero avere i contenuti trasmessi (McGarrah et al., 2009).

Riferimenti Bibliografici

American Psychological Association (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, 1-26.

Blandino, G. (2000). *Il Parere dello psicologo. La psicologia nei mass media*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Calvi, E., e Gulotta, G. (2012). *Il Codice deontologico degli psicologi. Commentato articolo per articolo con appendice di aggiornamento 2012*. Milano: Giuffrè Editore.

Carll, E.K. (2001). *Psychology and the News Media: Reflections on a Ten Year Initiative*. Testo disponibile al sito: www.APADiv46.org, 2013.

Diesch, C.L.F., e Caldwell, J. (1993). *Where Are the Experts? Psychologists in the Media*. Testo disponibile al sito: www.APADiv46.org, 2013.

Giannini, A.M., Capri, P., Cubelli, R., e Lentini, L. (2011). *Linee Guida. Etica della professione e comunicazione nei mass media con particolare riferimento all'ambito della cronaca*. Testo disponibile al sito:

<http://www.osservatoriopsicologia.com>, 2013.

McGarrah, N.A., Martin, J.N., Alvord, M.K., e Haldeman, D.C. (2009). In the Public Eye: The Ethical Practice of Media Psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 2: 172-180.

Zimmerman, J.D. (1983). Psychologists' multiple roles in television broadcasting. *Professional psychology: research and practice*, 14, 2, 256-269.

MASS MEDIA, CIBO E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

di Francesca Donati, Lorenzo Franchi

psicologi psicoterapeuti, Ass. Dedalo, Psicanalisi Laica Fiorentina, FIDA (Federazione Italiana Disturbi Alimentari)

La comunicazione di massa non ha un vero e proprio target ma fra i suoi destinatari ci siamo, di fatto, tutti quanti. Non necessariamente un prodotto pubblicizzato deve essere disponibile per tutti ma deve essere, tuttavia, a tutti accessibile. In questo scenario il termine comunicazione non è del tutto corretto poiché l'informazione che i media offrono non è soggetta a ricevere un feedback né lo prevede. Sarebbe più corretto quindi definire questo fenomeno come trasmissione e diffusione di informazioni (Cheli 2004).

Da pochissimi anni abbiamo subito, ma anche agito, una rivoluzione totale nel mondo dei media. Tv e giornali sono stati detronizzati repentinamente da un universo di nuovi attori dell'informazione, oggi basta una connessione internet ed un terminale per fruire e contribuire alla massa incalcolabile di contenuti che quotidianamente si rendono disponibili sul web. Gli argomenti crescono e si moltiplicano ad un ritmo incessante e ormai ingovernabile. A questa proliferazione non sfugge l'argomento cibo; lo zibaldone di messaggi alimentari s'arricchisce ogni giorno di un nuovo capitolo.

Si ritrova il cibo declinato in molteplici modi: uno strumento di misura delle proprie capacità, di dimostrazione del proprio valore, un premio, una punizione, una medicina che cura e fa stare bene; il cibo guarisce e rende belli oppure contribuisce alla estenuante ricerca di un irraggiungibile ideale del corpo che dagli stessi media rimbalza. Un corto circuito di cause ed effetti.

Ecco, non si parla ormai più del cibo per la sua più elementare funzione, quella meramente di sostegno. Il cibo come carburante della vita è un argomento troppo saturo, troppo definitivo perché i media possano spenderlo in qualche maniera. È quindi evidente che i media propongono un concetto di cibo che è altro di nutrimento e non solamente la sommatoria delle sue proprietà nutritive, il cibo è qualcosa di più.

Pensare il cibo come qualcosa di diverso dal nutrimento risulta essere una formula sensata che pure la psicoanalisi, quella che si occupa dei disturbi del comportamento alimentare, può sostenere. Nella sintomatologia di questi disturbi il cibo sta al posto di qualcos'altro, colma un vuoto, risolve un conflitto, placa un'angoscia, almeno temporaneamente, in maniera combinatoria confonde fame e nutrimento.

Una paziente che digiuna mette in atto la sua fame, non il cibo che le manca. Un paziente che divora, ingurgita, inscena una danza di corteggiamento alle proprie emozioni, tenta con la violenza del buttare tutto dentro di far uscire qualcosa che possa sentire.

Oppure, come ci mostra magistralmente Cosenza (2006), rispetto all'iperfagia nell'obesità: “il soggetto si presenta sorprendentemente, come il rovescio speculare dell'anoressia: una modalità inflessibile - attuata per un lato attraverso la divorazione, per l'altro attraverso il rifiuto più radicale - di esercizio di un controllo sistematico sull'Altro e sull'oggetto della pulsione”.

Resta quindi il fatto paradossale che media e psicoanalisi veicolino lo stesso messaggio, e cioè che il cibo possa essere altro.

L'inconscio e le sue manifestazioni prendono necessariamente spunto dal reale per organizzare una soggettivissima architettura di personalità, i fattori patoplastici in questo caso come individuati da Russel (1985) si mostrano in tutta la loro ambivalenza. Ovvero i “disturbi sono «plastici», adattabili, flessibili ai decorsi storici. La forma che essi assumono è effetto del contesto specifico nel quale si iscrivono. (...) senza tuttavia determinarlo” (Dalla Ragione, 2007).

I messaggi che arrivano dai media quindi possono esercitare un'azione predisponente, modellante e formativa ma non possono essere considerati fattori scatenanti.

Allora per quanto gli stessi media facciano la “guerra” a se stessi accusandosi di promuovere l'importanza del cibo e di alimentare la diffusione delle patologie che con esso hanno a che fare (anche se solo in maniera marginale), è doveroso dire che è la patologia stessa che “sceglie” il sintomo cui aggrapparsi per manifestare la presenza di un disagio. In una società in cui la massa è concentrata sul cibo, sulle sue qualità, sulla sua presentazione, sui suoi effetti benefici, la sofferenza non può far altro che comunicarsi attraverso un sintomo che utilizza lo stesso linguaggio, un linguaggio contemporaneo comprensibile a tutti.

I media propongono il cibo mandando un messaggio astratto, desoggettivato, generalizzato, un messaggio spersonalizzato, con l'intento di riuscire, come detto sopra, a raggiungere tutti indistintamente e indipendentemente dalla storia individuale di ciascuno, un messaggio estendibile e comprensibile alla massa.

Capita a volte nella clinica che si verifichi la stessa cosa; una logica di pensiero per cui i pazienti coinvolti in un disturbo del comportamento alimentare associno la capacità di mantenere una determinata forma del proprio corpo che si uniformi a quella della massa e che quindi renda possibile una desoggettivazione dell'individuo, un non essere persona.

Può succedere anche il fenomeno opposto e cioè che si ricerchi in noi qualcosa che ci distingua dagli altri, dalla massa, per cui la

magrezza e la grassezza hanno la loro ragion d'essere nel garantire al soggetto una maggiore o minore sicurezza di sé, ad esempio.

Tutto questo però nuovamente ben poco ha a che fare col cibo. Il cibo è solo lo strumento per mezzo del quale certi obiettivi legati a qualcosa di profondamente intimo e personale, vengono perseguiti.

Certo è che nella miriade di informazioni che i media veicolano è necessario effettuare comunque una selezione rispetto a quelle che riteniamo più credibili e attinenti alla realtà, alla nostra realtà, quella individuale di ciascuno di noi che a tali media attingiamo, indipendentemente dal tema che trattano.

Il lavoro dell'analisi si orienta quindi verso la selezione di tutto ciò che riceviamo dai mass media giornalmente, scegliendo accuratamente ciò che vogliamo “ingerire e digerire” facendolo nostro, rifiutando al contempo ciò che risulta spazzatura e dannoso per noi. Oppure permettere al cibo di tornare nulla più di una combinazione di nutritivi, ovvero, parafrasando Freud sulla fine di un'analisi: mangiare tanto senza sentirsi in colpa e mangiare poco senza morirne.

Riferimenti Bibliografici

- Cheli, E. (2004). *La realtà mediata. L'influenza dei mass media tra persuasione e costruzione sociale della realtà*, Milano: Franco Angeli.
- Dalla Ragione, L. (2007). *I disturbi del comportamento alimentare: un'epidemia moderna*, Servizi Sanitari in rete. Regione Toscana. Rapporto Sanità.
- Recalcati, M., Cosenza, D., e Villa, A. (a cura di) (2006). *Civiltà e disagio: forme contemporanee della psicopatologia*, Milano: Bruno Mondadori.
- Russel, G.F.M. (1985). The changing nature of anorexia nervosa, *J. Psychiat. Res.*, 19, 101-109.

L'APPETITO VIEN GUARDANDO?

di Stefania Boldrini

psicologa psicoterapeuta, Ass. Dedalo, Psicanalisi Laica Fiorentina, FIDA (Federazione Italiana Disturbi Alimentari)

BREVE PRESENTAZIONE

di Pietro Caterini

psicologo psicoterapeuta, Direttore SPC

Questo breve scritto è uno degli ultimi della dottoressa Stefania Boldrini, recentemente venuta a mancare ai suoi cari, agli allievi e ai colleghi della Scuola di Psicoterapia Comparata. Stefania è stata prima allieva, poi insegnante e giovanissima terapeuta didatta della Scuola. Ho sempre ammirato di Stefania lo spirito critico, il coraggio, la lucidità. Le righe che seguono, per quanto brevi, sono testimoni della sua sagacia.

È da tempo ormai che il palinsesto televisivo straborda di programmi che parlano, sotto varie forme, di cibo. Dai classici di un tempo che per lo più si proponevano e si propongono di intrattenere mostrando l'arte culinaria, partendo dall'antesignana Wilma de Angelis per finire alla moderna Benedetta Parodi o ai vari Masterchef, il mondo mediatico ha investito e ci ha investito di una programmazione selvaggia su sfide ai fornelli tra gente comune, reality sulla consacrazione di un nuovo grande chef, scambi di inviti a cena, riorganizzazione di pessimi ristoranti, sperimentazioni di cucine stomachevoli, fino ad arrivare ad obesi che si fanno "curare" da nutrizionisti, personal trainer, diet-coach, da soli o in gruppi rinchiusi in comunità, o al trattamento di persone affette da disturbi alimentari.

Da un lato il cibo è rappresentato come oggetto d'amore, perfino erotico, attraverso il quale si fa arte, si coccola, ci si prende cura di sé e degli altri, si ama. Dall'altra diventa feticcio, perversione autodistruzione da cui si deve

essere salvati attraverso il sacrificio, la sofferenza per tornare ad essere "normali" e liberi dal mostro-cibo.

E tutto questo dentro una programmazione schizoide in cui "Il boss delle torte", dove si costruiscono sculture incredibili con i dolci, e "grassi contro magri", dove una persona obesa e una anoressica sono costrette per una settimana a scambiarsi l'alimentazione, sono separati da pochi minuti di pubblicità.

Perché due rappresentazioni così diverse dell'oggetto cibo fanno così ugualmente presa sul pubblico televisivo? E magari sul medesimo spettatore?

C'è un certo masochismo nell'immaginare di godere e subito dopo di assistere agli effetti devastanti di un godimento estremo. Riempirsi gli occhi di cibo permette forse di riuscire a sentire una certa pienezza di stomaco e quindi rende l'eventualità di distruggersi mangiando uno spauracchio evitabile, perché l'unica cosa di cui ci si riempie davvero sono le ghiandole salivari.

In questo chi è malato di anoressia aveva già scoperto questa valenza quasi magica dell'immaginazione avendo spesso l'abitudine di cucinare pietanze ipercaloriche e obbligando i propri familiari e amici a mangiarle standosene a guardare, colmandosi degli odori e delle bocche altrui che masticano. "Io mi sazio del vostro ingrassare".

In tutto questo il cibo che nutre, che toglie la fame, dov'è? Da nessuna parte. La fame non è contemplata: si cucina per soddisfare un piacere e si fanno diete drastiche per aver voluto esagerare con quello stesso piacere, atteggiamento che ha messo a rischio la vita.

In accordo con il mito di Eros e Thanatos, da una parte vince la pulsione di vita, dall'altra vince, o rischia di vincere, la pulsione di morte. "L'organismo vuole morire solo alla propria maniera", dichiara Freud, ne "Al di là del principio del piacere" (1920). In questo caso mangiando. Come avviene ne "La grande abbuffata" (Ferreri, 1973): film geniale e visionario in cui i protagonisti si ritrovano in una villa per cucinare e mangiare, mangiare e cucinare, fino a morire, affogati nel cibo e nel sesso, nel godimento, che di per sé si sviluppa nell'immediatezza e invece diventa senza fine.

Ma nei reality non c'è spazio per il dramma che si compie e da cui non si torna indietro. E allora puntualmente ricompare la pulsione di autoconservazione e si cerca in maniera alquanto surreale aiuto in un programma televisivo.

Pubblicità.

E di nuovo un programma di cucina. E ci si chiede, ma allora, come si fa a non eccedere, a non scavalcare il limite tra il sacrosanto soddisfacimento di un piacere indiscutibile e il godimento senza fine? Forse tra cuochi provetti e casalinghe creative, dobbiamo imparare dagli chef: il segreto è nelle porzioni, signori, nelle porzioni. Piccole, anche di TV.

INSERIMENTO LAVORATIVO CON DISTURBO MENTALE: “SI PUÒ FARE?”

di Chiara Burzagli

psicologa, ex tirocinante post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

Siamo nella Milano degli anni '80 e più precisamente in una cooperativa, una delle tante nate per accogliere i pazienti dimessi dai manicomi. Nello, il protagonista, un sindacalista messo a capo un po' per caso di questa cooperativa, coinvolge un gruppo di ospiti della struttura ad entrare nel mercato del lavoro e più precisamente a diventare posatori di parquet. Per una serie di fortunati eventi la cooperativa viene sempre più apprezzata e ottiene sempre più appalti. L'euforia porta gli ex pazienti a tentare una diminuzione dei farmaci, con effetti positivi in un primo momento, ma catastrofici di lì a poco. Uno dei ragazzi infatti si innamora di una ragazza e, non essendo capace di sostenere la delusione per il fallimento della storia d'amore, si suicida. Da qui il senso di frustrazione di tutti, in primis di Nello che si sente responsabile dell'accaduto. In realtà, nonostante questo episodio drammatico, per il resto del gruppo l'esperienza di far parte di un gruppo di lavoro e avere così una parvenza di normalità è stata di grande aiuto. Per il ragazzo suicida è accaduto il contrario: scontrarsi con la realtà e tutti i problemi che ne derivano, dover sopportare piccole e grandi delusioni, affrontare cioè il quotidiano, per lui è stato fatale; non ha retto il carico.

Per chi soffre di un disturbo psichiatrico e si affida alla riabilitazione psichiatrica, come obiettivo finale c'è la possibilità - sancita dalla stessa Costituzione italiana, che afferma che l'Italia è una repubblica fondata sul lavoro e ne riconosce il valore nobilitante (articolo 1, c. 4

della Costituzione) - di trovarsi e mantenere un lavoro.

Non realizzare l'inserimento lavorativo e sociale è come aver posto le fondamenta e non poter più costruire la casa. È proprio l'inserimento lavorativo che dà - in definitiva - autonomia, identità e pienezza di socializzazione a questi soggetti.

La chiusura dei manicomi ha lasciato credere che la malattia mentale non esistesse più: in realtà il problema esiste ancora, semplicemente si è solo capito che non era quello il modo giusto di curare la malattia mentale. La legge 180 del 1978 che ha decretato la chiusura dei manicomi, impone agli enti pubblici competenti per il territorio di trovare una strada, una via, un modo di curare e assistere i propri disagiati mentali.

Gli psicofarmaci, se usati da soli, non bastano per far fronte alla malattia; molto dipende dal coraggio innovativo, dalla competenza professionale e dalla sensibilità delle persone coinvolte ma anche dall'attenzione di tutti i cittadini verso un problema che riguarda allo stesso tempo persone e lavoro, centralità e marginalità valori, cose e modi di essere nel territorio.

Il lavoro non fornisce solo reddito, ma è luogo di costruzione d'identità, di rafforzamento e fiducia in sé, luogo di scambio e di relazioni sociali, di valorizzazione, di apprendimento, occasione di accrescimento personale e professionale, di acquisizione di indipendenza e autonomia.

La visione del film “Si può fare” da una parte è in grado di suscitare in noi la speranza che veramente chi soffre di un disturbo psichiatrico e vuole integrarsi o reintegrarsi nella società a tutti gli effetti “ce la possa fare”, dall'altra mette lo spettatore davanti alla triste realtà quotidiana del mondo del lavoro, fatta di pretese e obblighi, di raggiungimenti di risultati, veramente difficile da sostenere per tutti, figuriamoci per chi ha una disabilità.

Lavoro e salute mentale

Il posto di lavoro è uno degli ambienti che maggiormente influenzano il benessere psicologico e la salute mentale di coloro che lavorano (Harnois e Gabiel, 2000). Il lavoro è essenziale per assicurare alle persone l'indipendenza e la sicurezza economica, aiuta a definire l'identità personale, l'autostima e il riconoscimento da parte degli altri, rappresenta un'opportunità generalmente significativa per dare un contributo alla vita comunitaria.

La psicologa sociale Marie Jahoda (1982), studiando i problemi psicologici creati dalla mancanza o perdita del lavoro, individua nel lavoro 5 funzioni salienti:

1. Il lavoro provvede a una strutturazione del tempo quotidiano. Il calendario personale e quello sociale di una persona sono direttamente influenzati dalle sequenze lavorative: la distribuzione dei tempi di attività, di riposo e di svago come pure molte scelte familiari, apparentemente autonome, riproducono in realtà schemi di uso del tempo propri delle istituzioni lavorative in cui le persone operano.

2. Il lavoro assicura regolari esperienze significative di interazione sociale al di fuori della famiglia. Gli stili di vita, le opinioni e le rappresentazioni della realtà, elaborate dalle persone e scambiate reciprocamente, divengono un patrimonio comune che si traduce in norme e regole sociali condivise consolidate e trasmesse alle nuove generazioni di occupati.

3. Il lavoro risponde al bisogno di agire sul proprio ambiente. È nel contesto lavorativo che spesso si sviluppano appieno e si esprimono la capacità d'azione di una persona in relazione alle concrete richieste di prestazione.

4. Il lavoro determina una diretta connessione tra mete individuali e scopi sociali. Lavorando, una persona può giocare un ruolo attivo nel produrre beni e servizi; in questo modo non solo risponde ai bisogni di conoscere e dominare il proprio ambiente, ma anche può partecipare a scopi sovra-individuali connessi con l'utilità sociale del lavoro stesso.

5. Il lavoro contribuisce a definire aspetti importanti dello status sociale e dell'identità personale. L'esperienza lavorativa può procurare soddisfazione per i risultati raggiunti, può rappresentare un punto di riferimento per riconoscersi per arricchire o confermare il proprio modo di concepire se stessi nella concreta situazione che si sta vivendo.

Poiché il lavoro tende ad assumere funzioni così importanti secondo Jahoda (1982) la condizione di perdita o di mancanza di lavoro comporterà un effetto di deprivazione psicologica che potrà esprimersi come difficoltà ad organizzare il proprio tempo, isolamento sociale e inattività, sentire di non avere scopi significativi, insicurezza sul piano dell'identità e dello status sociale.

Il lavoro rende quindi possibili almeno 5 categorie di esperienze utili al benessere e alla crescita psicologica individuale: strutturare il tempo, organizzare le attività della giornata, avere contatti sociali, condividere scopi e impegni di gruppo, definire e rafforzare l'identità sociale.

Non tutte le condizioni di lavoro però contribuiscono a rafforzare la salute mentale: la European Mental Health Agenda dell'U.E. stima che circa il 20% dei lavoratori europei presenti qualche problema di salute mentale e che il 2% dei lavoratori abbia disturbi psichiatrici gravi; è ragionevole pensare che, almeno in parte, tali problemi siano prodotti o aggravati dal tipo e dall'ambiente di lavoro. Studi recenti hanno spostato l'attenzione dall'individuo all'organizzazione e si sono focalizzati sul concetto di stress lavorativo, sulla difformità tra richieste provenienti dall'ambiente lavorativo e capacità, risorse e bisogni del lavoratore.

Potenziati cause di stress sono i carichi di lavoro troppo pesanti, la mancanza di istruzioni di procedure chiare e di decisionalità,

l'insicurezza, le scadenze troppo pressanti, l'isolamento, un controllo e una supervisione intrusivi, retribuzione insufficiente e recentemente sono stati presi in considerazione come fattori di stress anche la mancanza di supporto, le discriminazioni etniche, le molestie sessuali e il mobbing.

Queste condizioni appena descritte, sono difficilmente sostenibili anche da chi ha avuto un percorso di vita più o meno regolare; per questo chi ha sofferto o soffre di un disturbo psichiatrico deve essere maggiormente tutelato in quando è più probabile che si scompensi e che non regga i ritmi frenetici che il lavoro impone.

Diritto al lavoro dei disabili: legge 68

Per tutelare il diritto al lavoro per tutti nasce la legge 68 del 12 marzo del 1999 (“Norme per il diritto al lavoro dei disabili”) che ha rappresentato uno strumento innovativo.

All'interno della legge 68/99 si fa strada il concetto di collocamento mirato intendendo con questa espressione l'inserimento lavorativo del disabile attraverso un'attenta analisi delle capacità residue in relazione alla disabilità e prevedendo, dove necessario, percorsi di formazione, stage e tutoraggio aziendale.

È la considerazione della persona disabile come lavoratore a rappresentare l'aspetto interessante della nuova legge. Non si punta l'indice contro ciò che il soggetto non è in grado di fare, si analizza la sua abilità, quello che egli può produrre, si considera in altre parole prima di tutto la persona, poi il suo handicap. Questa legge si rifà ad un principio importante e prezioso per tutti i cittadini: il diritto al lavoro.

La legge 68/99 si rivolge alle persone in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e ai portatori di handicap intellettivo che comportino una riduzione della capacità lavorativa. Per usufruire della legge la persona deve iscriversi al collocamento obbligatorio presso il centro per l'impiego. I requisiti sono l'età (non inferiore a 15 anni), avere una certificazione handicap con invalidità civile superiore al 45% e l'essere disoccupati.

La legge 68/99 prevede, per i datori di lavoro pubblici e privati, l'obbligo di assumere disabili

a seconda del numero dei dipendenti dell'azienda:

- un disabile se ci sono tra i 25 e i 35 dipendenti,
- due disabili se ci sono tra i 36 e i 50 dipendenti,
- il 7% del totale se ci sono più di 51 dipendenti.

Sono previste sanzioni per tutte quelle aziende che non provvedono o che provvedono in ritardo alla richiesta di assunzioni disabili presso i centri per l'impiego.

Molte iniziative generali per favorire l'occupazione non vengono adattate ai pazienti psichiatrici e risultano per loro poco accessibili, mentre quelle specifiche per le persone disabili o emarginate spesso privilegiano altre categorie di svantaggiati. Inoltre la prospettiva di perdere sussidi e pensioni di invalidità può scoraggiare i pazienti dall'intraprendere la strada dell'inserimento lavorativo.

Studi recenti dimostrano che la variabile che maggiormente influenza la probabilità che un paziente psichiatrico trovi un lavoro è rappresentata dalla possibilità di partecipare ad un programma di riabilitazione e di inserimento lavorativo (Harnois e Gabriel, 2000).

Il punto critico della legge 68/99 è rappresentato dal fatto che per una persona chiedere lavoro in questo modo implica l'aver fatto un proprio percorso di consapevolezza della malattia, di accettazione della diversità che non è sicuramente un processo così automatico.

È talmente rassicurante far parte della categoria della “normalità” che tutto ciò che non vi rientra lo teniamo bene a distanza quasi ad aver paura che ci possa in qualche modo contagiare.

Affinché una persona possa beneficiare di ciò che la legge 68/99 propone a 360 gradi potrebbe essere dunque necessario raggiungere l'*insight*: il concetto di *insight* va ben oltre il fatto di sapere se si è malati o no, implica capacità di introspezione, empatia e comunicazione. È la comprensione che l'individuo ha del suo stato di salute, delle proprie capacità e del suo valore e mette in relazione questa valutazione di un suo stato interno con gli altri e con il mondo esterno.

Pazienti psichiatrici e lavoro

Se essere “normodotato” non garantisce di sottrarsi ai rischi di cui sopra, soffrire di un disturbo psichiatrico può portare, in ambito lavorativo, a numerosi inconvenienti (Harnois e Gabriel, 2000):

- riduzione della produttività e qualità del lavoro;
- aumento di infortuni e incidenti;
- diminuzione della capacità di prendere decisioni, di pianificare e controllare il lavoro;
- frequenti cambiamenti di mansione e di ruolo;
- aumento dei ritardi e del numero di assenze per malattia;
- sviluppo di ulteriori disturbi;
- perdita di motivazione e iniziativa;
- tensione e conflitti tra colleghi;
- aumento dei problemi disciplinari.

Non sorprende, quindi, che nei paesi industrializzati, il tasso di impiego delle persone con disturbi psichiatrici superi di poco il 10% (leggermente maggiore nei maschi rispetto alle femmine), mentre il tasso di impiego delle persone con disabilità gravi di tipo fisico e sensoriale è attorno al 50%.

Visto che il reinserimento lavorativo ha dimostrato di essere uno dei modi più efficaci per migliorare la salute mentale delle persone disoccupate, e in particolar modo di quelle con disagio psichico (Harnois e Gabriel, 2000), si possono cogliere le dimensioni economiche, sociali e psicologiche della questione.

I disturbi psichiatrici hanno generalmente un esordio precoce, impedendo alla persona di completare la propria istruzione e di fare valide esperienze professionali. Il primo ostacolo all’inserimento è così rappresentato dal fatto che molti pazienti hanno un livello d’istruzione basso e una preparazione inadeguata, possono svolgere solo quei lavori semplici e a basso contenuto tecnologico che sono in costante diminuzione nei paesi industrializzati.

Il secondo ostacolo è rappresentato dallo stigma della malattia mentale. Il termine stigma fa riferimento ad una caratteristica fortemente discreditante della persona. Sulla base di questo pregiudizio si tende a pensare che la persona stigmatizzata non sia propriamente umana e si

esercitano, più o meno volutamente, discriminazioni che riducono le sue possibilità di vita realizzata (partecipazione alla vita sociale, ricerca di lavoro, di una casa...). Lo stigma porta a trascurare le caratteristiche positive della persona. Nei confronti dei pazienti psichiatrici i pregiudizi su cui si fonda lo stigma comprendono il rischio di reazioni e comportamenti violenti, la loro imprevedibilità e inaffidabilità, la stranezza e l’incomprensibilità di alcuni comportamenti e discorsi.

Riferendosi specificatamente all’inserimento lavorativo, sono stati individuati alcuni falsi miti (intendendo per mito una credenza forte e diffusa ma senza basi di verità) di cui sono vittima i pazienti: il disturbo psichiatrico è uguale al ritardo mentale ed è inguaribile, i pazienti psichiatrici sono violenti e pericolosi, sono lavoratori inaffidabili e di seconda categoria, non possono tollerare lo stress lavorativo, mancano di motivazione e iniziativa, se un paziente psichiatrico ha qualche difficoltà al lavoro significa che non è adatto a lavorare. La strada migliore per ridurre lo stigma è quella dell’informazione e dell’educazione.

Altri ostacoli derivano dalle caratteristiche del mercato del lavoro dei paesi industrializzati, che richiedono personale qualificato ed affidabile, con valido curriculum lavorativo e sottoposto a selezioni rigorose. Benché le legislazioni di questi paesi abbiano cercato di rimuovere gli ostacoli all’esercizio dei diritti fondamentali da parte delle persone disabili e di favorire il loro inserimento sociale e riabilitativo, la maggior parte delle aziende è riluttante ad assumere pazienti psichiatrici e non vuole fare “beneficenza o assistenza sociale”.

Paolo

“Quando ci sono entrato la prima volta in quel ristorante ho detto “ecco è qui che vorrei lavorare”. E così è stato. Questo perché avevo visto la cucina molto tranquilla e a me la tranquillità piace anche perché se mi chiamano in troppi vado in confusione...”

Il lavoro ti porta a contattare persone nuove... ho iniziato a lavorare quando è morta la mamma. Il lavoro me lo sono dovuto inventare perché prima facevo il facchino con la legge 68, 11 ore continuative non le ho rette... l’assistente sociale doveva starmi più dietro...

Qui al ristorante mi sono trovato bene, l’ambiente era

protetto e non c'era troppa confusione, perché se c'è confusione tutti mi devono stare più dietro, a me non piace la confusione e allora divento un peso...

Il servizio di categorie protette non funziona non ne ho una buona esperienza...

Lì al ristorante facevo l'aiuto cuoco dalle 7 alle 14 per un anno poi dalle 8 alle 13 perché non ce la facevo, non reggevo, avere l'invalidità non aiuta a trovare lavoro, le ditte preferiscono assumere chi non ha problemi e se ti assumono pretendono che lavori come un orologio... con il lavoro ho avuto problemi di ansia e di panico... prendevo un gettone presenze 10 euro al giorno dal martedì al sabato... il mio momento di crisi maggiore quando dovevo fare la schiacciata per tutti... la schiacciata era per tutti e se la sbagliavo?????”

Paolo attualmente non lavora, sta aspettando nuove proposte dai centri per l'impiego e, nelle lunghe giornate passate a casa, oltre a fumare pacchetti di sigarette in solitudine si domanda se riuscirà ancora a lavorare, se lo troverà e, se lo troverà, se riuscirà a reggere il ritmo e mantenersi così il lavoro.

Riferimenti Bibliografici

Jahoda, M. (1982). Problemi psicologici creati dalla mancanza o perdita del lavoro. In S. Moniga e R. Vianello (1999), *Handicap mentale. Dalla scuola al mondo del lavoro: esperienze e prospettive*. Torino: Utet libreria.

Moniga, S. e Vianello, R. (1999). *Handicap mentale. Dalla scuola al mondo del lavoro: esperienze e prospettive*. Torino: Utet libreria.

Sitografia

Diritto al lavoro dei disabili: legge 68/ 99, www.servizisocialionline.it/documenti/legge

Michelin, P. e Donatello, M. (2001). *La formazione e l'inserimento lavorativo di utenti psichiatrici*, Padova: Upsel Domenighini, www.aitam.it.

Harnois e Gabriel (2000). In P. Michelin e M. Donatello (2001)(a cura di). *La formazione e l'inserimento lavorativo di utenti psichiatrici*. www.aitam.it.

Master in Mediazione Familiare

1 anno - 292 ore - riservato a laureati

prossima edizione: febbraio - dicembre 2016

Accreditato da Associazione Italiana Mediatori Familiari (AIMeF) e CROAS
(Ordine Assistenti Sociali Toscana)

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



LA COMUNICAZIONE IRONICA: ANTIDOTO O CONSACRAZIONE DELLO STEREOTIPO RAZZIALE? ANALISI PSICOLOGICA DELLE IRONIE E LORO FUNZIONI ADOTTATE IN *BAMBOOZLED* DI SPIKE LEE

di Francesco De Luca¹, Andrea Mugnai²

¹ *psicologo, ex tirocinante post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata,*

² *psicologo, allievo Scuola di Psicoterapia Comparata*

Satira:

Definizione 1a: composizione letteraria che ridicolizza e attacca in modo sferzante vizi e debolezze umane.

Definizione 1b: genere letterario che contiene tali composizioni.

Definizione 2: ironia derisione o critica mordace usata per attaccare o rendere palesi debolezze e stupidità.

Bianchi che vogliono essere neri, neri che vogliono essere bianchi, bianchi che si sentono più negri dei neri e neri che non ci si vorrebbero sentire affatto ma che, per inseguire il sogno di occupare nel mondo un posto di pari dignità dei bianchi, sono disposti a dipingersi la faccia col sughero bruciato per apparire non più neri, ma negri; *Bamboozled*, una delle più controverse produzioni di Spike Lee, un regista che del dividere l'opinione pubblica sui propri film ha fatto il proprio marchio di fabbrica, contiene tutto questo e molto di più, arrivando a risultare un'opera che spiazzava lo spettatore, lo interroga sulle sue credenze, sulla sua coerenza e sulla sua umanità, lasciandogli alla fine molte più domande di quelle a cui risponde. La dualità delle reazioni che *Bamboozled* genera nello spettatore lo ha inizialmente condannato ad uno scarso successo di pubblico così come Flory riferisce nel suo *Bamboozled Philosophy through Blackface*: "Overall, reactions to the film have been decidedly negative and often filled

with angry puzzlement or mystified shock at why Lee even made it" (Flory, 2011).

Si è scelto di trattare tale argomento, perché pochi cineasti hanno saputo rappresentare al pari di Spike Lee l'infinita varietà di sfaccettature del pensiero, dell'emotività e del comportamento umano che Lee conferisce ai suoi personaggi. Nei film di Spike Lee a differenza di moltissime altre pellicole difficilmente riusciremo a trovare l'eroe e l'antieroe, il buono in netta antitesi al cattivo, il protagonista e l'antagonista darsi folle battaglia per tutta la durata del film alla fine del quale il buono si trova ad avere la meglio sul cattivo, ma più probabilmente vedremo personaggi che agiscono in maniera del tutto umana spinti dai propri desideri, dai propri bisogni, dal proprio amore verso qualcuno o qualcosa, o dal proprio odio; inoltre *Bamboozled* parla di mass media attraverso gli occhi di coloro che più di ogni altro rappresentano questo veicolo di comunicazione, ossia i produttori e gli autori dei programmi televisivi.

Il film narra le vicende che ruotano attorno alla creazione di un programma televisivo che prende le mosse dai vecchi minstrel show americani degli anni '60, ed i protagonisti di queste vicende sono autori, attori, segretarie ed altri personaggi, tra loro legati da reciproci rapporti di forza, potere e dipendenza. La natura dello show protagonista di questa pellicola è, a seconda degli scopi di ogni singolo personaggio implicato nella sua creazione e dei bisogni che spingeranno il pubblico a guardarlo, sia comica sia ironica che sarcastica; non importa il mezzo, il fine è far ridere lo spettatore (Lee, 2000) che guardandolo farà di esso un buon prodotto commerciale.

Nell'incipit di questo articolo, che è poi lo stesso del film che qui analizziamo, a parlare è Pierre Delacroix, l'autore di "Mantan - il minstrel show del nuovo millennio" e si è scelto di utilizzarlo come apertura perché il tipo di analisi che in queste righe ci si propone di fare si fonda tutto sulle sottili differenze di contenuto che fanno di una comunicazione qualcosa di bonariamente ironico, di sagacemente satirico, o come nel caso di Mantan, di ferocemente offensivo e discriminatorio laddove il contenuto si fonda su concetti pregiudizievole; il pregiudizio è un atteggiamento verso gli altri basato unicamente sulla loro appartenenza di gruppo (Moghaddam, 2002).

La comunicazione ironica è una forma di discomunicazione in cui si enuncia qualcosa volendo al contempo significarne l'opposto (Anolli, 2005). Per la formulazione di un messaggio ironico è necessario un contenuto verbale, un contesto ed una precisa impostazione vocale: al variare dei significati in cui ciascuno di questi elementi verrà espresso varierà il risultato finale della comunicazione, ed è proprio nel modo in cui il comunicatore sceglierà di "dosare" i livelli di ognuno di essi che se ne potranno rintracciare gli scopi che attraverso quella comunicazione egli cerca di conseguire.

Già a partire dai grandi filosofi greci, si è sempre cercato di analizzare la funzione dell'ironia e dell'umorismo all'interno della commedia. Aristotele, come poi Freud, considerava il ridere come un momento liberatorio (Bodo e Cifarelli, 2006), in funzione

di una sopravvivenza psichica agli attacchi degli eventi di vita. Freud, ne *Il motto di spirito* del 1905, descriveva il dispositivo comico come un meccanismo comunicativo che permette all'individuo l'espressione di contenuti dell'inconscio in una modalità non traumatica per l'interlocutore. Bypassando la censura del Super-io si riesce così a mascherare i contenuti dell'inconscio in una forma di comunicazione che permette una liberazione della carica psichica e, nello stesso momento, di evitare una chiara violazione delle regole sociali e le conseguenze penose nella relazione. Il piacere associato al ridere è riconducibile proprio al risparmio di energia che porta la comunicazione ironica. Sempre secondo Freud l'umorismo può avere due intenti principali: distruggere, come nel sarcasmo e nella satira, o smascherare, nelle sue forme più volgari e oscure. Passando in rassegna i contributi che filosofi come Hartmann, Hegel e Kant hanno portato sul discorso comico si può notare che tutti dividono concettualmente l'umorismo in due dimensioni, quella "alta" della satira considerata socialmente utile e significativa a livello ideologico, e quella "bassa" della battuta volgare e vuota di contenuti utili alla costruzione (passando per la distruzione) di un pensiero sociale (Marchetti, 2007). In contrapposizione con questi autori, ci sembra però utile portare il contributo del filologo russo Vladimir Propp che, con il suo lavoro del 1976 *Comicità e riso*, cerca di smentire questa dicotomia in favore di una teoria unitaria sull'umorismo. Propp considera infatti l'umorismo e la satira elementi di uno stesso percorso creativo, posti su un continuum, e non elementi diversi spesso in contrapposizione come nelle teorie più classiche; scrive a proposito: "i sostenitori della teoria dei due aspetti della comicità commettono un errore logico abbastanza elementare quando non distinguono il fine dal mezzo. Lo smascheramento satirico è il fine, mentre il complesso dei procedimenti necessari per arrivare alla comicità costituisce il mezzo, gli arnesi per mezzo dei quali si ottiene il riso" (Querini e Lubrani, 2004). Lo spostamento dalla dicotomia fra satira/umorismo a quella fra fini/mezzi ci è utile al nostro discorso per descrivere ad esempio uno dei momenti più importanti della pellicola nel quale Delacroix

accetta i cambiamenti all'interno dello spettacolo da parte dei dirigenti dell'emittente: in questo modo ne neutralizzano l'intento satirico, portando tutto lo spettacolo a un livello più basso relegato a semplice intrattenimento umoristico che a quel punto può risultare offensivo e xenofobo. Da qui dunque le reazioni di sdegno che accompagnano la presentazione dei personaggi che danno vita allo show. Per loro gli autori hanno scelto nomi che in lingua originale rimandano a termini offensivi e razzisti: Sleep'n eat, Junglebunny, Snowflake, Sambo, Aunt Jemina, Rastus e Nigger Jim sono tutti vocaboli che negli Stati Uniti sono stati usati per indicare gli afroamericani con connotazione negativa "these character names are names of hate and malice. The names indicates that black are lazy, uneducated and/or overly sexual" (Powell, 2003).

In *Bamboozled*, come in molti altri lavori, Lee cerca di analizzare i rapporti fra media appartenenza etnica e umorismo (ricordiamo che nei paesi anglosassoni la parodia e la satira applicata agli stereotipi razziali prendono il nome di umorismo etnico), riuscendo a dare una fotografia precisa e complicata delle dinamiche sociali e psicologiche dei personaggi, nella quale non è possibile trovare una parte buona ed una cattiva (un bianco e un nero per rimanere in tema). Il "minstrel show del nuovo millennio" se da una parte nasce come opera satirica che mira alla derisione dello stereotipo stesso del nero menestrello a disposizione del bianco, finisce per risultare offensivo e razzista grazie alle modifiche sulla struttura e alla tacita compiacenza di Delacroix.

Ma cos'è che distingue un'opera umoristica e satirica da una razzista?

Lo stereotipo è una generalizzazione sui gruppi spesso ingiustificata, benché dotata di una sua base culturale (Hamilton e Sherman, 1994). Nella prospettiva teatrale della comunicazione ironica notiamo come l'umorismo etnico è molto spesso un'esagerazione caricaturale degli stereotipi razzisti, uno smascheramento appunto delle dinamiche razziste all'interno dei gruppi sociali, e la differenza la fa quello che nel teatro viene definito sotto-testo, ovvero la parte implicita della battuta (il non-detto) (Marchetti, 2007). Un altro elemento, basicamente più

esplicativo, è il contesto, il quale è fondamentale per discriminare il sotto-testo reale da quello apparente: una battuta apparentemente razzista e violenta può coincidere con il suo significato letterale dimostrandosi così dispregiativa, o può portare con sé un significato ironico risultando ironica e satirica. Questo meccanismo viene accentuato quando a fare dell'ironia è un membro stesso della comunità oggetto di derisione. L'umorismo che si basa sugli stereotipi etnici è in definitiva accettabile quando il sotto-testo (formato da significato, contesto, pubblico e autore) ne connota una dimensione satirica e non solo umoristica

Il sarcasmo: la gestazione di Mantan

Unico autore nero di un network americano in fallimento, Pierre Delacroix viene chiamato a risollevarne le sorti dell'azienda mediante l'ideazione di un programma televisivo che sia divertente, acuto e spregiudicato. Delacroix è un nero che ce l'ha fatta, che vive in un bellissimo appartamento nel centro di New York, indossa abiti firmati e mentre parla gesticola elegantemente come un bianco ben istruito. Il suo ruolo all'interno dell'azienda però non viene correttamente riconosciuto ed egli, stanco delle censure di stampo razzista che i produttori appongono ai suoi show matura l'intenzione di farsi licenziare dal network: la creazione dello show che i produttori sperano salverà il network sarà l'occasione perfetta per sbugiardare una volta per tutte il malcelato razzismo che permea tutte le produzioni aziendali e, al contempo, farsi licenziare.

Legati da un rapporto di subordinazione in cui è il bianco a detenere il potere, Delacroix e Dunwitty siedono in uno studio e discutono di come lo show deve essere fatto. Dunwitty è il diretto superiore di Delacroix, coordina tutti gli autori del network ed è lui a capo della squadra che porterà a termine Mantan; per dirla con le parole di Jackson (2002) il contratto tra lui e Delacroix, che inizialmente prevedeva il primo occupare il ruolo di "singer" ed il secondo ricoprire il ruolo di "composer", è mutato nel senso di un'inversione dei ruoli. Quindi è Dunwitty che decide in che modo lo show sarà portato a termine, è lui a gestire i rapporti tra gli

autori ed i proprietari del network e quindi la sua posizione implica la mediazione dei rapporti tra le parti. Dunwitty è un aggressivo maschio bianco sulla quarantina ed è il ruolo che ricopre all'interno dell'azienda a permettergli di essere rude e pretenzioso coi suoi sottoposti, inoltre, il fatto di avere sposato una donna nera (è il jungle fever di cui Spike Lee parla nel film omonimo) gli consente di avere la certezza di conoscere i gusti della gente di colore meglio di loro. Se Delacroix vorrebbe scrivere un programma che mostri neri che come lui nella vita “ce l'hanno fatta”, proponendo ad esempio soggetti in cui una famiglia di neri si trasferisce in un ricco quartiere di bianchi o altri in cui un preside nero viene chiamato a svolgere il suo ruolo presso una prestigiosa scuola privata frequentata da rampolli bianchi, Dunwitty vuole uno show in cui la necessità di passare una buona immagine degli afroamericani passi in secondo piano: per Dunwitty l'obiettivo è far ridere lo spettatore.

Il primo colloquio di lavoro relativo a Mantan, tra Dunwitty e Delacroix, racchiude la maggior parte delle questioni che nel corso della pellicola verranno poi snocciolate in quanto è già da questa prima occasione di incontro/scontro che si palesano da un lato, la voglia di rappresentare la classe media afroamericana, in contrapposizione agli abusati cliché che vedono i neri come dei bifolchi incapaci, dall'altro, la necessità di perpetrare uno stereotipo razziale che in quanto tale ben si presta ad usi di tipo umoristico. Inoltre, mediante il ricorso di Dunwitty a tali stereotipi, egli applica quelle che Jost e Banaji (1994) hanno concettualizzato come la funzione di giustificazione dell'io (che protegge lo status del sé), quella di giustificazione del gruppo (che protegge lo status dei gruppi interni) e quella di giustificazione del sistema attraverso cui gli stereotipi legittimerebbero le gerarchie di status esistenti presentando come superiori coloro che hanno uno status elevato e collocando in una luce negativa, corrispondente alla loro posizione sociale, coloro che hanno uno status più basso. Per questo, se l'intento di Delacroix è di creare uno show che “metta in evidenza le differenze razziali” (Lee, 2000), anche Dunwitty si propone lo stesso obiettivo, per scopi però diametralmente opposti: Delacroix intende attaccare lo stereotipo razziale al fine di farlo

decadere e di minarne la veridicità, Dunwitty vuole servirsene affinché lo show “faccia ridere” e contemporaneamente giustifichi il sistema. In questo modo Dunwitty esercita una comunicazione obliqua che da un lato mostra ciò che nasconde e dall'altro nasconde ciò che dice. Il non detto in questo caso è “i neri sono inferiori ai bianchi” e l'utilizzo di Dunwitty della comunicazione ironica si presta allo scopo di aggirare la censura in modo culturalmente corretto nel rispetto delle convenzioni sociali. Egli dunque fa ricorso a modalità comunicative efficaci e convenienti, agendo in modo diplomatico e arrivando ai propri scopi nel rispetto delle regole non scritte che stanno alla base del vivere civile (Anolli e Infantino, 1997). Ciò a cui si assiste in *Bamboozled*, così come accadeva nei minstrel show da cui il programma trae ispirazione, è la messa in mostra di uno stereotipo della “razza nera” costruito dai bianchi, ossia l'imitazione di un nero imitato da un bianco (Slaner e Clyne, 2008) al fine di mantenere su di esso una qualche forma di ingiustificata superiorità. “In laughing at such sequences, audiences also reveal that they find such characters comforting and nostalgic of a past that never existed, except in films like *The Birth of a Nation* or *The Littlest Rebel* (1935)” (Flory, 2011). La nascita dello stereotipo razziale in America coincide con la nascita dell'abolizionismo della schiavitù: umanizzando il negro, è cioè conferendogli dignità umana dopo che per secoli lo si è trattato in quanto schiavo pari ad un animale, si eliminano le distanze di “specie” tra bianchi e neri ma, al contempo, si giustifica una diversa ma non per questo meno discriminatoria differenziazione, ossia quella fondata sulle supposte differenze di razza. Come abbiamo visto lo stereotipo razziale fornisce una base di conoscenza condivisa, seppur ridotta ai minimi termini, tra i comunicatori, e per questo motivo il suo uso all'interno di una comunicazione ironica agevola la complicità tra mittente e destinatario della comunicazione raggiungendo dunque con maggiore facilità lo scopo di far ridere. In *Bamboozled* tutto questo è rappresentato in funzione del successo che Mantan riscuote presso il pubblico.

Il cambio di direzione nella narrazione della storia di Delacroix è da attribuirsi al tradimento che egli stesso esercita sui propri scopi iniziali:

la sua voglia di rivale sul bianco oppressore si evolve in una riluttante acquiescenza degli stereotipi che gli vengono imposti, laddove il successo dello show di cui Delacroix è ideatore giunge proprio mediante l'uso non sarcastico di tali stereotipi. Il successo che Mantan conferisce al suo ideatore giustifica l'uso dei mezzi non convenzionali che egli ha adoperato. Ciò però non lo esime dalla responsabilità di aver deliberatamente tradito i propri intenti, fatto questo da cui nasce la necessità di mettere in atto meccanismi di difesa che lo salvaguardino, oltre che dall'incoerenza, anche dai duri attacchi da parte dei neri verso lo show. Delacroix ormai sente forte la sua emancipazione e si sente al sicuro dai pregiudizi che minano la sua etnia; è per questo che accusa di invidia i suoi detrattori percependo ciò a cui è stato dato il nome di discrepanza gruppo/persona nella discriminazione, ovvero la tendenza nei gruppi minoritari a percepire un livello più elevato di discriminazione diretta al loro gruppo nel suo insieme piuttosto che a loro stessi in quanto componenti di quel gruppo (Taylor, Wright, Moghaddam e Lalonde, 1990); e contemporaneamente accusa di debolezza il padre che, rifiutando di recitare in importanti film razzisti, si era ritirato ad una meno sgarbiante vita da cabarettista: "mio padre era diventato un uomo debole" (Lee, 2000).

La posizione di Delacroix rispetto allo spettacolo cambia nel momento in cui incontra il padre. Junebug, il padre, porta nei suoi spettacoli una versione minore di "commedia nera" (comici neri che raccontano barzellette nere a un pubblico di neri). L'incontro rivelatore nei camerini porta alla luce tre aspetti fondamentali: la forte fiducia in se stesso del padre, il rifiuto di Delacroix nel riconoscere il successo del padre e la capacità del padre di vedere le apparenze "bianche" che ha assunto il figlio. Il padre in questo incontro rappresenta tutto quello che Delacroix rigetta: un mondo in cui la dignità è più importante del successo e dove la felicità che dimostra nel condurre la propria vita, se pur grottesca e in qualche modo triste, è la ricompensa al non stare al gioco dei bianchi, gioco che porta i neri ad assumere stereotipi costruiti ad hoc e fatti passare attraverso slogan e pubblicità. Esempi di queste pubblicità e del target che ne subisce l'efficacia

sono i Mau Mau, il gruppo rap di cui fa parte il fratello di Slone, infatti, assume la funzione più semplice e accessibile per i ragazzi del ghetto della negritudine, quella per cui pur contestando la propria condizione e rivendicando un ruolo più importante nella società, se ne segue i diktat assumendo valori e comportamenti consumistici (come la bevanda Da-Bomb, la linea di vestiti "per neri" e provando a sfondare con un provino per il Minstrel Show). Così assume importanza l'incontro con il padre per Delacroix: l'intento iniziale di uscire dal sistema stigmatizzante di stereotipi in cui il suo lavoro l'aveva incatenato, si trasforma in una fuga dalla prospettiva di finire ubriaco in qualche locale di cabaret per neri come il padre. In questa fuga Delacroix assume forse la peggior funzione stereotipata della negritudine: quella che rifiuta la propria natura e i propri valori per assumere il gioco del successo come unico valore possibile per uscire dalla condizione di negro. In questo Delacroix rappresenta l'estremo esempio della cultura occidentale e in particolare americana: il singolo che sfrutta la propria comunità per emergere (e non la comunità che si fa forza dei propri singoli per emergere come gruppo, come sosteneva Martin Luther King).

Al momento della sua morte Delacroix ricorda due citazioni, apparentemente contrastanti tra loro; una del "grande negro" James Baldwin che dice che ognuno paga per le sue azioni, e paga ancora di più per ciò che ha consentito a se stesso di diventare, cosa che paga in modo molto semplice: conducendo la vita che conduce. E l'altra è l'ammonizione di suo padre: ricorda di far sempre ridere lo spettatore, fallo ridere sempre!

La sua morte rappresenta il fallimento di tutto il processo, Delacroix è infine *Bamboozled*, ingannato e ucciso dalla propria coscienza (Slone) che per tutta la durata del film ha sempre tentato di ammonirlo sulle conseguenze delle proprie posizioni.

In un'intervista (Crowdus e Georakas, 2001), Lee sostiene che oggi nessuno si tinge più la faccia con il sughero bruciato, ma quest'ultimo è ottenuto in modi più sofisticati e subdoli, come i video di Gangster Rapper che escono sempre più spesso in TV. In quest'intervista Lee analizza la "Negritudine" e la schiavitù prendendo come simbolo rappresentativo il

concetto di compromesso. L'attenzione quindi si sposta sul cosa è eticamente sacrificabile nella negoziazione della propria identità per un guadagno personale e, implicitamente, Lee analizza il concetto di assimilazione e identità della cultura nera.

In *Bamboozled* ci si pone la domanda: com'è possibile essere orgogliosi di essere neri e contemporaneamente non sentirsi alienato in una cultura che porta al disprezzo per i neri? Il tema è quindi quello della "doppia coscienza", definita così da Du Bois e successivamente ripresa da Fanon (Gilroy, 2003): la condizione dei neri di essere nello stesso tempo dentro e fuori le regole e i diritti delle società in cui gli schiavi neri venivano deportati, che ha prodotto un sentimento comune di sofferenza che permane nei neri occidentali in una sorta di "memoria collettiva della schiavitù". La doppia coscienza dunque mette in condizioni i neri di trovarsi schiacciati fra due identità, quella occidentale e quella nera, il quale contrasto rischia di esaurire la soggettività dell'individuo. E può portare a un self-hate (odio verso se stessi).

Frantz Fanon in *Pelle nera, maschere bianche* del 1952 analizza le conseguenze sociali e storiche e gli effetti psicologici del colonialismo e del razzismo e discute a proposito delle patologie correlate a questi processi. Più specificatamente esplora il concetto di "alienazione" che il colonialismo porta con sé dentro ai colonizzati. Per Fanon l'alienazione è l'incubatrice del self-hate, dell'odio per il sé, che sperimentano i colonizzati, la cui identità, valori e visione del mondo viene manipolata dai colonizzatori (Fanon, 1996). Il self-hate è un dispositivo psicologico che il colonizzatore infligge sul colonizzato. Come risultato, la struttura mentale del colonizzato può essere compresa solo come una serie di nevrosi che contribuiscono al sentimento negativo e insano del self-hate. In questo processo esiste un paradosso: come il colonizzato imita il colonizzatore (nevrosi) così inizia a sottomettere l'altro della propria cultura. Quello che succede dietro a questo paradosso è il concetto di "Negritudine". Questo è il nodo del pensiero di Fanon. La negritudine è insieme un movimento politico e una filosofia, che fornisce una rappresentanza e autonomia ai colonizzati. Perché la negritudine fornisca una rappresentanza ai neri, i neri devono vedere se

stessi non come un problema per la società e come individui inferiori. Il contributo che Fanon porta consiste nei concetti di negritudine e alienazione, che entrambe ci dimostrano la complessità dell'identità in un processo di negoziazione sociale. Ugualmente importante per Fanon è il concetto di assimilazione dei processi, nei quali il colonizzato è forzato a rinnegare i propri ideali per acquisirne di nuovi. Il self-hate e l'assimilazione di nuovi valori, imposti e non negoziati all'interno di una cultura sfavorevole è presente in molti personaggi neri, che fanno dei conflitti interni il filo conduttore del film. I vari personaggi infatti che alla fine del film hanno un esito drammatico (Delacroix, Mangia e dormi, Mantan e i Mau Mau) sono portatori di quei conflitti che Fanon concettualizzava come conseguenze dell'alienazione e dello sforzo che la doppia coscienza porta naturalmente a fare per poter diventare neri e americani.

Riferimenti Bibliografici

- Anolli, L. (2002). Discomunicazione e comunicazione patologica. In L. Anolli (a cura di), *Psicologia della comunicazione*. Bologna: Il Mulino.
- Anolli, L. e Infantino, M.G. (1997). La pelle della volpe. L'ironia come strategia di comunicazione conveniente. *Studi Italiani di linguistica Teorica e Applicata*, 26, 500-528.
- Bodo, S. e Cifarelli, M.R. (2006). *Quando la cultura fa la differenza. Patrimonio, arti e media nella società multiculturale*. Roma: Maltemi.
- Crowdus, G. e Georakos, D. (2001). Thinking about the power of images: An interview with Spike Lee. *Cineaste*, 26, 4-6.
- Fanon, F. (1996). *Pelle nera, maschere bianche*. Milano: Marco Tropea Editore.
- Flory, D. (2011). *Bamboozled: philosophy through Blackface*. In M.T. Conrad (a cura di), *The Philosophy of Spike Lee*. The University press of Kentucky.
- Gilroy, P. (2003). *The Black Atlantic. L'identità nera tra modernità e doppia coscienza*. Roma: Meltemi.
- Hamilton, D.L. e Sherman, J.W. (1994). Stereotypes. In R.S. Wyer e T.K. Srull (a cura di), *Handbook of Social Cognition* (II ed., Vol. 2). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Jackson, R.L. (2002). Exploring African American identity negotiation in academy: Toward a transformative vision of African American communication scholarship. *Howard Journal of Communication*, 13, 43-57.
- Jost, J.T. e Banaji, M.R. (1994). The role of stereotyping in system-justification and the production of false consciousness. *British Journal of Social Psychology*, 33, 1-27.
- Marchetti, A., Massaro, D. e Valle, A. (2007). *Non dicevo sul serio. Riflessioni su ironia e psicologia*. Milano: Franco Angeli.

- Moghaddam, F.M. (2002). *Psicologia Sociale*. Bologna: Zanichelli Editore.
- Querini, P. e Lubrani, F. (2004). *Ironia, umorismo e disagio psichico*. Milano: Franco Angeli.
- Powell, G.A. (2003). *A Rhetoric of Symbolic Identity: An analysis of Spike Lee's X and Bamboozled*. Howard University Press.
- Slaner, S.E. e Clyne, S. (2008). The Use of Spike Lee's Bamboozled to Promote Difficult Dialogues on Race. *Human architecture: journal of the sociology of self-knowledge*, VI, 1, 2008, 7-16.
- Taylor, D.M., Wright, S.C., Moghaddam, F.M. e Lalonde, R.N. (1990). The personal/group discrimination discrepancy: Perceiving my group, but not myself, to be a target for discrimination. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, 254-262.

NON PER CUSTODIRCI

di Federica Niro

psicologa, allieva Scuola di Psicoterapia Comparata

I manicomio

Premessa storica

Quanti di noi si sono spesso interrogati sul significato, sulla forma, sul senso attribuiti alle parole? Quanti pensano a Shakespeare e alla rosa che profumerebbe come tale anche con altro nome? Come distinguere e districarsi tra i termini frenocomio, manicomio e ospedale psichiatrico, per non aggiungere le denominazioni delle 3.527 strutture che esistono attualmente in Italia a loro sostituzione?

La risposta a questa domanda è complessa e articolata e perciò affrontata svariate volte da scienziati e pensatori, nel tentativo di delineare un corpus storico di riferimento omogeneo e coerente.

La storia dell'assistenza ai malati mentali non nasce come risposta a un problema medico, ma per affrontare una precisa esigenza sociale: il cittadino chiedeva allo Stato che il folle fosse assicurato alla giustizia e messo nelle condizioni di non nuocere alla società "sana". Ciò ha determinato che le norme riguardanti la malattia mentale ricadessero nel diritto penale piuttosto che civile e che la pena prevista per il malato mentale fosse la segregazione e la sospensione dei diritti civili e umani.

L'idea che quelli che allora venivano chiamati folli dovessero essere separati e allontanati dal resto della società si diffuse prepotentemente tra il 1620 e il 1650 con il *grande internamento*, quando iniziarono a sorgere in tutta Europa strutture isolate (variamente denominate: manicomio, frenocomio, ospizio, ospedale generale, casa di lavoro o di reclusione)

specificatamente costruite per contenere, dalle parole di Michel Foucault "una popolazione senza risorse né legami sociali che si era trovata abbandonata, o era stata resa fluttuante, a causa del nuovo sviluppo economico" (1961, p. 94): oziosi che gravavano sulle famiglie incapaci di mantenerli, prostitute, vagabondi, delinquenti, prigionieri politici e personaggi scomodi e/o possibile motivo di vergogna per la società del tempo.

Il passaggio successivo per comprendere l'evoluzione della figura del malato di mente e, di conseguenza, delle strutture adibite alla sua contenzione/cura, è quello di inquadrare la figura di Philippe Pinel: nel 1792 in Francia, in piena Rivoluzione Francese, diventa direttore della Salpêtrière, la più importante e famosa casa di reclusione psichiatrica dell'epoca; constatando le pessime condizioni delle persone rinchiuso all'interno della struttura e forte delle sua precedente esperienza alla Bicêtre di Parigi, Pinel libera i malati mentali dalle catene che li imprigionavano assicurando loro migliori condizioni igieniche e sanitarie, apre le celle e si propone di curare metodicamente i pazienti gravi non limitandosi a custodirli negli ospizi. Questo atto segna il primo tentativo di *de-oggettivizzare* le strutture manicomiali a favore della presa in carico medica e curativa degli individui.

Nonostante nella ricostruzione storiografica classica Pinel (come Tuke, autore di un'azione simile in Inghilterra) sia ricordato come il filantropo che ha liberato la follia imprigionata, Foucault decostruisce il mito della liberazione dei folli in quanto constata come sia solo variata la forma di privazione della loro libertà - al

posto delle catene Pinel introduce le camice di forza e minaccia i pazienti con ogni sorta di punizione fisica - e smonta anche il mito dell'apertura dell'asilo alla scienza e alla medicina, poiché Pinel non introduce la scienza nell'istituzione bensì vi lascia penetrare la figura del medico potente e autoritario che instaura una serie di meccanismi repressivi, diversi da quelli della giustizia e attinti dalla vecchie pratiche terapeutiche.

Dunque la riflessione sul potere dello psichiatra e sulla funzione fittiziamente terapeutica dell'istituzione totale, conducono all'esacerbarsi di un clima repressivo in cui nel 1814 viene istituita in Inghilterra la prima commissione per l'indagine sui manicomi; in seguito, il 30 giugno 1838, viene varata in Francia una legge ad hoc per gli ospedali psichiatrici, che regola le modalità e le condizioni del ricovero e delle dimissioni degli alienati in tali strutture. Si deve alla legislazione liberale francese l'inquadramento giuridico dell'internamento psichiatrico e degli istituti che devono assicurarli ovvero gli Ospedali Psichiatrici Pubblici (O.P.P.): strutture nelle quali gli alienati devono essere obbligatoriamente portati, con ordinanza del prefetto, quando la loro alienazione comprometta l'ordine pubblico o la sicurezza delle persone.

Quindi le leggi varate in Gran Bretagna nel 1844 e in Italia nel 1904 sono entrambe figlie della legge francese.

In Italia: la prima metà del Novecento

La prima legge italiana sull'assistenza psichiatrica "Disposizioni e regolamenti sui manicomi e sugli alienati" viene promulgata il 14 febbraio 1904 dal governo Giolitti e completata nel 1909 dal regolamento esecutivo. La Legge n. 36/1904 dispone che "debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualsiasi causa da alienazione mentale quando siano pericolose a sé o agli altri, o siano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi".

Il ricovero avviene esclusivamente con la certificazione di un medico e l'ordinanza del questore: nell'arco di circa un mese, al termine

di osservazioni da parte del direttore del manicomio, la persona viene dimessa o costretta al ricovero definitivo e coatto. In seguito è nominato un tutore al fine di privare il neo-internato di ogni suo diritto civile: il diritto a ereditare, a sposare, a comprare e vendere, ad amministrare il proprio patrimonio, a votare e a essere genitore. Nei rarissimi casi di dimissione, questa avviene sotto la diretta responsabilità del direttore dell'istituto e vincolata a una specifica certificazione di guarigione, a meno che la famiglia non "ritirasse l'alienato" con l'autorizzazione del tribunale.

La Legge affida così l'internamento dei folli alla psichiatria, una nuova disciplina che tenta di iscriversi nell'ambito della medicina classica ma si trova in un regime di eccezione dovuto alla definizione, da parte della legislazione stessa, del suo oggetto di studio oltre che della sua funzione sociale. Il concetto di pericolosità sociale rappresenta infatti la ragione della sanzione giuridica che colpisce il malato e il medico, reso responsabile delle lesioni auto ed etero dirette dell'infermo in caso di mancata custodia; costituisce anche una sorta di "grande categoria diagnostica su cui la psichiatria ritaglia e differenzia la classificazione delle malattie mentali" (Basaglia e Giannichedda, 1982, p. 448). È evidente che l'alleanza che la psichiatria stringe con lo Stato per l'internamento dei malati di mente dia un'inclinazione politica al sapere psichiatrico che, imprigionato nel modello ausiliare contenitivo e totalizzante, transita inalterato nei regimi democratici fino alla seconda metà del XX secolo.

In Italia: la seconda metà del Novecento

La crisi degli O.P.P. si apre in Inghilterra, Francia e Stati Uniti con la fine della Seconda Guerra Mondiale, quando diversi esperimenti di trattamento non costrittivo dei malati di mente stimolano una prima serie di riforme in materia, che tuttavia non riducono il numero di internati né modificano il carattere sociale e contenitivo delle strutture nelle quali la persona viene custodita piuttosto che presa in cura.

La critica si estende successivamente a tutti i paesi occidentali e a gran parte dell'America latina: a partire dagli anni Cinquanta il concetto di manicomio viene sottoposto a critiche dure e

radicali, mosse dal desiderio di modificare la percezione della malattia mentale come esclusione dall'ordine di legittimazione sociale; si cerca di sollevare la questione dell'umanità dei malati, dei loro diritti e del loro valore soggettivo e individuale mirando all'analisi della sofferenza dell'individuo dalla sua genesi lungo il decorso disseminato di influenze sociali e minato dall'ospedalizzazione totalizzante.

La critica coinvolge anche il sapere psichiatrico nato nella cornice dell'internamento e ne mette in forte questione l'utilità e la coerenza con i principi delle democrazie costituzionali (Giannichedda, 2005a, pp. 23-24).

In Italia le procedure portate avanti dalla legislazione del 1904 rimangono inalterate fino al 1968, quando viene votata in Parlamento la Legge n. 431 "Provvidenze per l'assistenza psichiatrica": è il primo passo verso il riconoscimento dei diritti civili del malato, per il quale viene istituito il ricovero volontario e introdotta la possibilità di trasformare il precedente ricovero coatto in volontario in corso di degenza, previo accertamento del consenso del paziente. L'articolo 4 afferma infatti che "l'ammissione in ospedale psichiatrico può avvenire volontariamente, su richiesta del malato, per accertamento diagnostico e cura su autorizzazione del medico di guardia".

L'importanza di questa legge sta inoltre nel tentativo di apporre alcune trasformazioni organizzative nell'ospedale psichiatrico, tendenti a equipararlo agli ospedali generici e nell'istituire attività preventive e di cura fuori dalle mura manicomiali.

La legge - prevedendo l'abrogazione dell'art. 604 del vecchio codice di procedura penale nel quale era contemplato l'obbligo di annotazione dei provvedimenti di ricovero e dimissione dall'ospedale psichiatrico nel casellario giudiziario - prosegue nella direzione di un riconoscimento del malato in quanto persona. Inoltre, grazie all'istituzione dei Centri di Igiene Mentale (C.I.M.), dei servizi per terapie psichiatriche e psicoterapeutiche si formalizza l'ingresso della disciplina psichiatrica sul territorio locale.

È proprio a partire dagli anni Sessanta che in tutta Europa prende corpo l'idea di riformare ulteriormente l'approccio al trattamento della salute mentale, con particolare attenzione alle

forme di istituzionalizzazione altamente deprivanti presenti nei vari paesi. Sulla scia di questi capovolgimenti in Italia è Franco Basaglia a impegnarsi maggiormente sulla questione di "distruggere l'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione" (1964).

Durante la sua formazione Basaglia si convince che il malato di mente ha bisogno non solo delle cure per la sua malattia ma anche di un rapporto umano con chi lo cura: il medico deve restare in ascolto dell'altro e spogliarsi di ogni costruzione e certezza operando una sospensione del giudizio e di tutte le categorie pre-formate per poter ridare parola al paziente. Quest'ultimo, trattato come uomo, non presenta più una malattia ma una crisi esistenziale, sociale e familiare che sfugge a qualsiasi diagnosi e della quale è necessario salvaguardare la soggettività di fronte alla violenza del sapere psichiatrico: perché il malato mentale collocato nel contesto tecnico perde la dignità di essere umano.

Basaglia attua un progetto politico di radicale cambiamento della psichiatria, di cancellazione dello squilibrio di forza medico-folle, di riconduzione dell'individuo nella società che lo aveva escluso, di riappropriazione da parte dell'individuo del diritto alla produzione della propria verità e storia personale.

Contro la ghettizzazione della sofferenza psichica egli avvia *esperienze di de-istituzionalizzazione* a Gorizia e Trieste, nel tentativo di *de-costruire* il paradigma dell'internamento come organizzazione e come cultura, promuovendo il coinvolgimento della società e dell'opinione pubblica nei processi di apertura degli ospedali psichiatrici, di reinserimento sociale degli internati e di costruzione di servizi di salute mentale in grado di sostituirsi all'O.P.P. (Giannichedda, 2005).

In questo contesto nasce la Legge n. 180 del 13 maggio 1978 "Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori" che stabilisce che è il diritto della persona alla sua cura e alla sua salute alla base del trattamento sanitario anche nell'ambito psichiatrico, a prescindere dalla legittimazione sociale. Vengono vietati l'internamento nei manicomi e la costruzione di nuove strutture; si stabilisce la volontarietà degli accertamenti e dei trattamenti sanitari, per cui è concessa la possibilità di

essere ricoverati nei reparti di psichiatria degli ospedali generici.

Qualora si presentino "alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici" e si siano rivelati inefficaci tutti i tentativi in tal senso può essere richiesto il Trattamento Sanitario Obbligatorio (T.S.O.), attuabile presso le strutture territoriali e/o a domicilio; fondamentale sottolineare come anche durante il T.S.O. siano garantiti diritti di libera comunicazione ed eventuale ricorso da parte del paziente contro il provvedimento e si tenti in ogni modo di ricercare il suo consenso alle cure.

Il nodo centrale della L. n. 180/78 è l'assenza di ogni riferimento alla presunzione e al giudizio di pericolosità a favore della mancanza di consapevolezza della malattia da parte del soggetto, usata come criterio di giudizio. Questo aspetto comporta su un piano psicologico individuale e comunitario la rivalutazione della persona malata di mente: se questa rifiuta il trattamento psichiatrico proposte non rappresenta più una minaccia alla stabilità sociale, ma è il segno della sua alterazione psichica, oltre a incarnare la paura, storicamente fondata, del manicomio e dei suoi effetti di stigmatizzazione.

La L. n. 180/78 confluisce nella L. n. 833 del 23 dicembre 1978 che istituisce il Sistema Sanitario Nazionale (S.S.N.) e demanda progetti e organizzazione alle Regioni, a piani sanitari regionali e a leggi-obiettivo. Vengono così istituite le A.S.L. (Azienda Sanitaria Locale) a livello nazionale e i Dipartimenti di Salute Mentale (D.S.M.), strutture organizzative e organi di coordinamento, suddivise al loro interno in altre strutture che rispondono alle più diverse esigenze:

- Centri di Salute Mentale e Ambulatori per l'assistenza territoriale e domiciliare;
- Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e Day Hospital per l'assistenza in regime di ricovero;
- Centri Diurni per gli interventi socio-riabilitativi in regime semi-residenziale;
- Strutture residenziali per gli interventi terapeutico-riabilitativi in regime residenziale, divisi in comunità ad alta, media o bassa protezione in base al tempo necessario per gli interventi riabilitativi.

Essendo entrambe leggi-quadro si è assistito a una diversa applicazione da parte di ogni ente territoriale (regione, provincia, comune) tanto che in alcuni territori (specie nel sud d'Italia) non è stata ancora attuata completamente.

Per affrontare questo problema la legislazione ha proposto, a partire dal 1994, una serie di Progetti Obiettivo per la tutela della salute mentale, che hanno cercato di riordinare la materia specialmente sul piano attuativo. L'approvazione del primo Progetto Obiettivo Nazionale per la Salute Mentale segna una tappa storica in materia di assistenza psichiatrica italiana; a sua volta, il secondo Progetto Obiettivo (1999/2000) precisa quali debbano essere le strutture e i servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale, ne definisce gli standard di funzionamento e di fatto conferma i contenuti della L. n. 180/78.

Purtroppo, però, a distanza di più di trentacinque anni dall'approvazione della legge, le problematiche di attuazione disomogenea e incoerente non sono state ancora risolte completamente e permangono consistenti difficoltà nell'attuare tale disciplina.

Attualmente nel nostro paese ogni D.S.M., inteso come l'insieme delle strutture psichiatriche di una A.S.L., ha un bacino di utenza di circa 150.000 abitanti e il rapporto organico/utenza è di un operatore ogni 10.000 abitanti; le figure professionali che vi operano sono psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori, ausiliari e personale amministrativo. Le finalità di questa struttura sono la programmazione e la gestione di tutti i servizi che le fanno capo, tra cui l'integrazione con l'ospedale e il relativo Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) con le associazioni e le cooperative di volontariato.

I 76 manicomi attivi in Italia nel 1978 sono stati quindi sostituiti, come accennato in precedenza, da 3.527 strutture così suddivise nel nostro territorio:

- 320 Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (S.P.D.C.);
- 1.341 Strutture residenziali, a loro volta divise in Comunità Terapeutica Riabilitativa (C.T.R.), Gruppo Appartamento (G.A.) e Comunità Alloggio (C.A.);
- 257 Strutture semi-residenziali (Day hospital);

- 433 Imprese Sociali Residenziali e Semi-residenziali;
- 481 Strutture semi-residenziali (Centri diurni);
- 695 Centri di Salute Mentale (C.S.M.).

Un'esperienza personale

La scelta di trattare questo argomento nasce da un mio interesse nei confronti delle attuali disposizioni in merito alla malattia mentale, nella sua moltitudine di sfaccettature, attraverso le quali si legittimano le scelte nei confronti dei nuovi pazienti e non solo.

Nonostante Basaglia sia riconosciuto come figura fondamentale e innovativa in materia è legittimo domandarsi quanto oggi siano rispettate e applicate le sue idee, soprattutto alla luce di quello che si osserva sul nostro territorio e delle testimonianze di coloro che non trovano nella sanità pubblica il giusto supporto.

A prescindere dalle colpe e dalle cause che hanno portato ad un'applicazione del tutto parziale della L. n. 180/78, mancante di una valida ed esperta alternativa alla chiusura dei manicomi, è evidente la necessità di ovviare a questa problematica.

A questo proposito è illuminante il film-documentario "Dall'altra parte del cancello" di Simone Cristicchi, cantante e attore, socialmente impegnato e interessato in prima persona al tema in questione. Il documentario e il libro, accompagnati dall'omonimo album, affrontano il difficile tema della chiusura dei manicomi che, al contrario di quanto molti pensano, è avvenuta definitivamente solo nel 1996. Cristicchi vive in prima persona e racconta la realtà della malattia mentale in un viaggio che attraversa vari ex-manicomi italiani (Volterra, Roma, Siena e Genova) e alcune strutture che si occupano attualmente di persone con disturbi psichiatrici (Centri diurni e Residenze Assistite); degenti, psicologi, psichiatri e infermieri raccontano le loro esperienze in prima persona, non mediate da intenti giornalistici, e raccolte secondo un approccio descrittivo realistico che fa emergere ricordi, considerazioni e amarezza.

Alla luce di queste riflessioni ho maturato la curiosità di conoscere la regolamentazione della salute mentale negli altri paesi occidentali. Se

inizialmente mi sono interessata agli Stati Uniti, paese che si fonda quasi esclusivamente sull'industria psichiatrica e psicofarmacologica, l'occasione di andare a Parigi ha spostato il mio interesse sulla Francia. Nel dicembre 2011 ho visitato l'ospedale psichiatrico Sant'Anna di Parigi che, al contrario delle strutture del documentario di Cristicchi, è in piena attività.

Centre Hospitalier Sainte Anne de Paris

Nel 1984 Marcella Balconi, pioniera della neuropsichiatria infantile italiana, scrive del centro Sant'Anna: *"era un ospedale moderno, un ospedale psichiatrico aperto dove i malati (tranne i malati più gravi, che stavano in una casetta) circolavano liberamente, andavano in paese. C'era un gruppo di psicoanalisti che preparavano i medici dell'ospedale, e quanti si dovevano occupare di problemi psichiatrici"* (pp. 9-10).

L'ospedale psichiatrico Sant'Anna di Parigi è attualmente uno dei centri specializzati in psichiatria più conosciuti della Francia. Si trova oggi in una zona della città (15° arrondissement) che già dal XIII secolo ha conosciuto la sua vocazione ospedaliera: inizialmente costruito come ricovero per malati contagiosi, in particolare gli appestati, diventa un vero e proprio ospedale grazie all'intervento di Anna d'Austria nel 1650. Tuttavia, a causa dello scarso utilizzo della struttura, questa viene trasformata ben presto in una fattoria a disposizione degli alienati del manicomio della Bicêtre ed è nota negli anni successivi per le sue attività lavorative e ricreative dedicate ai malati. È Napoleone III a decretare la costruzione di un ospedale psichiatrico sulla fattoria Sant'Anna designato con il nome di asilo clinico e destinato a essere un luogo di ricerca e trattamento delle malattie mentali. L'asilo è inaugurato il 1 gennaio del 1867 e ospita il suo primo paziente il 1 maggio dello stesso anno. Utilizzando le tecniche terapeutiche, se con questo nome possono essere chiamate, più all'avanguardia per l'epoca, l'ospedale sviluppa un filone di ricerca molto importante e approfondito in materia.

Nel 1892 viene dotato di un servizio odontoiatrico, di un servizio di consulenza gratuita al fine di ridurre gli internamenti e di un padiglione di chirurgia generale destinato al

trattamento chirurgico dei malati. La struttura, nettamente moderna per l'epoca, contava inoltre sale a settiche e sterilizzate, laboratori di radiologia e biologia, una sezione di ostetricia e veri e propri reparti di lunga degenza.

Dagli anni Quaranta agli anni Sessanta vengono introdotti progressivamente: i primi laboratori di elettroencefalografia di Francia (una sezione di bio-psicopatologia dell'infanzia che si dedica tanto al bambino quanto alla famiglia sia dal punto di vista affettivo che cognitivo); le prime somministrazioni di neurolettici come preludio della rivoluzione nei trattamenti psicofarmacologici; le tecniche di neurochirurgia stereotassica (o funzionale) e del dolore tutt'oggi utilizzate e una sezione per le urgenze psichiatriche aperta 24 ore su 24 tutto l'anno, denominata Centro Psichiatrico per l'Orientamento e l'Accoglienza (C.P.O.A.).

Infine, dal 1970 vengono create strutture all'aperto, cliniche, case di post-cura e appartamenti terapeutici; nel 1974 è costituito il reparto di neurologia dotato di attrezzature innovative come scanner per la tomografia e la risonanza magnetica che contribuiranno alla nascita della radiologia terapeutica.

La legge francese

La legge francese a cui far riferimento per il quadro giuridico e per i diritti delle persone ospedalizzate in ambito psichiatrico è la Legge n. 90-527 del 27 giugno 1990 che regola la presa in carico e le pratiche sia per l'ospedalizzazione che per un'eventuale procedura di reclamo e dimissione anticipata.

Una circolare del 2 marzo del 2006 relativa ai diritti delle persone ospedalizzate, integrata alle disposizioni della L. n. 90-527/1990, ha prodotto la *Carta delle persone ospedalizzate* che recita:

1. Tutte le persone sono libere di scegliere la struttura sanitaria dove essere ricoverate nei limiti delle possibilità delle strutture simili. Il servizio pubblico ospedaliero è accessibile a tutti, in particolare alle persone economicamente svantaggiate e, in caso di urgenza, alle persone senza assicurazione sanitaria. È adatto alle persone disabili.
2. Le strutture sanitarie garantiscono la qualità dell'accoglienza, dei trattamenti e delle cure. Sono attente ad alleviare il dolore e si adoperano per assicurare una fine di vita dignitosa. È rispettato il diritto della privacy.
3. Le informazioni date al paziente devono essere accessibili e legali. Le persone ospedalizzate partecipano alle scelte terapeutiche che le riguardano. Si possono far assistere da una persona di fiducia che scelgono liberamente tra parenti e amici, come previsto dal decreto n. 1111-6 del 2002.
4. Le cure mediche possono essere praticate solo su deliberato e libero consenso del paziente. Ha il diritto di rifiutare ogni trattamento, a eccezione dei ricoveri d'urgenza così come previsto dalla legge.
5. Tutti coloro che partecipano a una ricerca scientifica nell'ambito della struttura sono obbligati a dare il loro consenso informato per l'utilizzo del materiale da loro raccolto, organico e non.
6. Tutti coloro che partecipano a una ricerca scientifica vengono informati dei rischi e dei benefici previsti e il loro eventuale rifiuto di partecipare non preclude la qualità delle cure mediche a loro necessarie.
7. Le persone ospedalizzate possono, a eccezione dei casi d'urgenza previsti dalla legge, abbandonare in ogni momento il ricovero, dopo essere state informate degli eventuali rischi ai quali si espongono dopo le dimissioni.
8. Le persone ospedalizzate (o i suoi rappresentanti legali) beneficiano di un libero accesso alle informazioni sanitarie e alla cartella clinica che le riguarda, come previsto dal decreto del 5 marzo 2004. A certe condizioni gli eredi hanno il medesimo diritto in caso di morte del paziente.
9. Le persone ospedalizzate possono esprimere le loro osservazioni sull'accoglienza e sulle cure ricevute. In ogni struttura una commissione designata per le relazioni con gli utenti sorveglia, a cadenza regolare, che i diritti

dei pazienti siano rispettati secondo la legge. Tutti gli utenti hanno il diritto di essere ascoltati da un responsabile della struttura per esprimere le loro lamentele e per domandare l'apertura di un'inchiesta che le verifichi.

In merito all'ultimo punto l'articolo 332-3 stabilisce, infatti, che almeno una volta a trimestre una commissione composta da uno psichiatra e un magistrato designati dalla Corte d'Appello e da uno psichiatra e un rappresentante di un'organizzazione dei familiari dei malati mentali, visiti gli istituti per controllare che gli articoli 326-1/2/3 siano rispettati e per raccogliere eventuali lamentele da riportare, nei casi necessari, al giudice del Tribunale d'Istanza.

La commissione è in ogni caso informata di tutti i T.S.O., dei rinnovi di ospedalizzazione e delle dimissioni; inoltre è tenuta a esaminare tutti i ricoveri coatti, quelli che avvengono per domande fatte da terze persone e quelli il cui decorso supera i 3 mesi. Nel caso in cui siano riscontrate irregolarità ai sensi della legge ha la facoltà di ordinare dimissioni immediate.

La mia visita

È una giornata grigia, con un po' di foschia e qualche goccia di pioggia che cade: l'ospedale appare una città nella città, palazzine scure e alte circondate da piccoli giardini, in giro le poche persone che ci sono mi guardano con sospetto; mi sembra di essere nel film "Shutter Island".

La sensazione dura comunque pochi attimi perché vengo raggiunta da una tirocinante che mi introduce al luogo: l'agglomerato è molto grande e composto principalmente da un'area psichiatrica e da un'area neurologica, da tanti padiglioni più o meno accessibili al pubblico e a noi. L'ospedale accoglie i pazienti del 5°, 6°, 14°, 15° e 16° *arrondissement* di Parigi in 11 servizi psichiatrici e il Centro Neurologico Raymond Garcin, sette padiglioni per gli adulti e due per l'infanzia/adolescenza; consta inoltre di una clinica per malattie mentali e dell'encefalo, un servizio regionale medico-psicologico, un servizio specializzato sulle dipendenze e l'esclusione sociale, un centro

informazioni per i pazienti e le famiglie, una biblioteca, una farmacia e una caffetteria. L'ospedale è aperto anche agli studenti universitari della facoltà di medicina Paris Descartes.

La prima tappa è il centro informazioni dell'ospedale, una piccola casetta a sé stante adibita esclusivamente a dare informazioni di carattere pratico sull'ospedale, sull'accoglienza e la presa in carico: un dipendente, accompagnato da opuscoli e depliant informativi, spiega a una coppia che la presa in carico in psichiatria è subordinata sia al tipo di servizio richiesto sia alla dislocazione geografica del settore in cui si abita. Infatti, in Francia, la legislazione prevede che, al fine di assicurare una migliore osservazione della popolazione in materia di salute mentale, a seconda della domiciliazione i pazienti siano direzionati in centri diversi.

Per coloro che hanno accesso diretto alle cure, in casi di urgenza, ci sono quattro strutture delegate: il Servizio di Accoglienza e Urgenza, il Centro di Accoglienza e Crisi, il Centro Psichiatrico per l'Orientamento e l'Accoglienza (che sono aperti 24 ore su 24) e il Centro Medico-Psicologico (aperto dalle 9.00 alle 19.00). Per coloro che hanno accesso alle cure su prescrizione medica è prevista sia la completa ospedalizzazione che la degenza diurna, oltre alla possibilità di accedere ai servizi sopra citati di post-cura, come appartamenti terapeutici e centri terapeutici a tempo parziale. L'ospedalizzazione al Sant'Anna è specializzata in disturbi dell'umore, del comportamento alimentare e dell'apprendimento; tossicomania e alcoolismo; presa in carico di anziani, bambini e adolescenti sordi o emarginati. Il personale tecnico è per lo più composto da infermieri e psichiatri, molti dei quali hanno l'abilitazione alla psicoterapia, e da un basso numero di psicologi.

Proprio per questo motivo l'assessment e il processo diagnostico risultano fondamentali nella struttura: per ogni paziente che arriva al Sant'Anna la consultazione psichiatrico-psicologica è un passaggio obbligato al fine di definire una diagnosi in base alla quale il personale decide come procedere. Il criterio discriminante più utilizzato è l'insight di malattia, in base al quale vengono ricoverati nei padiglioni K, J, I e H.

Il ricovero è caratterizzato dal trattamento farmacologico e psicologico individuale e/o di gruppo; è integrato da attività educative e ricreative svolte sia all'interno dei locali ospedalieri che nel giardino esterno quando la stagione lo permette: atelier di scrittura, fotografia, lettura, pittura, teatro e improvvisazione, respirazione yoga e posturale, tecniche di rilassamento.

Eccezione fatta per i pazienti del *pavillon fermée* ovvero il padiglione chiuso all'interno del quale sono internati gli psicotici gravi che sottostanno a una regolamentazione più ferrea, gli altri pazienti sono generalmente liberi di muoversi all'interno della struttura entro i confini del padiglione di appartenenza e nel giardino dell'intero agglomerato; hanno diritto a permessi per uscire dall'ospedale durante il giorno e alle visite giornaliere di parenti e amici. Mi trovo nuovamente protagonista di un film quando vengo introdotta nel padiglione dei pazienti volontari; è appena passata l'ora del pasto e i degenti sono tutti in fila davanti a una porta per prendere le medicine: sono in "Qualcuno volò sul nido del cuculo". Le infermiere dal viso stanco compiono questa operazione meccanicamente e senza perdersi in chiacchiere, i pazienti avanzano silenziosi e rassegnati. Nell'arco della giornata e della settimana i degenti hanno a disposizione le attività già descritte, sale comuni, consultazioni e controlli medici, possibilità di consulti psicologi programmati o meno, visite e uscite. È così che passano il tempo in questo padiglione, in cui permangono per un tempo che va da una settimana a tre mesi.

Per quanto riguarda il Centro Neurologico Garcin, l'accesso viene programmato dopo una precisa prescrizione medica o in casi di urgenza; prevede inoltre un servizio di consulenza su appuntamento. Il centro è composto da reparti di neurochirurgia, neurologia, medicina fisica e riabilitativa, neurorianimazione e neuroanestesia, neuroradiologia e da laboratori di biologia e neuropatologia, all'intero dei quali viene svolta gran parte della ricerca neuroscientifica di Francia.

A mio parere è evidente che questo ospedale sia una struttura ben organizzata che funziona ed è ben vista dalla società francese. Certo è che non è tutto oro ciò che luccica e qualche difetto salta subito all'occhio: dall'estrema

categorizzazione diagnostica all'elettroshock passando per l'uso eccessivo di psicofarmaci.

L'elettroshock

Parlando delle attività svolte all'interno dell'ospedale rivolgo molte domande alla tirocinante e la conversazione ci porta al racconto di un'esperienza che ha vissuto poco tempo prima riguardo un paziente che è stato sottoposto a Terapia Elettroconvulsivante (TEC). Mi parla di un uomo arrivato al Sant'Anna in forte stato depressivo e confusionale e resistente ai trattamenti psicofarmacologici di regolazione dell'umore; dichiarato pertanto in stato di emergenza e a grande rischio suicidiario, la presa in carico psichiatrica e la conseguente ospedalizzazione sono immediate. Lei racconta: "Passate alcune settimane dall'ospedalizzazione ho avuto nuovamente l'occasione di assistere a una sua seduta, dalla quale sono rimasta emotivamente e professionalmente turbata. Il paziente, a colpo d'occhio, era cambiato; il corpo e il viso portavano con evidenza dei chiari segni di un trauma vissuto; presentava movimenti fortemente rallentati, tremolio agli arti superiori, mimica facciale impoverita, spossatezza e incapacità sul piano cognitivo a esprimere correttamente e fluidamente il proprio pensiero. Durante la breve conversazione ha più volte chiesto dell'acqua: la bocca secca e screpolata rendevano ogni singola parola difficile da pronunciare, era visibilmente spaventato tanto da presentare momenti di mutismo. Quando lo psichiatra e lo psicoterapeuta mi hanno riferito, a conclusione della seduta, che purtroppo l'elettroshock non aveva sortito alcun effetto, rimasi basita a questa affermazione".

In Francia la TEC, detta anche *sismo de rappel*, è abbastanza frequente come terapia psichiatrica rivolta a casi gravi di depressione fisiologica, schizofrenia con allucinazioni violente, disturbi bipolari e disturbi psicopatologici farmaco-resistenti. Lo strumento utilizzato fornisce uno stimolo elettrico tra gli 0,5 e gli 8 secondi con un voltaggio compreso tra i 50 e i 150 Volt che è in grado di garantire una convulsione cerebrale generalizzata.

In Italia esistono attualmente (dato aggiornato al 2012) 6 ospedali pubblici e 3 privati che praticano la Terapia Elettroconvulsivante.

Franco Basaglia affermò che curare una persona con l'elettroshock era come "*prendere a pugni un televisore per aggiustarne la frequenza*" (1967).

Considerazioni finali

Concludendo questo scorcio sulla mia esperienza a contatto con una realtà diversa da quella italiana, mi preme sottolineare di come con questo esempio non si intenda insinuare che il lavoro di Basaglia e di chi come lui ha portato alla luce la crudeltà e la disumanità dei manicomi in Italia fino alla loro eliminazione, sia da criticare e rifuggire; bensì è necessario prendere ciò che c'è di buono e utile dal contesto francese, al fine di istituire strutture sul nostro territorio dedite alla cura della persona nella sua totalità, evitando di ricorrere a pratiche che, fisicamente e psicologicamente, violentano e/o abbandonano l'individuo. Non è eliminando le strutture che abbattiamo i muri della mente.

Doveroso a questo punto, al termine della prima parte che ha riguardato i manicomi, dedicare uno spazio a un argomento strettamente correlato e, ad oggi, oggetto di notevoli rivoluzioni e fermenti politico-sociali: gli ospedali psichiatrici giudiziari, ex manicomi criminali.

L'OPG – Ospedale psichiatrico giudiziario

Inquadramento storico

Gli attuali OPG sono la naturale prosecuzione di quei *manicomi criminali* immaginati dalla Scuola Positiva penale a partire dagli anni '70 del XIX secolo. Si posso individuare tre contesti storici ai quali corrispondono tre differenti denominazioni: con *manicomio criminale* si intende l'istituzione ideata dai criminologi positivisti nel corso del XIX secolo; per *manicomio giudiziario* si fa riferimento al periodo che va dall'apertura della prima *Sezione per maniaci* ad Aversa nel 1876 fino al 1975, data in cui entra in vigore l'ordinamento penitenziario e

la nomenclatura viene sostituita con *ospedale psichiatrico giudiziario*.

Il manicomio giudiziario, al pari degli OPP, fu chiamato a svolgere, fin dalla sua introduzione, la duplice funzione di curare e custodire: le misure di sicurezza erano funzionali alla prevenzione e all'impedimento della ripetizione del crimine. Le finalità terapeutiche appaiono in teoria complementari, e non in contrasto a quelle custodiali, nell'ottica di una funzione generale di difesa sociale.

Così come per i manicomi comuni, l'idea di fondo era quella di una connessione necessaria tra patologia psichiatrica e pericolosità: il malato di mente era ritenuto intrinsecamente pericoloso perciò la società doveva provvedere a difendersi e a difendere il malato da se stesso e qualora avesse mostrato la sua pericolosità attraverso la commissione di atti criminosi contro la legge, si sarebbe marchiato dell'etichetta di *folle reo* e quindi si sarebbe proceduto al suo internamento nei manicomi giudiziari. Dunque questi ospizi si distinguevano dai manicomi comuni solo per il grado di pericolosità dei soggetti reclusi.

Mentre Basaglia portava avanti il suo progetto di dar vita alla prima comunità terapeutica dentro un ospedale psichiatrico italiano, l'intera società italiana stava vivendo un cambiamento ad opera del Ministro della Sanità Luigi Mariotti che nel 1965 denunciava gli ospedali psichiatrici giudiziari paragonandoli a veri e propri lager nazisti; l'anno successivo nasceva a Firenze l'Associazione per la lotta contro le malattie mentali, composta da medici, infermieri e cittadini comuni. Si andava quindi definendo come il problema stesse gradualmente diventando di interesse non solo specialistico ma anche politico-collettivo.

Il rinnovato interesse dell'opinione pubblica per l'istituzione del manicomio criminale coincide storicamente con alcuni eventi di una certa importanza:

- Il movimento anti-psichiatrico attacca l'istituzione manicomiale civile e gradualmente si giunge alla riforma della Legge Giolitti.
- Una sentenza della Corte Costituzionale, la n. 110 del 1974, interviene sulla politica già in fermento introducendo il potere di revoca anticipata, cioè la possibilità di revoca

delle misure di sicurezza anche prima che sia decorso il tempo corrispondente alla durata minima stabilita dalla legge.

- Lo scandalo di Antonietta Bernardini (1974), che dopo essere stata rinchiusa a Rebibbia per un futile litigio fu spostata all'OPG di Pozzuoli, dove il letto di contenzione a cui era legata prese fuoco facendola morire dopo una lunga agonia.
- Il caso Trivini: un ex-internato aveva denunciato le pessime condizioni igieniche in cui aveva vissuto nel corso del suo internamento ad Aversa descrivendo l'indiscriminato utilizzo della contenzione come pratica quotidiana e le umiliazioni subite da lui e dagli altri pazienti da parte del personale. Alla denuncia di Trivini, si aggiunsero, con effetto domino, quelle provenienti da altri ex-internati.
- L'introduzione della Legge n. 354 del 1975 sull'ordinamento penitenziario e, con questa, l'idea di un trattamento finalizzato alla rieducazione del detenuto e consistente in atti che siano rispettosi dell'umanità e della dignità della persona.

Introducendo la denominazione OPG ed eliminando il nome di quell'istituto che per oltre un secolo aveva rappresentato un'istituzione tutta protesa all'emarginazione della persona, appare all'orizzonte il segno di una svolta.

Tuttavia si pone nuovamente il problema della mera nomenclatura come segno di cambiamento piuttosto che come cambiamento sostanziale vero e proprio. L'istituzione Ospedale Psichiatrico Giudiziario manifesta tutti i limiti di un'istituzione totale e le sue caratteristiche, a metà tra il manicomio e la prigione, producono un risultato peggiore delle sue singole componenti. Il divario tra l'assistenza psichiatrica per i soggetti rei di un crimine e per i malati di mente "comuni" cresce con la riforma di Basaglia, smascherando la funzione meramente custodiale dell'OPG e ponendo dubbi sulla legittimità di un intervento così differenziato tra malati di mente autori di reato e non.

La difficoltà nell'attuare un trattamento terapeutico, soverchiato dall'aspetto custodiale,

è esacerbata dalla reale presenza di categorie assai disomogenee di internati:

1. *Sottoposti alla misura di sicurezza dell'internamento in manicomio giudiziario* (art. 222 c.p.).
2. *Imputati a procedimento sospeso* (art. 88 c.p.p. del 1931).
3. *Condannati a pena sospesa* (art. 148 c.p.).
4. *Sottoposti a misura di sicurezza provvisoria* (art. 206 c.p.).
5. *Detenuti periziandi*.
6. *Detenuti in custodia preventiva e i condannati inviati in stato di osservazione*.
7. *Misura di sicurezza trasformata* (art. 212 c.p.).
8. *Sottoposti alla misura di sicurezza dell'affidamento a casa di cura e custodia* (art. 219 c.p.).
9. *Condannati divenuti minorati psichici* (art. 148, 5° co c.p.).
10. *Categoria residuale prevista dall'art. 258 c.p.p. del 1931*.

Legge 180 e OPG

Alla luce dell'analisi della disciplina del trattamento penitenziario riservato agli internati in relazione con le modifiche che la legge 180 ha introdotto, nonché dell'indirizzo interpretativo che si è affermato nella giurisprudenza, si può affermare che gli effetti che la legge 180 ha avuto sull'istituzione manicomiale non possono essere direttamente estesi alla normativa che regola gli ospedali psichiatrici giudiziari, nonostante il pensiero basagliano alla sua origine.

È evidente che nessuna disposizione della L. n. 180/78 si riferisce espressamente anche agli OPG, primo fra tutti il divieto di accettare nuovi ricoveri nelle strutture; inoltre la riforma manicomiale non è stata accompagnata da una parallela modifica delle norme del codice penale che regolano le misure di sicurezza.

Compreso che la legge Basaglia non ha avuto effetti diretti sulla normativa codicistica relativa alle misure di sicurezza, è tuttavia interessante capire se ne ha avuti di indiretti sulle strutture in oggetto.

A tale scopo appare opportuno fare preliminarmente il quadro delle connessioni esistenti, prima della riforma, tra OP e OPG.

Prima della L. n. 180/78 tra gli ospedali psichiatrici civili e quelli giudiziari si presentavano una serie di connessioni sia sul piano pratico sia su quello teorico. Come mostra Pelissero (2008, p. 86) i due sistemi di trattamento della malattia mentale erano entrambi fondati sulla concezione del folle come un pericolo sociale e su tale percezione si radicava, come già sottolineato, un trattamento di carattere prevalentemente custodiale.

Quando il malato di mente commetteva reati di lieve entità (che pure rientravano nel limite edittale previsto dall'art. 222 c.p.) si poteva evitare l'inoltro della denuncia a patto che una struttura manicomiale civile fosse disposta ad accogliere il malato. Questa possibilità consentiva di attenuare la rigidità del sistema delle misure di sicurezza e di lasciare che il malato evitasse l'OPG.

In fase di revoca della misura di sicurezza si verificava spesso che, nella valutazione circa la permanenza o meno della pericolosità del soggetto, si tenesse conto della possibilità di affidarlo ad un ospedale psichiatrico dopo aver lasciato la struttura giudiziaria, consentendo quindi una liberazione più “a cuor leggero”. Era anche possibile disporre la proroga della misura e concedere una licenza finale di esperimento che poteva anche svolgersi nelle strutture dell'ospedale psichiatrico civile. A questa rete di connessione e a queste pratiche di collaborazione si aggiungeva, con l'art. 100 del regolamento penitenziario - R.D. 431 del 1976 - la possibilità di stipulare apposite convenzioni tra l'amministrazione e gli ospedali psichiatrici civili per il ricovero in queste ultime strutture dei soggetti destinati all'OPG.

Con l'introduzione della legge Basaglia, l'esperimento di depotenziamento dell'OPG attraverso la destinazione dei malati agli ospedali civili si bloccò a causa del divieto di nuovi ricoveri nelle strutture ospedaliere psichiatriche. La collaborazione aveva consentito di sperimentare un modello teso a incrementare l'aspetto terapeutico della misura di sicurezza.

Anche se la L. n. 180/78 ha inevitabilmente frenato il processo di trasferimento dei prosciolti sottoposti a misura di sicurezza nelle strutture manicomiali civili, sono iniziate nuove forme di collaborazione da parte del sistema penale e penitenziario con le strutture deputate:

per quanto concerne le dimissioni dall'OPG, i dipartimenti di salute mentale (DSM) avrebbero potuto adoperarsi per mettere in campo progetti *ad hoc* per i dimittendi, al fine di facilitarne il reinserimento sociale e favorire il buon esito della valutazione sulla loro pericolosità sociale.

Soprattutto nel periodo immediatamente seguente all'approvazione della riforma basagliana si apriva quindi la concreta possibilità di un potenziamento degli OPG per effetto di diversi fattori: da un lato si pensava a un aumento dei reati commessi dai disagiati psichici in assenza di strutture contenitive diverse da quella penale, dall'altro essendo poco efficienti e funzionali i servizi psichiatrici territoriali dopo la riforma ed essendo sufficiente anche la commissione di reati minori per far scattare il meccanismo della misura di sicurezza, si sarebbe verificato un incremento sostanziale di ex-pazienti degli ospedali psichiatrici civili in quelli giudiziari.

Prima di presentare un quadro della situazione attuale, appare interessante richiamare due sentenze della Corte Costituzionale (n. 253/2003 e n. 367/2004) che hanno dichiarato incostituzionale la non applicazione di misure alternative all'internamento in OPG onde “assicurare adeguate cure all'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale”, rilevando che il ricovero in questo istituto costituisce una pesante disuguaglianza di trattamento rispetto a quanto la riforma sanitaria prevede.

La realtà italiana oggi

Con una delibera del Senato del 30 luglio 2008 viene istituita una Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale. All'interno delle azioni previste dalla Commissione si sono svolti, da giugno a dicembre 2010, i sopralluoghi presso i 6 ospedali psichiatrici giudiziari italiani:

- 1- Castiglione delle Stiviere, Mantova,
- 2- Reggio Emilia,
- 3- Montelupo Fiorentino, Firenze,
- 4- Aversa, Caserta,
- 5- Napoli,
- 6- Barcellona Pozzo di Gotto, Messina.

Tale frammento dell'inchiesta parlamentare sulla sanità è riportato nella "Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Ospedali psichiatrici giudiziari" approvata dalla Commissione nella seduta del 20 luglio 2011.

Tale relazione è intesa a "riferire le risultanze delle attività di indagine compiute dalla Commissione, in merito alle condizioni igienico-sanitarie, organizzative e clinico-psichiatriche delle strutture; individuare gli interventi da mettere in atto con peculiare urgenza per completare l'attuazione del passaggio di competenza al Servizio Sanitario Nazionale; fornire una riflessione critica sulla problematica delle contenzioni nell'ambito degli OPG; tracciare le linee per una riforma legislativa del settore" (Doc. XXII-bis n. 4, atti parlamentari Senato della Repubblica).

È proprio questa inchiesta a riaprire la partita iniziata da Basaglia più di trent'anni prima; le condizioni descritte nella relazione dai senatori Michele Saccomanno e Daniele Bosone sono, dalla pubblicazione in poi, sotto gli occhi non solo della politica e della magistratura, ma anche e soprattutto della collettività.

La commissione presieduta da Ignazio Marino si trovò davanti uno scenario il più delle volte raccapricciante: sporcizia, sovraffollamento, detenuti legati ai loro letti, pratiche che rasentavano le sevizie, letti di contenzione con l'inquietante buco al centro per le feci.

Diretta conseguenza del clima diffuso dopo l'inchiesta parlamentare sono l'approvazione del decreto legge del 22 dicembre 2011, n. 211 "Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri", e la legge del 30 maggio 2014, n. 81 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari".

La legge prevede la chiusura degli OPG a partire dal 31 marzo 2015 con relativa destinazione dei 741 pazienti secondo un principio di appartenenza territoriale, affidati al servizio sanitario e alloggiati in comunità riabilitative, case-famiglia o altri enti di accoglienza per i quali ci si chiede quanto si possa parlare di "presa in cura", "riabilitazione" o "accoglienza". Soltanto quelli considerati non dimissibili, in ragione della loro pericolosità,

sono destinati a nuove strutture, più piccole degli OPG, battezzate REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza detentive). Anche le REMS, tuttavia, sono interamente affidate alla sanità: non penitenziari ridotti bensì luoghi di cura dotati di sistemi anti-evasione.

La L. n. 81/14 pone limiti alle proroghe della misura di sicurezza eliminando i cosiddetti "ergastoli bianchi" e stabilendo che non può essere superiore alla durata della pena per quel reato. Infine, obbliga le Regioni a presentare entro 45 giorni i progetti terapeutici individualizzati al fine di consentire la presa in carico dei pazienti da parte dei servizi socio sanitari.

Da quando ha preso avvio la campagna di StopOPG, nata il 19 aprile 2011 in seguito al Forum Salute Mentale di Aversa, si è inoltre assistito a uno spostamento dell'attenzione dai luoghi (istituti fatiscenti) alle persone vittime di aberrazioni giuridiche e alle politiche carenti sia a livello sanitario che giudiziario.

Il movimento StopOPG sottolinea la sua soddisfazione per la nuova legge che, "pur non sciogliendo i nodi giuridici che sostengono l'OPG (in primo luogo la modifica del codice penale per abolire definitivamente il doppio binario e l'istituto della misura di sicurezza in OPG), ha certamente migliorato l'attuale normativa. (...) stabilisce che di norma devono essere adottate dai magistrati misure alternative all'internamento in OPG e che la pericolosità sociale non può essere dichiarata, o confermata, solo perché la persona è emarginata, priva di sostegni economici o non è stata presa in carico dai servizi sociosanitari. (...) La legge va applicata bene (...), perciò si deve mettere al centro la persona: con una presa in carico globale da parte dei servizi pubblici, all'interno di una collaborazione e integrazione tra i Dipartimenti di Salute Mentale, i Servizi per le Dipendenze, i Servizi Sociali, ecc - che devono occuparsi di cura e non di custodia - e vanno attivate relazioni stabili con la Magistratura, per offrire Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali appropriati" (si legge sulla loro pagina internet, di Cecconi e Del Giudice).

Indubbio lo shock dei più davanti alle tante parole, immagini e video (vedi ad esempio il film-documentario "Lo stato della follia" di Francesco Cordio) che riassumono i dati della

relazione o che da essa hanno tratto origine, ma sembra fin troppo comodo accodarsi alla scia dello sdegno comune, condannare gli OPG come luoghi di sadismo e tortura, senza rilevare la parte di responsabilità che la società ha avuto nel perpetuarsi della storia: la convenienza di una nazione intera che dopo aver tessuto le sue stesse lodi per la chiusura dei manicomi, ha tollerato per decenni delle realtà sorelle e perfino peggiori, in ragione della presunta pericolosità sociale di alcuni individui.

Nonostante certe idee circolino da oltre duecento anni, da Pinel a Marino passando per Basaglia, la categoria dei detenuti psichiatrici del nostro Paese è la categoria più radicalmente privata di diritti, perfino di quelli fondamentali che assicurano la dignità dell'essere umano. Perché? Per la risposta si chiama in causa nuovamente Foucault quando scrive: "Quanto al malato mentale, egli rappresenta il residuo di tutti i residui, il residuo di tutte le discipline, inassimilabile a tutte quelle che si possono trovare in una società" (1973, p. 63). Tralasciando il passato per un momento, occorre concentrarsi sulle preoccupazioni legittime che porta l'immediato futuro: la follia spaventa oggi come duecento anni fa e ancor di più se è accompagnata da azioni criminali, tanto da scatenare nella popolazione suggestioni incontrollate. Purtroppo al percorso di reintegro dei malati, accelerato dalla politica, non si è accompagnata alcuna iniziativa di sensibilizzazione a livello territoriale e il rischio di malcontento, oltre ad un'ingenua paranoia, sono decisamente alle porte.

C'è poi il grande peso che ricade sul personale sanitario, chiamato a vigilare e mantenere la sicurezza senza l'ausilio della polizia penitenziaria. Ad Aversa qualcosa di simile già avveniva, ma soltanto con pazienti meno gravi e comunque con la possibilità di un intervento tempestivo da parte delle guardie.

Il nuovo assetto, più frammentato, sarà in generale meno controllabile di prima. Molti pazienti verranno affidati a enti privati, ad associazioni accreditate di vario genere, religiose e non, e per questi diverranno istantaneamente una fonte di profitto, con tutti i rischi ovvi che ne conseguono.

E infine, ma non ultime in ordine di importanza, ci sono le preoccupazioni dei

malati, taluni incapaci di prendere atto del destino che li attende.

Dalle interviste svolte dai giornalisti all'interno degli OPG è emersa una grande confusione, qualcuno parlava di ritorno a casa, altri di luoghi in cui si fanno esperimenti sulle persone. Altri una casa non ce l'hanno proprio più. Ci sono centinaia di malati psichici che non possono ancora essere trasferiti perché non si sa ancora dove mandarli: "Qualcuno ha davvero pensato di trasferire centinaia di persone dalla sera alla mattina, come fossero pacchi?" argomenta Vito De Filippo, sottosegretario alla Salute.

Insieme alla vigilanza su ciò che accade, bisogna riaffrontare la riforma del codice penale che sola può consentire l'abolizione della misura di sicurezza psichiatrica e autorizzarci quindi a parlare di diritti, dignità e cura.

Con ogni probabilità la nota più dolente di tutta la questione risiede nel fatto che sostanzialmente le Regioni non sono pronte.

Il giorno prima l'emanazione del decreto legge n. 211 del 22 dicembre 2011, la nota del ministero della Giustizia ricordava: "Sotto il monitoraggio dell'Organismo di coordinamento istituito presso il Ministero della Salute quasi tutte le regioni hanno individuato e allestito le strutture che saranno disponibili entro il termine previsto: sono strutture definitive o in alcuni casi provvisorie, predisposte per garantire il rispetto della scadenza fissata dalla legge. Alcune regioni completeranno tale percorso nelle prossime settimane".

Secondo i dati forniti dalla relazione trimestrale del Governo a novembre 2014, il numero di posti letto per le REMS, inizialmente progettato per 900 persone, è attualmente sceso a 100; gli internati presenti ancora al 1 settembre erano 793 più 84 ingressi nuovi, di questi 160 dichiarati non dimissibili per ragioni cliniche e il 17% pericolosi. La legge 81 prevede che dopo 6 mesi dalla chiusura degli OPG, le Regioni che non riescano a dimostrare la capacità di accogliere i detenuti nelle strutture saranno commissariate.

Nella realtà dei fatti, dopo più di tre anni, la situazione nelle regioni interessate è la seguente:

- Castiglione delle Stiviere è l'unico che si trasformerà direttamente in REMS; è l'unico OPG in Italia a essere gestito tramite una convenzione con l'Azienda Ospedaliera, mentre le altre strutture

sono gestite da personale penitenziario; è anche l'unico ad avere una sezione femminile.

- Gli internati dell'OPG di Reggio Emilia, invece, staranno temporaneamente a Parma e a Bologna; la Regione dovrebbe dotarsi in futuro di una REMS a Reggio Emilia.
- A Montelupo Fiorentino operativamente non cambierà niente, la direttrice Antonella Tuoni dichiara che la struttura non chiuderà anche se verranno bloccati gli arrivi. La Regione Toscana ha cambiato idea molte volte su quale edificio adibire a REMS e la direttrice si chiede preoccupata dove finiranno le persone che d'ora in avanti verranno dichiarate semi-inferme dal magistrato.
- Chiude l'ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto, anche se il futuro degli internati resta un'incognita ai più; alcuni saranno destinati alle strutture carcerarie del territorio. Quelli che hanno ancora bisogno di supporto psichiatrico dovrebbero essere trasferiti nei vicini REMS, che però non potranno ospitare più di 20 pazienti.
- L'OPG di Aversa segue la falsa riga di quello toscano sfruttando tre REMS provvisorie.
- L'altro OPG campano, a Napoli, vista la precarietà delle REMS, si avvarrà dell'utilizzo transitorio di strutture pubbliche.

Con l'individuazione delle REMS provvisorie, oltre a far evitare il commissariamento previsto dalla legge in caso di inadempienza, si fa pressante il bisogno di impegno da parte delle Regioni per operare ciò che non è stato fatto in questi anni per realizzare concretamente il superamento dell'OPG, senza tuttavia limitarsi alla banale trans-istituzionalizzazione degli internati.

Cesare Bondioli, responsabile nazionale Carceri e OPG Psichiatria Democratica, nel comunicato del 29 aprile 2015 apparso sulla pagina internet del movimento StopOPG, scrive in relazione alle regioni Toscana e Campania:

“Chiediamo pertanto che:

1. La Regione istituisca immediatamente un gruppo di lavoro dedicato – una task force – con i Responsabili dei DSM e dei SerT (molti internati hanno una doppia diagnosi) per formulare o riformulare i programmi di dimissione. Non è possibile che quasi l'80% dei presenti a Montelupo risulti non dimissibile quando la media negli altri OPG oscilla tra il 10 e 20%; i folli rei toscani sono forse antropologicamente diversi dagli altri? Il gruppo di lavoro deve avere un Responsabile certo e dotato degli stessi poteri di un Commissario ad acta. Sarebbe utile che al gruppo partecipassero rappresentanti dei servizi sociali nonché della società civile e/o delle associazioni del territorio.
2. Per applicare correttamente la Legge n. 81/14 occorre un continuativo collegamento tra Magistratura e Servizi di Salute Mentale. La Regione si faccia parte diligente, così come hanno fatto altre Regioni (v. Emilia Romagna) con ottimi risultati, per istituire un Tavolo Permanente tra Magistrati e operatori dei servizi che affronti tutte le problematiche connesse all'applicazione concreta della legge con l'obiettivo di giungere ad un Protocollo operativo sottoscritto e vincolante per tutti i soggetti interessati.
3. Le REMS siano realmente provvisorie nella prospettiva di superarle restituendo, quanti più possibile, gli ospiti a strutture di piccole dimensioni, nel loro territorio di provenienza, gestite direttamente dal DSM di competenza al di fuori di ogni logica concentrazione e neo-istituzionalizzante.
4. Venga perciò abbandonato il progetto di costruire ex novo una REMS definitiva impiegando diversamente il relativo finanziamento tanto nelle suddette piccole strutture quanto soprattutto nel potenziamento degli organici dei servizi di salute mentale”.

Conclusioni

Per rispondere alla domanda iniziale frenocomio, manicomio, ospedale psichiatrico e ospedale psichiatrico giudiziario sono sostanzialmente la stessa cosa; perché queste parole, come di certo molte altre, non designano semplicemente un luogo fisico, ma contengono in sé l'insieme di modalità di gestione di queste strutture, la loro storia, lo stigma attribuitogli nel tempo, le persone che vi sono state rinchiusi e le immagini alle quali veniamo rimandati dalla società in merito a questo argomento.

Ciò a cui il mondo sanitario e politico dovrebbe tendere maggiormente è un'amministrazione che produca nel malato una graduale trasformazione del suo rapporto con la malattia e col mondo auspicando, qualora non sia possibile la piena guarigione, a una convivenza dignitosa con la propria malattia; il superamento di un rapporto oggettivo tra medico e paziente; un clima all'interno del quale gli utenti si sentano complici e collaboratori della loro presa in carico e della loro cura.

L'esempio francese va visto come esempio di una realtà diversa da quella italiana, da cui potrebbe essere possibile "copiare" ciò che può portare miglioramenti al nostro sistema; dalla Francia così come da altri paesi esteri.

Riprendendo e parafrasando lo psichiatra Sergio Piro si assume come base che ciò che si muove, che cambia e che continuamente diviene è terapeutico e liberatorio, mentre tutto ciò che si ferma e che sopprime non lo è. La malattia mentale non è statica, il linguaggio dei pazzi è diverso se essi sono in manicomio o se essi sono fuori; cambiano, sono diversi, tirano fuori le risorse più incredibili: persone avviliti dalla vita, silenziose e abbandonate rialzano la testa e iniziano a parlare se coinvolte in qualcosa che animi e appassioni, dando libero sfogo non ai sintomi delle loro malattie, ma esprimendo desideri e bisogni. Dalle parole dello stesso Piro: "la condizione di sofferenza che noi chiamiamo malattia mentale, nevrosi o con altri termini brutti di gergo, è una condizione, come tutte quelle umane, trasformabili, anzi, che dalla trasformazione trae modo di superamento di se stessa" (tratto dall'intervista "Il fantasma de manicomio" pubblicato su *Il grillo*, il 19/5/1999).

Di conseguenza quando le strutture diventano statiche e ricadono dentro se stesse, si chiudono al loro interno e non sono trampolini di lancio verso la famiglia, il lavoro e la comunità; se non c'è un'intensa opera di riabilitazione, discussione e aperto dibattito è come costruire un nuovo manicomio, escogitando il grande imbroglione di chiamarlo con un altro nome.

È nella breve analisi sulla situazione attuale degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani che trova nuovamente espressione la falla dell'ideologia basagliana: chiudere i manicomi conservandone l'essenza, trasferita nel territorio in tante altre piccole istituzioni chiuse e controllate quali sono oggi i centri di salute mentale, le case famiglia, le comunità, è esattamente come la moderna truffa delle etichette.

È il sistema nella sua totalità che va rivisto: gli approcci terapeutici troppo improntati sulla vecchia psichiatria clinica sostituiti con la proficua psicoterapia relazionale; la mise en espace di progetti individualizzati tesi a promuovere l'autonomia e l'autodeterminazione dell'individuo; la promozione e l'accompagnamento verso lo sganciamento dai servizi, donando prospettive di dimissibilità definitiva onde evitare la cronicizzazione; il supporto ideologico e la collaborazione fattiva della collettività.

Citazioni

"Che cos'è la follia? La follia è una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia. Invece incarica una scienza, la psichiatria, di tradurre la follia in malattia allo scopo di eliminarla."

Franco Basaglia, *Che cos'è la Psichiatria*, 1967

"Mai la psicologia potrà dire sulla follia la verità, perché è la follia che detiene la verità della psicologia."

Michel Foucault, *Malattia mentale e psicologia*, 1954

“Dal momento in cui oltrepassa il muro dell'internamento, il malato entra in una nuova dimensione di vuoto emozionale (...); viene immesso, cioè, in uno spazio che, originariamente nato per renderlo inoffensivo ed insieme curarlo, appare in pratica come un luogo paradossalmente costruito per il completo annientamento della sua individualità, come luogo della sua totale oggettivazione. Se la malattia mentale è, alla sua stessa origine, perdita dell'individualità, della libertà, nel manicomio il malato non trova altro che il luogo dove sarà definitivamente perduto, reso oggetto della malattia e del ritmo dell'internamento. L'assenza di ogni progetto, la perdita del futuro, l'essere costantemente in balia degli altri senza la minima spinta personale, l'aver scandita e organizzata la propria giornata su tempi dettati solo da esigenze organizzative che – proprio in quanto tali – non possono tenere conto del singolo individuo e delle particolari circostanze di ognuno: questo è lo schema istituzionalizzante su cui si articola la vita dell'asilo.”

Franco Basaglia, *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione*, 1964

“Il contesto sociale non sempre accetta i malati di mente con le loro limitazioni, e anche per questo si registrano difficoltà nel reperire le risorse umane e finanziarie di cui c'è bisogno. Si avverte la necessità di meglio integrare il binomio terapia appropriata e sensibilità nuova di fronte al disagio, così da permettere agli operatori del settore di andare incontro più efficacemente a quei malati ed alle famiglie, le quali da sole non sarebbero in grado di seguire adeguatamente i congiunti in difficoltà.”

Papa Benedetto XVI, in occasione della 14^o Giornata Mondiale del Malato, 11 febbraio 2006

“Il mondo è come il manicomio: nessuno è stato ancora capace a trovare il direttore.”

Silvio Fioravanti, 1846-1876

“Egregio professore, so che le è stato riferito che io non prendo «regolarmente» le sue medicine. Naturalmente si tratta dei soliti pettegolezzi di ospedale che purtroppo alle volte rovinano con la loro cattiveria la buona fede di chi crede nella lealtà del prossimo.”

Alda Merini, *Lettera al direttore del manicomio*, 1962-1972

“Si nasce tutti pazzi. Alcuni lo restano.”

Samuel Beckett, *Aspettando Godot*, 1952

“Senza il condimento della follia non può esistere piacere alcuno.”

Erasmus da Rotterdam, *Elogio della follia*, 1509

“L'ottica dei pazzi è da prendersi in seria considerazione: a meno che non si voglia essere progrediti in tutto fuorché sul problema dei pazzi, limitandosi comodamente a rimuoverli.”

Pier Paolo Pasolini, *Scritti corsari*, 1975

“La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”

Costituzione Italiana, art. 32, 1947

Riferimenti Bibliografici

- American Psychiatric Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association*, (rev ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arendt, H. (1996). *Le origini del totalitarismo*. Milano: Edizioni di Comunità.
- Basaglia, F. (1967). *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione*. In F. Basaglia (a cura di), *L'utopia della realtà*, 17-26. Torino: Einaudi.
- Basaglia, F., e Ongaro, F. (1971). *La maggioranza deviante*. Torino: Einaudi.
- Basaglia, F., e Giannichedda, M.G. (1982). *Legge e psichiatria. Per un'analisi delle normative in campo psichiatrico*. In F. Basaglia (a cura di), *Scritti vol. II*, 447-451. Torino: Einaudi.
- Brutti, C., e Scotti, F. (1984). *Quaderni di psicoterapia infantile*. Roma: Edizioni Borla.
- Canosa, R. (1979). *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*. Milano: Feltrinelli.

- Castel, R. (1976). *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*. Milano: Feltrinelli.
- Castel, R. (1979). *La société psychiatrique avancée*. Paris: Grasset.
- Catapano, V.D. (1995). *Matti agli incurabili di Napoli*. Napoli: Liguori.
- Catucci, S. (2000). *Introduzione a Foucault*. Roma-Bari: Laterza.
- Dal Lago, A. (1999). *Non-persone*. Milano: Feltrinelli.
- De Peri, F. (1984). *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico tra Otto e Novecento*. In F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia. Annali 7. Malattia e medicina*. Torino: Einaudi.
- Digilio, G. (2005). *Pratiche e politiche per la salute mentale: insieme contro lo stigma...* Roma: Armando Editore.
- Foucault, M. (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Plon (trad. it. Storia della follia nell'età classica, Rizzoli, Milano, 1963).
- Foucault, M. (1973-1974). *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France*. Milano: Feltrinelli.
- Foucault, M. (1978). *La follia e la società*. In A. Pandolfi (a cura di), *Archivio Foucault, 3, 1978-1985*. Milano: Feltrinelli.
- Giannichedda, M.G. (2005a). *La democrazia vista dal manicomio*. Torino: Einaudi.
- Giannichedda, M.G. (2005b). *L'utopia della realtà: Franco Basaglia e l'impresa della sua vita*. Torino: Einaudi.
- Gijswijt-Hofstra, M., Oosterhuis, H., e Vijselaar, J. (2005). *Psychiatric cultures compared: Psychiatry and mental health care in the twentieth century: Comparisons and approaches*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Gostin, L. (2001). *Beyond Moral Claim. A Human Rights Approach in Mental Health*. In *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethic*.
- Martelli, P., e Poliseo, T. (a cura di) (1996). *Oltre le mura*. Roma: SEAT-STET.
- Miniussi, C., Ruzzoli, M., e Walsh, V. (2010). The mechanism of transcranial magnetic stimulation in cognition. *Cortex*, 46, 128-130.
- Pelissero, M. (2008). *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*. Torino: Giappichelli.
- Pillo, G., e Del Vecchio, A. (1998). *La fine del manicomio. Riflessioni non definitive intorno alla follia in Italia prima e dopo la legge n. 180*. Foggia: Cooperativa Sociale Futura.
- Piro, S. (1967). *Il linguaggio schizofrenico*. Milano: Feltrinelli.
- Piro, S. (1971). *Le Tecniche della Liberazione. Una dialettica del disagio umano*. Milano: Feltrinelli.
- Piro, S. (2002). *Esclusione, sofferenza, guerra*. Napoli: La Città del Sole.
- Roscioni, L. (2014). *Il governo della follia: Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*. Torino: Bruno Mondadori.
- Rosenthal, E., e Sundram, C.J. (2004). *The Role of International Human Rights in National Mental Health Legislation*. Geneva: Who.
- Rossi, S., Hallett, M., Rossini, P.M., e Pascual-Leone, A. (2009). Safety, ethical considerations, and application guidelines for the use of transcranial magnetic stimulation in clinical practice and research. *Clinical Neurophysiology*, 120, 2008-2039.
- Rothman, D.J. (1971). *The Discovery of the Asylum*. Boston: Little Brown.
- Scull, A. (1977). *Decarceration*. Englewood Cliff New Jersey: Prentice Hall International.

Sitografia

- www.altrodiritto.unifi.it
- www.ch-charcot56.fr/histoire/histpsy/7cadregl.htm
- www.ch-sainte-anne.fr
- www.codice-civile.com
- www.cognitiveneuroscience.it
- www.emsf.rai.it/grillo/trasmissioni.asp?d=430
- www.francobasaglia.it/forum.html
- www.gazzettaufficiale.it
- www.ilcorriere.it
- www.ilmanifesto.it
- www.liberte-psychiatrie.fr/LA-REFORME-DE-LA-LOI-DE-1990
- www.medicitalia.it/minforma/Psichiatria/106/La-terapia-elettroconvulsivante-TEC-l-elettroshock-oltre-il-nido-del-cuculo
- www.mensongepsy.com/fr
- www.penalecontemporaneo.it
- www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/norme.htm
- www.senato.it
- www.stopopg.it
- www.triestesalutementale.it
- www.wikipedia.org

VINCENT VAN GOGH: I COLORI DELLA MALINCONIA

di Eva Pizzimenti

dottore in Psicologia, tirocinante post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

“Perché tutti gli uomini d’eccezione nel campo della filosofia, della politica, della poesia o delle arti sono melanconici...”
Aristotele (Problemata, XXX,1)

L’**esposizione**

“Van Gogh Alive” è un’esposizione interattiva strutturata in un susseguirsi di quattro movimenti, o capitoli, che scandiscono i periodi fondamentali della vita del pittore fiammingo, della sua produzione artistica e delle sue emozioni.

La mostra itinerante si trova all’interno della chiesa sconosciuta di Santo Stefano al Ponte, allestita per l’occasione con 40 proiettori ad altissima definizione e un impianto audio cinematografico surround, e assume le sembianze di un viaggio in cui il visitatore vive la suggestiva esperienza del passaggio da un movimento all’altro in un flusso continuo.

Ogni movimento è caratterizzato dalla proiezione dei dipinti di quel periodo insieme a stralci di lettere al fratello Theo e citazioni dalle quali emerge uno spaccato della vita dell’artista, le sue idee e il suo tormento interiore: *“Sogno di dipingere e poi dipingo il mio sogno”, “I pittori ci insegnano a vedere”, “Solo cadendo posso rialzarmi”, “Senza amore non vivrò” sono alcune delle frasi, enucleate dall’epistolario, da cui traspare il dramma cupo della follia con cui lottò, senza riuscire a salvarsi.* L’impatto emotivo è rafforzato da una colonna sonora in cui si alternano brani di Bach, Handel, Kusturica e Saint-Saëns; il risultato è un’esperienza che pervade totalmente lasciando affascinati.

Primo Movimento

Il percorso inizia in Olanda, la terra natia di Vincent Willem van Gogh (Zundert, 30 marzo 1853 –Auvers-sur-Oise, 29 luglio 1890), che ne ritrae i paesaggi, le persone e le nature morte con toni terrosi e scuri. Questo è il periodo “olandese”, il più cupo e lontano dai toni vivaci che contraddistinguono, nei periodi successivi, la sua pittura e costituiranno le basi dell’arte moderna.

Salendo le scale della chiesa, sulle quali sono proiettate enormi nature morte e paesaggi rurali, così come sul pavimento, sulle pareti e sul soffitto a volta della chiesa, ci si trova tra i campi con in sottofondo “Preludio in do minore” di Bach. Dalla tristezza si passa progressivamente all’angoscia sulle note di “Sarabande” di Handel, si sprofonda nell’inquietudine e nella voglia di fuggire lontano.

Tra i dipinti più suggestivi “I mangiatori di patate” (1881), “Bue con carretto” (1884) e tutta la serie di ritratti di contadini del 1885. I volti solcati dalla fatica, gli sguardi stanchi e seri che evocano austerità e disperazione testimoniano il suo desiderio prima di dedicarsi completamente alla pittura: la predicazione presso i poveri; prima di realizzare opere d’arte, Vincent van Gogh aveva, infatti, intrapreso gli studi teologici che però, dopo poco tempo, abbandonò per cambiare radicalmente la propria vita. L’uso di toni scuri e la presenza di

luci fioche provenienti da piccole lampade a olio, che caratterizzano tali dipinti, conferiscono un tono drammatico ed al tempo stesso epico ai personaggi.

Fu proprio la vocazione di missionario ad avvicinarlo alla classe operaia unita alla sua passione per Jean-François Millet, pittore realista di estrazione contadina che durante tutta la sua produzione artistica ritrasse le classi più umili conferendogli una grande dignità e forza d'animo.

Siamo a cavallo tra i due secoli, è il periodo dell'avvento dell'industrializzazione che aveva invaso le abitudini pastorali e gettato l'intera classe rurale nell'incertezza trasformandola improvvisamente in classe operaia povera e con poche possibilità di riadattarsi. L'età dell'incertezza, come la definì l'economista canadese John Kenneth Galbraith, toccò profondamente la sensibilità di van Gogh che si era ritrovato a osservare impotente questa trasformazione macrosociale e le conseguenze devastanti per coloro a cui si era avvicinato come missionario.

Così spiega a Theo "I mangiatori di patate" in una lettera datata 1885:

"Ho voluto, lavorando, far capire che questa povera gente che alla luce di una lampada mangia patate servendosi dal piatto con le mani, ha zappato essa stessa la terra dove quelle patate sono cresciute; il quadro, dunque, evoca il lavoro manuale e lascia intendere che quei contadini hanno onestamente meritato di mangiare ciò che mangiano. Ho voluto che facesse pensare a un modo di vivere completamente diverso dal nostro, di noi esseri civili. Non vorrei assolutamente che tutti si limitassero a trovarlo bello o pregevole".

Come si intuisce dal fitto epistolario, Theo, il fratello minore di Vincent, sarà la persona più importante della sua vita, a lui si rivolge continuamente tramite la scrittura e vi si affida in ogni momento di sconforto ma anche di gioia.

Theo era un mercante d'arte, era andato via dall'Olanda e viveva a Parigi e incitò continuamente Vincent a dedicarsi completamente alla sua passione, la pittura, dandogli grande fiducia e supportandolo economicamente. Proprio per questo lo convinse a trasferirsi in Francia dove avrebbe potuto avere maggiori possibilità di trovare ispirazione dall'ambiente impressionista

brulicante di idee ed emergere come grande pittore quale Theo era convinto che fosse.

Sulle tristi note del pianoforte di Erik Satie si chiude il movimento.

Secondo Movimento

Il rumore del treno ci accompagna dall'Olanda in Francia, prima a Parigi dove conoscerà i pittori impressionisti e poi nel sud, ad Arles. Il suo stile emerge man mano, ispirato dall'ottimismo parigino, con colori sempre più vivaci. Sarà questo il periodo della "Casa Gialla", una casa che van Gogh prese in affitto ad Arles nel maggio del 1888 in attesa dell'amico Paul Gauguin, con il quale avrebbe dovuto creare un circolo di artisti. La casa gialla, infatti, rappresenta per lui molto più di una semplice abitazione: viene dipinta in modo squisitamente "impressionistico", una rappresentazione fedele alla realtà in cui si limita soltanto a enfatizzare i colori già esistenti, come a sottolineare la speranza e la positività, tutte le sue aspirazioni e desideri futuri.

Il sogno di collaborare con Gauguin ricopre un ruolo importantissimo nell'umore di van Gogh, ma il rapporto tra i due pittori culminerà in una furibonda lite a seguito della quale van Gogh si tagliò parte dell'orecchio sinistro. Nonostante il drammatico epilogo della relazione i due si influenzarono reciprocamente nella produzione artistica di quel periodo, la celebre raffigurazione della sedia che ognuno disegnò secondo il proprio stile ne è un esempio.

Il movimento si apre sulle note di "Duet Flower" del compositore francese Delibes, che rievoca la dualità, costituita dai due grandi artisti, mentre viene proiettata la serie di girasoli, per poi attraversare la vita, i paesaggi, la gente della Provenza fino ad arrivare all'interesse di van Gogh per l'arte giapponese.

Passione, quella per il Giappone, in parte dovuta all'enorme interesse che destarono le stampe di Hokusai arrivate in Olanda tramite la Compagnia delle Indie intorno alla metà del diciannovesimo secolo, in parte dovuta al fatto che per van Gogh il Giappone non rappresentava solamente un modello figurativo ma una società utopicamente armonica, in cui l'uomo vive in sintonia con la natura, un modello sociale da imitare e perseguire.

La musica ha un carattere allegro e gioioso; “Carnevale degli animali” di Saint-Saëns accompagna la proiezione di fiori e fruttiere, immagini del periodo più felice e produttivo della sua vita.

Ad un tratto la chiesa assume le sembianze di un giardino fiorito e la sensazione è di pace e benessere. Per van Gogh immergersi nella natura era di grande conforto, come scrisse al fratello: *“per la propria salute è molto utile lavorare in giardino e osservare i fiori crescere”*.

Nei periodi in cui la malattia si placava e lasciava spazio alla più fervida creatività, la pittura di van Gogh era un’esplosione cromatica, travolgente, energica, surreale e concreta, sempre in grado di esprimere al meglio la vera essenza delle cose.

Ma dentro di lui era sempre viva la consapevolezza che a quei momenti felici si sarebbero susseguiti giorni bui:

“Se queste emozioni sono talvolta così forti che si lavora senza accorgersi del lavoro e che, talvolta, le pennellate vengono giù una dopo l’altra e i rapporti di colori come le parole in un discorso o in una lettera, bisogna però ricordarsi che non è sempre stato così e che in futuro ci saranno pure dei giorni cupi senza ispirazione”.

(Giugno 1888, lettera a Theo)

Ma di che cosa soffriva esattamente il grande pittore?

“A Vincent van Gogh sono state diagnosticate praticamente tutte le malattie note all’uomo, e qualcuna di più. Tra varie altre diagnosi, sono state proposte quelle di epilessia, schizofrenia, intossicazione da assenzio, porfiria e sindrome di Menière” (Kay Redfield Jamison, *Toccato dal Fuoco*, TEA, Milano, 1997).

Ad oggi, dopo lungo dibattito tra gli specialisti, sappiamo che l’artista soffriva di una forma di disturbo bipolare aggravato da attacchi epilettici, probabilmente di natura neurologica e, negli ultimi anni di vita, da episodi psicotici. Una diagnosi complessa per i medici di fine ‘800; infatti, tutti e tre gli psichiatri che lo ebbero in cura andarono in contro a fallimento.

Disturbo Bipolare: definizione dal DSM 5

Il DSM 5 definisce il Disturbo Bipolare, che fino al secolo scorso era classificato come disturbo maniaco-depressivo, come un’alterazione dell’umore caratterizzata dall’alternanza di periodi maniacali o ipomaniacali e depressivi. In particolare con episodio maniacale o ipomaniacale (la differenza risiede nella durata del periodo: una settimana per l’episodio maniacale e 4 giorni per quello ipomaniacale) si intende un periodo di umore persistentemente e anormalmente elevato, espanso o irritabile e aumento anomalo e persistente dell’attività finalizzata o dell’energia. Durante tale periodo, tre (o più) dei seguenti sintomi sono presenti a un livello significativo e rappresentano un cambiamento evidente rispetto al comportamento abituale:

- 1) autostima ipertrofica o grandiosità.
- 2) diminuito bisogno di sonno (ad es. sentirsi riposato dopo solo 3 ore di sonno).
- 3) maggiore loquacità del solito, continua spinta a parlare.
- 4) fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente.
- 5) distraibilità (l’attenzione è facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti), riferita o osservata.
- 6) aumento dell’attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale) o agitazione psicomotoria (cioè attività immotivata non finalizzata).
- 7) eccessivo coinvolgimento in attività che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (ad es., acquisti incontrollati, comportamenti sessuali sconvenienti o investimenti in affari avventati).

L’alterazione dell’umore è tale da compromettere il funzionamento lavorativo o delle attività sociali abituali o delle relazioni interpersonali o da richiedere l’ospedalizzazione per prevenire danni a sé o agli altri, oppure sono presenti manifestazioni psicotiche.

Per quanto riguarda l’episodio depressivo, invece, i sintomi devono essere cinque (o più) contemporaneamente presenti durante un

periodo di due settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi è 1) umore depresso o 2) perdita di interesse o piacere.

1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riportato dal soggetto (ad es., si sente triste o vuoto) o come descritto da altri (ad es., appare lamentoso). Nei bambini e negli adolescenti l'umore può essere irritabile.

2. Marcata diminuzione di interesse o piacere (anedonia) per tutte, o quasi tutte le attività, per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno (come riportato dal soggetto o come osservato dagli altri).

3. Significativa perdita di peso, senza essere a dieta, od aumento di peso (ad es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese), oppure diminuzione od aumento dell'appetito quasi ogni giorno.

4. Insonnia od ipersonnia quasi ogni giorno.

5. Agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno (osservabile dagli altri, non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto o rallentato).

6. Faticabilità o mancanza di energia quasi tutti i giorni.

7. Sentimenti di autosvalutazione e di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi ogni giorno (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per essere ammalato).

8. Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi ogni giorno (come impressione soggettiva od osservata dagli altri).

9. Pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidiaria senza un piano specifico, od un tentativo di suicidio, o l'ideazione di un piano specifico per commettere suicidio.

La definizione di una diagnosi a posteriori è stata possibile grazie alla ricostruzione

cronologica del vissuto dell'artista che emerge dall'analisi delle lettere indirizzate a Theo nelle quali ritroviamo un andamento oscillante del disturbo che riflette il ciclo delle stagioni.

Tipicamente aveva picchi di benessere e vitalità nei periodi primaverili ed estivi e cali significativi che sfociano in profonda depressione in inverno ed autunno. Così come ritroviamo l'insorgenza del disturbo intorno ai 27 anni: anche questa ricorrenza nota nella classificazione del disturbo bipolare che vede, appunto, la sua insorgenza all'inizio dell'età adulta. Vi sono poi lettere in cui racconta della sua mancata percezione della fatica, di come riesca a stare sveglio anche di notte sulle sue tele, con in testa un cappello di paglia nel quale aveva infilato delle candele per poter vedere nel buio della notte; della sua agitazione, iperreattività ed iperreligiosità talvolta accompagnata da visioni mistiche e allucinazioni, più tipiche della componente psicotica. In altre lettere parla, poi, degli episodi depressivi come quello del 1874 quando a Londra si dichiarò a Eugenia Loyer, la figlia della proprietaria della pensione in cui alloggiava, che, già fidanzata, lo respinse; così come della profonda crisi depressiva che lo portò al suicidio nel 1890. A tal proposito scrisse a Theo, in riferimento al dipinto "Campo di grano con volo di corvi", emblema della più grande crisi depressiva del pittore:

"ho ancora dipinto tre grandi tele. Sono immense distese di grano sotto cieli tormentati, e non ho avuto difficoltà per cercare di esprimere la tristezza, l'estrema solitudine".

In uno di questi campi, si sparerà e morirà due giorni dopo.

Creatività e Disturbo Bipolare: aspetti biologici, genetici e ambientali

Il legame tra creatività e disturbo bipolare è supportato dalla letteratura. È stato difatti stimato che circa l'8% dei soggetti a cui è stato diagnosticato Disturbo Bipolare è creativo, a differenza dell'1% dell'incidenza di tale caratteristica sulla popolazione generale (Murray e Johnson, 2010). In particolare, sembra che coloro che presentano i sintomi tipici siano in grado di generare associazioni insolite e

utilizzare immagini visive a sostegno del problem-solving. Come ricordano Greg Murray e Sheri Johnson in un recente articolo di revisione sull'argomento, pubblicato su *Clinical Psychological Review*, deve ancora essere dimostrato in maniera definitiva, perché finora è emerso più che altro da studi di casi singoli piuttosto che da ampi studi epidemiologici. Inoltre, il legame sembra non essere lineare: chi soffre delle forme maniacali più gravi è meno capace di generare creatività rispetto a chi soffre di forme più leggere e dunque l'associazione tra estro creativo e disturbo bipolare è significativa solo nelle forme più lievi di tale disturbo. Dallas e Gaier (1970) identificarono alcuni tratti comuni agli individui più creativi della media: indipendenza nei comportamenti e negli atteggiamenti; dominanza; introversione; apertura agli stimoli; ampiezza di interessi; buona accettazione di se stessi; intuitività; flessibilità; socievolezza unita, però, a tratti di antisocialità; radicalismo nei giudizi; rifiuto delle costrizioni, tratti che ritroviamo anche in alcune forme di psicoticismo.

È stato scoperto che chi soffre di Disturbo Bipolare fa associazioni originali di idee perché tende a non escludere "dettagli irrilevanti", tratto presente in soggetti creativi (Dallas e Gaier, 1970).

L'artista ha da sempre avuto un modo *sui generis* di distinguersi, di affrontare la vita e le persone. Per quanto riguarda il legame tra creatività ed impulsività si può notare come l'artista, svincolato da qualsiasi costrizione, possa lasciare libera la sua espressività sotto ogni qual forma, facendo scaturire dall'arte un prodotto unico, che in altre condizioni non sarebbe stato creato. Ma dietro a tutta questa entusiastica frenesia creativa si cela il lato oscuro della luna, le fasi di buio più profondo, dove quello spirito eccessivamente vitale si annulla totalmente e si sprofonda nella più totale sfiducia in sé, non c'è più scampo, nessuna via d'uscita, tutto è piatto e senza significato. Tuttavia, anche questa fase pare essenziale per la produzione creativa: toccare il fondo del baratro per poi godere appieno della risalita.

Da un punto di vista neurobiologico, la creatività dipende dall'attivazione del sistema dopaminergico del mesencefalo. La dopamina è un neurotrasmettitore che a livello cerebrale svolge diverse funzioni ed è implicata nella

regolazione del comportamento, della cognizione, dell'umore ed influisce inoltre sul ritmo sonno-veglia, sulla motivazione e sul sistema di premi e ricompense. L'alterazione nel funzionamento di tale neurotrasmettitore determina disturbi dell'umore, ed in particolare è stato riscontrato come un aumento di dopamina sia connesso anche alla produzione di immagini mentali e ad un aumento delle associazioni, soprattutto tra stimoli nuovi, che genera nuove idee e schemi concettuali, traducibile nel fiume in piena di idee che spesso caratterizza i soggetti più creativi (Flahearty, 2011).

In questa fase maniacale, alla produzione di idee è associato un aumento dell'impulsività, della frenesia e della socialità. Sebbene la creatività e lo psicoticismo siano accomunati da uno stile di vita e di pensiero molto destrutturato, che può essere causa della difficoltà di adattamento sociale, ciò non implica che le persone particolarmente creative siano necessariamente psicotiche (Eysenck, 1994), né che la creatività implichi una qualche forma di psicopatologia (Runco, 2011).

Molti studiosi (Woody e Claridge, 1977; Gotz e Gotz, 1979) sono convinti di una diretta e reale correlazione tra psicoticismo e creatività sulla base di indagini psicometriche. Gli studi hanno in effetti dimostrato questa correlazione, ma hanno evidenziato anche che la creatività richiede una buona forza dell'Io, tratto mancante in forme estreme di disagio mentale. Le ricerche hanno messo in luce che effettivamente le persone di grande talento creativo hanno una maggiore incidenza di disturbi psicopatologici rispetto alla popolazione generale. In particolare, lo psichiatra tedesco Karl Jasper ritiene che la creatività dell'artista sia proporzionale al suo psicoticismo (Jasper, 2001). Per altri studiosi (Alonso-Fernandez, 2001), in alcuni casi, è proprio il disturbo mentale a stimolare la creatività.

Da recenti ricerche risulta che il disturbo bipolare è una malattia fortemente genetica; vi è un maggiore fattore di rischio nella forma I, nella quale l'incidenza è di 8-18 volte maggiore. In effetti Vincent non fu l'unico membro della famiglia van Gogh a soffrire di disturbi psichici. Il fratello Theo, cui l'artista era molto legato,

soffrì per tutta la vita di episodi depressivi particolarmente severi, sfociati in una vera e propria psicosi nell'ultima parte della vita. La sorella Wilhelmina andò incontro a numerose e non meglio precisate "crisi nervose" (anche queste, pare, associate a manifestazioni psicotiche) che la portarono a passare oltre 40 anni della propria vita in ospedali psichiatrici. Il fratello minore Cor morì suicida in giovane età: una ricorrenza che sottolinea come i disturbi psichiatrici siano a tutti gli effetti patologie con una base organica e con una componente genetica complessa che può propagare di generazione in generazione la propensione a svilupparli qualora intervengano fattori ambientali sfavorevoli. Fattori psicosociali, quali abusi durante l'infanzia, lutti e gravi perdite affettive, shock sentimentali e problemi finanziari o lavorativi possono innescare nei soggetti predisposti il processo che dà origine alla malattia.

Medico-paziente: una relazione che fallì tre volte

“Van Gogh si suicidò perché i tre psichiatri che l'ebbero successivamente in cura non seppero guardare nella sua angoscia?”, si chiede il medico e scrittore François-Bernard Michel nel suo libro *Van Gogh, psychologie d'un génie incompris*, e grazie all'analisi di documenti dei vari ospedali psichiatrici e delle lettere scritte dall'artista, ricostruisce la storia di questi tre fallimenti terapeutici.

Il primo medico fu Jean-Felix Rey, un giovane specializzando molto empatico e ottimista, fin troppo ottimista, al punto che, infatti, non attribuì adeguata importanza all'episodio dell'automutilazione dell'orecchio e ne attribuì la causa all'abuso di assenzio. Rassicurò in diverse occasioni l'artista come testimonia una lettera in cui gli scrisse “No, voi non siete pazzo!”, ma l'evidenza non gli dava ragione così che Rey dovette far ricoverare il suo paziente nel manicomio di Saint-Remy de Provence nel 1889.

A questo punto van Gogh passa sotto le cure del dottor Théophile Peyron, dirigente del manicomio e autore del secondo fallimento. Di approccio nichilista, lo psichiatra ritenne che la

follia del genio olandese non potesse essere curata, ma soltanto tenuta sotto controllo e utilizzò metodi brutali come chiudere a chiave il pittore nella sua camera privato delle cose a lui più care: i colori e le tele per dipingere, la pipa, i suoi libri. L'allontanamento dall'arte gli procurò ulteriore sofferenza come confessa a Theo:

“Nella vita e nella pittura posso fare bene a meno del buon vino, ma non posso, io che soffro, fare a meno di qualcosa più grande di me, che è la mia vita, la potenza creativa”.

Il terzo psichiatra fu Paul-Ferdinand Gachet, medico parigino molto vicino all'ambiente artistico, amico di molti impressionisti tra i quali, appunto, van Gogh. Decise di ospitarlo nella sua casa ad Auvergne sur Oise quando il pittore olandese fu dimesso dalla clinica di Saint-Remy. A lui van Gogh fece due famosissimi ritratti che resero lo psichiatra conosciuto da molti. Gachet si era specializzato in studi sulla malinconia, che oggi chiameremmo depressione, e proprio questa fu la diagnosi che fece al pittore. Il dipinto lascia trapelare la comprensione che il grande pittore ebbe nei confronti del medico.

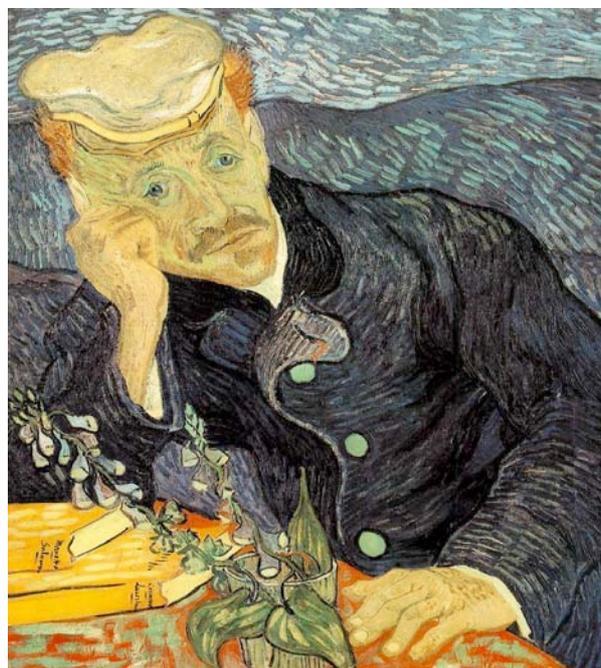


Figura 1 - Vincent Van Gogh, Ritratto del dottor Gachet, 1890

Rivedendone la stessa malinconia che li accomuna, scriverà infatti in una lettera alla sorella:

“Ho fatto il ritratto del signor Gachet con una espressione di malinconia che spesso a chi guarderà il quadro potrà sembrare una smorfia. Eppure è così che

bisognerebbe dipingere, perché solo in questo modo ci si può rendere conto come, in confronto ai ritratti calmi degli antichi, i nostri attuali abbiano l'espressione della passione e come dell'attesa e come di un grido. Triste ma dolce, chiaro e intelligente, così bisognerebbe fare l'espressione dei ritratti".

Se da una parte prova un sentimento quasi fraterno per il Dottor Gachet, dall'altra perde la speranza di guarire. È questo il momento in cui smette di credere nella medicina:

"I medici non possono fare granché, soprattutto se si parla dei rimedi che essi non hanno. Ma la cosa che potrebbero e dovrebbero dare, è una stretta di mano più dolce e più cordiale di molte altre mani".

Dopo un diverbio tra i due, van Gogh minaccerà il medico con una pistola. Il medico non seppe capire il pericolo di suicidio che infatti avvenne poco dopo questa lite.

Ma quali sono le implicazioni cliniche e terapeutiche della creatività all'interno del

disturbo bipolare? Abbiamo detto che esiste una correlazione tra disturbo bipolare e creatività ed essa necessita di essere ben maneggiata nel setting terapeutico. Non esistono tuttavia manuali di trattamento o linee guida terapeutiche che considerino la creatività nel trattamento del disturbo bipolare. In futuro, potrà essere d'aiuto ai fini terapeutici valutare e, più in generale, tenere in considerazione anche la creatività nel paziente bipolare e fare di essa un punto di forza. Il rischio, non considerando tale caratteristica, è che essa possa ostacolare la terapia ed in generale la compliance terapeutica.

Un mondo di contrasti

Dietro la creatività, molto spesso, si cela un mondo fatto di poli opposti, di positivo e negativo, di entusiasmo e di apatia, un mondo che affascina e allo stesso tempo spaventa. Non è un caso che van Gogh sia così attratto da colori opposti e ne rafforzi all'estremo il



Figura 2 - Vincent Van Gogh, Caffè di notte, 1888

contrasto: il dipinto “Caffè di notte” ne è un esempio. Qui il blu e il giallo si contrappongono così come il rosso e il verde in una violenta lotta dall'apparenza così armoniosa.

Lo spiegherà così in una lettera:

“Nel mio quadro sul Caffè di notte ho cercato di esprimere l'idea che il caffè è un posto dove ci si può rovinare, diventar pazzi, commettere dei crimini. Inoltre ho cercato di esprimere la potenza tenebrosa quasi di un mattatoio, con dei contrasti tra il rosa tenero e il rosso sangue e feccia di vino, tra il verdino Luigi XV e il Veronese, con i verdi gialli e i verdi blu intensi, tutto ciò in un'atmosfera di una fornace infernale di zolfo pallido. E pur tuttavia sotto un'apparente levità giapponese e una bonomia alla Tartarin... Che direbbe di questo quadro il dottor Tersteeg... davanti al mio quadro direbbe che si tratta di un delirium tremens in pieno”.

La musica si incupisce, il clima si ottenebra, viene proiettato “La camera di Vincent ad Arles”.

Terzo Movimento

“La camera di Vincent ad Arles” rappresenta un eloquente punto di svolta nella stabilità emotiva dell'artista. In questo quadro ritroviamo l'importanza di Gauguin; fu, infatti, dipinto nell'attesa dell'arrivo dell'amico che si concretizzò il 23 ottobre del 1888 come testimoniato da diverse lettere a Theo, in cui Vincent fa particolarmente leva sull'importanza del colore come elemento cardine del dipinto. La convivenza tra i due artisti durò due mesi per poi interrompersi bruscamente a seguito di un litigio proprio sull'arte.

Van Gogh non accettava il distacco dalla realtà e il sogno, elementi fondanti della pittura di Gauguin. Dopo la separazione, van Gogh vede infranti tutti i suoi sogni e le sue condizioni di salute subiscono un grave peggioramento fino al ricovero nel manicomio



Figura 3 - Vincent Van Gogh, Notte stellata (1889)

di Saint-Remi nel dicembre del 1889. Qui l'artista dipingerà immagini distorte alternate a paesaggi tranquilli, riflesso del conflitto tra crisi e autocontrollo che culmina con un barlume di speranza nella "Notte stellata".

"Guardare le stelle mi fa sempre sognare, così come lo fanno i puntini neri che rappresentano le città e villaggi su una cartina. Perché, mi chiedo, i puntini luminosi del cielo non possono essere accessibili come quelli sulla cartina della Francia? Come prendiamo il treno per andare a Tarascona o a Rouen, così prendiamo la morte per raggiungere le stelle..."

Ultimo Movimento

Il movimento di chiusura esplora i paesaggi di Auvers-sur-Oise, che riecheggiano nel vuoto avvertito da van Gogh nel momento in cui torna a casa dal fratello Theo e constatandone le gravi condizioni economiche si sente un peso, sprofondando così in uno stato depressivo. Affascinato dai campi di grano, che lo riportano ai ricordi d'infanzia e al tempo stesso angosciato dalla solitudine, dipinge "Il mietitore", in cui ci spiega l'analogia tra i campi di grano e la sua sofferenza e ci mostra una consapevolezza dell'inevitabile conseguente morte, analogia che ritroveremo nel suo ultimo dipinto.

"Sto lottando con un quadro cominciato alcuni giorni prima della mia ricaduta, un falciatore, lo studio è giallo, terribilmente impastato, ma lo spunto era bello e semplice. E allora ho visto in questo falciatore – vaga figura che lotta come un demonio sotto il sole per venire a

capo del suo lavoro – ci ho visto l'immagine della morte, nel senso che l'umanità sarebbe il grano che si falcia. È quindi – volendo – l'antitesi di quel Semiatore che avevo tracciato prima. Ma in questa morte nulla di triste, tutto succede in piena luce con un sole che inonda tutto di una luce d'oro fino".

Ad un tratto viene proiettato "Campo di grano con volo di corvi". L'ultima tela del pittore racchiude tutta l'angoscia, la sofferenza, la solitudine e la disperazione, rappresentante dai corvi neri, dalle pennellate vorticosi e dal cielo inquieto. È uno straziante grido di dolore accompagnato dalla consapevolezza che non esista una via d'uscita; i sentieri dipinti, infatti, non hanno inizio né fine, chi li ha percorsi si è smarrito. Sulle note del violoncello di John Zorn, l'intensità drammatica è massima e culmina con un colpo di fucile, quello che van Gogh si sparò il 29 luglio del 1890 tra i campi di Auvers-sur-Oise, e poi il silenzio.

Per Theo fu un duro colpo: morì dopo sei mesi dal suicidio di Vincent a causa dell'aggravarsi improvviso delle sue fragili condizioni di salute, un legame fortissimo protratto anche dopo la morte. I due fratelli sono sepolti fianco a fianco in un piccolo cimitero tra i campi di Auverse.

"Era veramente mio fratello... Non riesco a trovare conforto nelle parole per esprimere il mio dolore, che mi porterò dietro per tutta la vita" (Theo van Gogh, 1890).

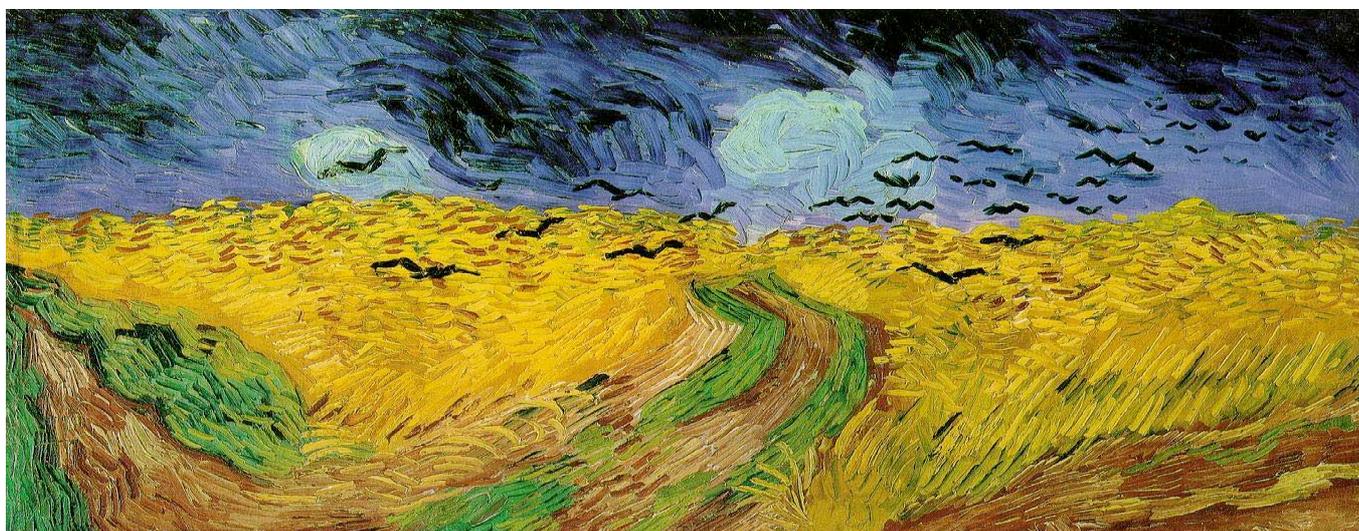


Figura 4 - Vincent Van Gogh, Campo di grano con volo di corvi, 1890

Riferimenti Bibliografici

American Psychiatric Association, Ed. it. Massimo Biondi (a cura di) (2014). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Aristotele (1995). *La melanconia dell'uomo di genio*. In Angelino, C., e Salvaneschi E. (a cura di), Il Nuovo Melangolo Editore.

Cesa-Bianchi, M., Cristini, C, e Giusti, E. (2009). La creatività scientifica. Il processo che cambia il mondo. *Psicoterapia e Counseling*, vol. 77, 176-185

Crispino, E. (2010). Van Gogh. Collana *Vita d'artista*. Firenze: Giunti Ed.

Eysenck, H.J. (1993). Creativity and personality: suggestions for a theory. *Psychological inquiry*, 4(3), 147–178.

Flaherty, A.W. (2011). Creativity and disease: Mechanisms and treatment. *Canadian J. Psychiatry*, 56(3), 132-143.

Flaherty, A.W. (2011). Brain illness and creativity: mechanisms and treatment risks. *Canadian journal of psychiatry*, 56(3), 132-43.

Goldin, M. (2006). *Gauguin e van Gogh: l'avventura del colore nuovo*. Linea d'ombra Ed.

Invernizzi, G. (2006). *Manuale di Psichiatria e Psicologia clinica*, terza edizione, 151. Milano: McGraw-Hill.

Marchioni, N. (2010). *Van Gogh tra impressionismo e avanguardia*. Gruppo editoriale l'Espresso.

Murray, G., e Johnson, S.L. (2010). The clinical significance of creativity in bipolar disorder, *Clin Psychol Review*. August; 30(6), 721–732.

Rothenberg, A. (2001). Bipolar illness, creativity, and treatment. *The Psychiatric Quarterly*, 72(2), 131–147.

Runco, M.A, e Bahleda, M.D. (1987). Implicit theories of artistic, scientific, and everyday creativity. *J. Creat. Behav.* 20, 93–98.

Runco, M.A. (2004). Creativity. *Annual review of psychology*, 55, 657–687.

Van Gogh, V. (1984). *Lettere a Theo. A cura di Massimo Cescon con un saggio introduttivo di Karl Jaspers*, Milano: Guanda.

Sitografia

Di Diodoro, D. (2011, settembre, 11). Perché i “bipolari” sono più creativi. Website. Consultato in data 15/05/2015 da Corriere della Sera: http://www.corriere.it/salute/11_settembre_11/bipolari-ta-maniaco-depressiva-creativita-di-diodoro_fee02a32-d895-11e0-b038-3e67ea432e86.shtml

Larcán, L. (2009, giugno, 5). Genio, follia, amore per la natura. Il paesaggio secondo Van Gogh. Website. Consultato in data 14/06/2015 da LaRepubblica.it: <http://www.repubblica.it/2009/06/sezioni/arte/recensioni/artbasel/basel-mostre/basel-mostre.html>

Lonardo, A. (2003). Nel 150° anniversario della nascita di Vincent van Gogh (1853-2003). Dal Sermone domenicale sul Salmo 119, 19 al Campo di grano con corvi. Vivere in compagnia della speranza e nella sua assenza. Website. Consultato in data

11/06/2015 da Gliscritti.it: http://www.gliscritti.it/arte_fede/vgogh/vgogh.htm

Mastromattei, D. (2014, ottobre, 6). La casa gialla di van Gogh: Analisi completa del quadro. Consultato in data 26/05/2015 da art world.it: <http://www.arteworld.it/la-casa-gialla-van-gogh-analisi/>

Mastromattei, D. (2014, ottobre, 6). I mangiatori di patate di van Gogh: Analisi completa del quadro. Consultato in data 16/06/2015 da art world.it: <http://www.arteworld.it/i-mangiatori-di-patate-van-gogh-analisi/>

Mastromattei, D. (2014, ottobre, 6). La camera da letto di van Gogh: Analisi completa del quadro. Consultato in data 12/06/2015 da art world.it: <http://www.arteworld.it/la-camera-da-letto-van-gogh-analisi/>

Mastromattei, D. (2014, ottobre, 6). Campo di grano con volo di corvi: Analisi completa del quadro. Consultato in data 26/05/2015 da art world.it: <http://www.arteworld.it/campo-di-grano-con-volo-di-corvi-van-gogh-analisi/>

Mastromattei, D. (2014, ottobre, 6). La notte stellata di van Gogh: Analisi completa del quadro. Consultato in data 26/05/2015 da art world.it: <http://www.arteworld.it/notte-stellata-van-gogh-analisi/>

Nicastro, M. (2014, dicembre, 28). Vincent van Gogh: un pennello fremente di febbre e di emozione. Website.

IL LIBRO ROSSO DI CARL GUSTAV JUNG

di Marina Manciocchi
psicologa, psicoanalista didatta del CIPA

«Gli anni più importanti della mia vita furono quelli in cui inseguivo le mie immagini interiori, ad essi va fatto risalire tutto il resto. La mia vita intera è consistita nella elaborazione di quanto era scaturito dall'inconscio, sommergendomi come una corrente enigmatica e minacciando di travolgermi.

(C.G. Jung, Introduzione al Libro Rosso)

Un libro particolare

Il *Libro Rosso* è un testo difficilmente definibile con la parola “libro”, mentre può essere definito come la registrazione di un esperimento che Jung portò avanti dal 1913 al 1930, con l'obiettivo di comprendere cosa rappresentassero le fantasie e le immagini presenti dentro di lui. Può anche essere definito come un “diario” del percorso tormentato e sofferto di uno psichiatra che, nei primi anni del novecento, cercava di comprendere come fosse strutturata la psiche umana; infatti Jung dialogava con le proprie immagini, le descriveva, le disegnava e le dipingeva, commentava quei dialoghi e in questo modo elaborò una tecnica utile per conoscersi in una maniera profonda e sincera, per superare disagi e paure, scoprire di cosa fosse composta la psiche umana, incontrare i propri contenuti inconsci e utilizzarli. Jung definì questo metodo “Immaginazione attiva” e attraverso quel lavoro scoprì alcuni elementi dell'inconscio che chiamò Anima, Animus, Ombra e Persona; infine elaborò il concetto di individuazione come ricerca del senso del vivere e fissò i criteri per definire la Tipologia psicologica di ogni individuo.

Nell'arco dei secoli molti ricercatori si sono interessati ai fenomeni della mente umana, compresi lo spiritismo, la magia e la superstizione; poi nell'800 fisiologi e neurologi si impegnarono nello studio dei sintomi della malattia mentale, inventarono macchinari, strumenti e tecniche di vario tipo, facendo anche esperimenti con se stessi e studiando i

propri figli. Oggi la cura della psiche è più facile che in passato, poiché gli psicoterapeuti ora possono attingere a teorie già elaborate, hanno docenti e supervisori a cui rivolgersi, biblioteche piene di libri, congressi in cui si confrontano e che aiutano a comprendere maggiormente la sofferenza umana, internet poi velocizza i contatti e facilita l'informazione. Agli inizi dello scorso secolo però quei ricercatori, tra questi c'erano Freud e Jung, si muovevano come esploratori in un terreno poco noto e cercavano di elaborare tecniche sperimentali per comprendere e approfondire sogni, fantasie, emozioni, sintomi e comportamenti. Jung voleva scoprire quali componenti occupano la psiche anche se non ne siamo consapevoli, intendeva capire cosa accade nella psiche quando si annulla la coscienza razionale e definì quella ricerca: “Il mio esperimento più difficile”.

In tutto il libro si trovano tre diversi piani di lavoro: il dialogo del suo autore con le proprie immagini interne; il suo commento razionale e l'elaborazione teorica che confluì negli scritti successivi; l'illustrazione figurata e le immagini, espressioni della dimensione creativa e artistica di Jung che accompagna e attraversa tutto il diario. Il *Libro Rosso* ha questo nome perché è il colore della sua copertina, ma il titolo originale era *Liber Novus*. È diviso in tre parti: il liber primus, “La via di quel che ha da venire”; il liber secundus, “Le immagini dell'errante”; il liber tertius, “Le Prove”.

Jung lo iniziò riprendendo le fantasie che aveva descritto nei *Libri Neri* che non sono ancora stati pubblicati, registrò le sue fantasie dal 1914

al 1916, le commentò e le elaborò interpretandole; poi nella terza parte mise in evidenza la funzione compensatoria che svolgono le fantasie nei confronti della coscienza e dell'Io ed espose il significato del Sé attraverso le immagini del Dio rinato, Abraxas e Filemone.

Pertanto in questo testo troviamo la trascrizione di un tentativo di esplorare la psiche individuale, ma anche il diario di una modalità creativa elaborata da Jung per affrontare le paure e i disagi interni che stava vivendo in quella delicata fase della sua vita, segnata anche dalla separazione da Freud; vi troviamo il tentativo di dialogo tra coscienza e inconscio, tra l'Io e il Sé del suo autore, la registrazione di un esperimento scientifico messo in atto con la finalità di conoscere varie parti della struttura psichica; vi scopriamo le fasi dell'elaborazione di elementi inconsci che appartengono alla psiche di ognuno di noi e le tappe del loro approfondimento e infine vi troviamo l'origine di alcuni concetti teorici che maggiormente caratterizzano la psicoanalisi junghiana, come il percorso di Individuazione, la Tipologia e la funzione Trascendente.

Jung considerava la sua ricerca come un esperimento intimo e privato, quindi non volle pubblicare il libro, però ne divulgò alcune parti, ne parlò nei convegni e lo teneva aperto nel suo studio, pertanto i pazienti, i colleghi e i familiari potevano vederlo. In seguito la fondazione istituita dagli eredi ne stampò 5 copie, una per ogni figlio, in seguito loro decisero di autorizzarne la pubblicazione che è avvenuta nel 2010, dopo un lavoro complesso svolto da molte persone e coordinato dallo storico Sonu Shamdasani per circa dieci anni. Lo scorso anno il libro originale è stato esposto alla Biennale d'arte di Venezia, al centro di una stanza sulle cui pareti erano appese le copie delle immagini e dei mandala che contiene. Il curatore della Biennale lo ha presentato come un racconto illustrato.

Il rapporto con Freud

Prima di incontrare Freud nel 1906, Jung aveva già sviluppato la sua teoria dei complessi, il concetto di introversione ed estroversione e il test delle associazioni verbali, ma sospese le sue

ricerche per immergersi nel rapporto con Freud e nelle teorie di lui; poi nel 1909 i due psichiatri fecero un viaggio in nave verso gli USA e Jung iniziò ad avere delle perplessità sull'interpretazione che Freud dava ai suoi sogni, così al ritorno riprese le teorie che aveva sospeso e iniziò ad occuparsi delle fantasie di una paziente schizofrenica, pubblicò le sue osservazioni in due articoli successivi sulla rivista di psicoanalisi che poi confluirono nel testo *Trasformazione e simboli della libido* che nel 1952 venne ripubblicato con il titolo *Libido, simboli della trasformazione*. Freud approvò il primo articolo ma rifiutò la seconda parte e nel 1913 tra i due avvenne la rottura. La storia dei rapporti tra Freud e Jung ha molti aspetti, ma è importante il loro diverso modo di considerare la libido che per Freud era una spinta energetica prevalentemente organica legata alla sessualità, inoltre lui credeva in una psiche solo individuale, mentre per Jung la libido era un'energia con un'importante apertura di tipo spirituale e lui aveva una visione della psiche che comprendeva anche un aspetto collettivo e ancestrale.

Entrambe queste teorie sono valide ma portano lo sguardo a una diversa profondità; entrambe prendono in considerazione l'inconscio che si forma nella storia individuale, ma Jung ampliò questa visione affermando l'esistenza di un inconscio collettivo e sociale su cui si innesta quello individuale. La separazione tra Freud e Jung fu sofferta da entrambi, come mostrano le lettere che si scambiarono e quelle che Emma Jung scrisse a Freud nel tentativo di una mediazione; la corrispondenza tra tutti loro testimonia questo percorso e questa lacerazione, portando alla luce due diverse concezioni sull'origine delle malattie mentali, sull'inconscio e la struttura della psiche. Quello stesso anno Jung ebbe la visione di un'alluvione con morti, feriti e distruzione, una visione che lo inquietò e che trascrisse nel *Liber Novus* (p. 232):

Avevo 40 anni, avevo ottenuto tutto ciò che mi ero augurato: fama, potere, ricchezza, sapere e ogni felicità umana. La visione dell'alluvione mi sopraffecce e percepì lo spirito del profondo senza tuttavia comprenderlo, cessò in me il desiderio di accrescere quei beni e fui colmo di orrore.

Eranos

Jung ebbe confronti ed esperienze culturali molto varie, sia durante la compilazione del Libro Rosso che dopo, aveva seguito corsi di pittura e amava l'arte, aveva anche contatti con molti frequentatori del Monte Verità, un centro su una collina sopra Ascona dove si erano inizialmente rifugiati Bakunin e altri anarchici a cui poi si aggiunsero studiosi, intellettuali, poeti e artisti, persone benestanti provenienti da ogni nazione, medici che frequentavano anche Freud, come Rudolf Otto e Otto Gross che poi venne ricoverato al Burgholzli e fu curato da Jung. Il Monte Verità era un luogo nato nel 1900 per cercare la verità nella libertà, un luogo senza regole, aperto a ogni esperienza e comportamento, religione e cultura, dove si studiava la Teosofia e lo spiritismo e ancora oggi a Locarno risiede la società che mantiene vivo il pensiero di Krishnamurti. Hermann Hesse e Karoly Kerényi comperarono delle proprietà lì intorno e ci vissero fino alla morte, partecipando agli incontri intellettuali che Jung iniziò ad organizzare nel 1930, quando una ricca signora tedesca gli mise a disposizione la sua casa sul lago e lo invitò ad avviare confronti tra diverse discipline, religioni e arti. Quei convegni sono stati pubblicati e ancora oggi sulla strada che da Ascona porta a Moscia si trova un cartello metallico su cui è scritto "Eranos", all'ingresso del viottolo che conduce giù verso la casa sulla sponda del lago.

La Metapsicologia di Freud

Non abbiamo notizie dettagliate o diari dei percorsi di autoanalisi compiuti da Freud e dagli altri colleghi che si incontravano nel suo studio, abbiamo però le lettere, la corrispondenza tra loro e con chi chiedeva chiarimenti su casi clinici o con ricercatori di altre discipline, poi nel 1985 sono stati pubblicati, con il titolo *Sintesi della nevrosi di traslazione*, cinque lavori scritti da Freud dal 1914 al 1915, relativi alla Metapsicologia e alla Metabiologia, trovati per caso a Londra in un baule che conteneva la corrispondenza tra Ferenczy e Balint. Freud aveva inviato le sue riflessioni a Ferenczy dicendo che facevano parte di un totale di 13 scritti che intendeva pubblicare, ma non lo fece

e forse gli altri sono stati distrutti; questi testi sono elaborazioni fantasiose di Freud, basate su intuizioni iniziali di Ferenczy che lui pubblicò in *Thalassa*, circa un parallelismo tra i sintomi delle malattie mentali e lo sviluppo ontogenetico. Freud in quegli scritti si abbandonava ad amplificazioni e pensieri creativi formulati senza pregiudizi, elaborava fantasie filogenetiche sull'origine cronologica delle malattie mentali ed affermava: "Quelle che oggi sono le nevrosi, furono fasi della condizione umana" (p. 87).

Anche Freud ritenne che quelle fantasie poco scientifiche dovessero rimanere riservate, però è interessante notare che furono parallele al lavoro che stava svolgendo Jung nello stesso periodo. Il testo di Freud è poco studiato nel mondo psicoanalitico, mentre testimonia il grande sforzo che pure lui dovette fare, per arrivare a formulare una teoria razionalmente valida e dare una forma scientifica allo studio della mente umana.

Sviluppi teorici

Jung mentre scriveva il Liber Novus ebbe molte intuizioni e nel testo si trovano frasi piene di emozioni, come la seguente (p. 233):

I sogni spianano la strada alla vita e ti determinano, anche se non ne comprendi il linguaggio. Esiste un sapere del cuore, capace di offrire spiegazioni più profonde. Il sapere del cuore non si trova nei libri, né in bocca ai maestri, ma cresce da te come il verde frumento dalla terra nera. L'erudizione fa parte dello spirito di questo tempo, ma l'anima si trova ovunque non si trovi il sapere erudito.

Nel 1921 iniziò a pubblicare le sue riflessioni teoriche in *Tipi Psicologici*, un testo in cui analizzò e approfondì le differenze che ci sono tra le persone nei tratti comportamentali, percettivi ed emotivi, differenze che si strutturano sulla base di elementi geneticamente determinati; approfondì le dimensioni razionali del Pensiero e Sentimento e quelle non razionali della Sensazione e Intuizione, mostrando che laddove una è prevalente l'altra è inferiore, cioè meno differenziata e meno percepita, determinando differenze comportamentali su cui incide anche l'atteggiamento prevalente introverso o estroverso. I concetti di Ombra e

Persona li espone in *Archetipi dell'inconscio collettivo* (1935/54).

L'immaginazione attiva

Nel libro rosso Jung non interpretava le sue immagini, le ascoltava e ci dialogava, le elaborava e le utilizzava, alcune le dipingeva. In seguito collegò varie tecniche meditative al suo metodo di immaginazione attiva con cui esplorava il proprio mondo interno formato da immagini ed emozioni come nei sogni. Va tenuto presente che nei sogni la coscienza in buona parte è silente, mentre nell'immaginazione attiva la coscienza e l'Io sono svegli, quindi nell'uso di questa tecnica bisogna sempre trovare un equilibrio tra l'apertura a contenuti emotivi spontanei e non controllati e il pensiero che cerca di porre limiti a tutto ciò.

L'ambiente culturale del periodo

La vivacità culturale tedesca si esprime diversamente in Freud e Jung per tanti motivi sia individuali che storici. I due psicoanalisti lavorarono in ambienti diversi e con pazienti diversi, Freud era ebreo e il clima culturale e sociale viennese in quegli anni divenne sempre più ostile verso gli ebrei, per cui nel 1938 lui dovette trasferirsi a Londra con la moglie e i figli, mentre quattro sue sorelle morirono nei campi di sterminio nazisti. Jung viveva in Svizzera ed era figlio di un pastore protestante, lavorò in un ospedale psichiatrico curando patologie mentali molto gravi, privatamente seguì pazienti anche illustri e le sue esperienze di vita non furono così drammatiche. Il rapporto tra i due grandi psicoanalisti fu segnato da stima reciproca e affetto, ma poi si ruppe in maniera dolorosa per entrambi e le loro strade divennero differenti, ma quando si esplora la psiche e l'inconscio si entra in contatto con il bene e il male, si comprende la salute e la malattia e si diventa consapevoli di quelle forze e dimensioni opposte che segnano la nostra struttura psichica, di tutto ciò Freud e Jung furono pionieri. Nei primi tre decenni dello scorso secolo la passione per la ricerca segnò la cultura europea a tutti i livelli, suscitò

scoperte in tanti campi compresa l'arte e la fisica e produsse nuova conoscenza in molti settori, però quel periodo è stato segnato anche dal nazismo e da ben due guerre mondiali.

Concludendo

Nel 1959 Jung scrive di aver cessato il lavoro del Liber Novus quando iniziò a occuparsi di alchimia, dopo aver ricevuto da Richard Wilhelm *Il segreto del fiore d'oro*. Nel 1944 aveva pubblicato *Psicologia e alchimia*, in cui ipotizzò che gli alchimisti avessero anticipato il lavoro degli psicoanalisti perché cercando l'oro o la pietra filosofale cercavano il senso della vita, il nucleo psichico nascosto, il Sé. Nel 1958 pubblicò *La funzione trascendente* scritta nel 1916 durante il lavoro sul "Libro rosso", questa funzione psicologica consente l'unificazione dei contenuti consci con quelli inconsci che non coincidono e si comportano in maniera compensatrice o complementare gli uni verso gli altri. Secondo la teoria junghiana l'integrazione tra il conscio e l'inconscio è alla base del processo individuativo e il Sé è la parte più profonda della psiche collettiva, l'espressione dello spirito che ci accomuna tutti e che si esprime anche attraverso simboli religiosi. Per questa profonda convinzione che Jung aveva sostenuto in ogni suo lavoro, l'Istituto Jung acquistò un antico codice copto appena venne trovato in Egitto a Nag Hammadi, lo fece tradurre e lo intitolò *Codice Jung*, chiedendogli di studiarlo; quel codice contiene Trattati religiosi, lettere degli apostoli e il *Vangelo di Verità*, l'unico vangelo apocrifo che è giunto integrale in Europa e che è stato pubblicato in varie lingue nel 1956. Alla morte di Jung è stato donato al museo copto del Cairo.

Riferimenti Bibliografici

- De Luca Comandini, F., e Mercurio, R. (2002). *L'Immaginazione Attiva*. Vivarium.
- Freud, S. (1986). *Sintesi delle nevrosi di traslazione*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Jung, C.G. (1978). *Ricordi, sogni e riflessioni*. Milano: Rizzoli.
- Jung, C.G. (1988). *Tipi Psicologici, Opere*, vol. 6. Torino: Bollati Boringhieri.
- Jung, C.G. (1996). *La struttura della psiche, Opere*, vol. 8. Torino: Bollati Boringhieri.

- Jung, C.G. (1996). *La funzione trascendente, Opere*, vol. 8. Torino: Bollati Boringhieri.
- Jung, C.G. (2010). *Il Libro Rosso*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Manciocchi, M. (2012). *Antigone e le trame della psiche*. Roma: Magi.
- Moraldi, L. (2001). *I Vangeli apocrifi (Tomaso, Maria, Verità, Filippo)*. Milano: Adelphi.
- Shamdasani, S. (2007). *Jung e la creazione della psicologia moderna*, Roma: Magi.
- Von Franz, M.L. (1996). *Tipologia psicologica*, Red o Tea.

Corso di formazione in

Libroterapia

Come si conduce un gruppo libroterapico

6 incontri - 24 ore - riservato a psicologi e psicoterapeuti

prossima edizione: 25 settembre, 23 ottobre, 20 novembre, 18 dicembre 2015 &
22 gennaio, 26 febbraio 2016



FILOSOFIA DELLA MENTE, EPISTEMOLOGIA E COMPARAZIONE

PARTE II

NEUROSCIENZE E COMPARAZIONE: RIFLESSIONI EPISTEMOLOGICHE

di Nicola Materassi¹, Alice Visi²

¹ medico, specialista in psicologia clinica, psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Comparata,

² psicologa psicoterapeuta, specializzata in Psicoterapia Comparata

Questo articolo, che rappresenta la seconda parte di un lavoro precedente (Materassi e Visi, 2014), introduttivo, sulla filosofia della mente, affronta i possibili collegamenti teorici fra i differenti orientamenti filosofici e i principali modelli psicopatologici.

L'approccio comparato, pur facendo parte dell'approccio teorico volto all'integrazione, se ne distanzia poiché pone l'accento sul confronto più che sull'integrazione dei vari modelli per valorizzare i contributi specifici di ognuno di essi seguendo una metodologia di ricerca tesa a superare i confini di un'unica scuola, guardando oltre a questi e tendendo ad un'apertura invece che ad una chiusura. Questo perché l'approccio comparato si fonda sull'idea che la comparazione dei vari modelli di psicoterapia possa portare ad un arricchimento in termini di complessificazione teorica utile nella pratica clinica: la complessificazione comporta una maggiore flessibilità nell'approccio empirico che consente di modellare con più precisione il lavoro terapeutico sia sul paziente che sul terapeuta.

Se da un lato, attualmente, la comparazione risulta attuata in termini di tecniche e metodi, non altrettanto lo è per quanto riguarda il livello teorico. Quest'ultimo risulta più difficoltoso a causa delle differenze, spesso presunte, esistenti tra i vari modelli che spesso appaiono inconciliabili. Il nostro lavoro si concentra sull'ipotesi che queste differenze potrebbero

dipendere dalle differenze di linguaggio che questi modelli utilizzano e che queste dipendano, a loro volta, dal contesto socio-storico-culturale in cui questi modelli sono nati. Infatti, la formulazione di teorie, all'interno dei diversi domini di conoscenza, avviene di solito a partire da ipotesi iniziali (credenze) che vengono accettate come date a priori e che influenzano le teorie stesse. Analogamente, le differenze tra le molteplici psicoterapie potrebbero essere dovute al fatto che i vari approcci trovano il loro fondamento su differenti meta-modelli. Differenti visioni del mondo, dell'uomo, della coscienza fanno da cornice ai vari approcci potendo influenzare le teorie formulate all'interno di essi. Questo spiegherebbe perché domande generali, come "Cosa è la normalità? Cosa vuol dire curare? Cosa si deve intendere per cambiamento?", non abbiano risposte univoche rendendo difficoltosa la comparazione a livello epistemologico e teorico (Ford e Urban, 1998).

L'identificazione dei meta-modelli cui fanno riferimento le varie psicoterapie potrebbe rappresentare il primo passo per la comprensione di queste differenze. Particolarmente interessante può risultare l'approfondimento della filosofia della mente, poiché è il meta-modello che sembra influenzare in modo significativo l'ambito della psicologia e della psicopatologia. Il passo successivo potrebbe essere rappresentato dalla ricerca di una filosofia della mente che si

dimostri più adatta alla comparazione delle varie forme di psicoterapia (Materassi e Visi, 2014). Dunque, in questo lavoro ci siamo focalizzati sulla ricerca della filosofia della mente alla base di cinque importanti famiglie di approcci psicopatologici: il comportamentismo, il cognitivismo, la psicoanalisi, la psicologia umanistica e la psichiatria biologica.

Comportamentismo

Il Comportamentismo si contrappose in modo radicale all'approccio introspettivo di Wundt (1832-1920) ritenendo i fenomeni interni (di coscienza) non studiabili attraverso il metodo scientifico. John B. Watson (1878-1958) sosteneva che la psicologia, per essere considerata scienza, dovesse eliminare dal suo campo di interesse gli stati mentali limitandosi all'osservazione dei comportamenti sperimentalmente ripetibili al fine di individuare le leggi empiriche che regolano la correlazione tra stimoli e risposte. Questo approccio fu definito comportamentismo metodologico per differenziarlo dalla corrente filosofica, detta comportamentismo logico, a cui si riferiva. Questa concezione filosofica, sostenuta da Feigl (1934), Hempel (1953) e Carnap (1950; 1956), riteneva che tutte le scienze, compresa la psicologia, fossero riconducibili alla fisica. L'obiezione mossa al dualismo non consisteva nel fatto che postulava entità inesistenti, ma che sosteneva affermazioni scientificamente irrilevanti. A differenza del comportamentismo metodologico, quello logico non negava l'esistenza di stati mentali ma riteneva superfluo interrogarsi su di essi in quanto la questione si sarebbe risolta sostituendo ai termini psicologici quelli fisicalistici dei comportamenti osservabili e misurabili. La cornice filosofica più ampia in cui si inserisce il comportamentismo è rappresentata dal positivismo logico e, dunque, in un'epistemologia empirica (Ford e Urban, 1998; Abbagnano, 2006; Nannini, 2011; Paternoster, 2010).

Cognitivismo

Per quanto riguarda il cognitivismo abbiamo ritenuto fondamentale distinguere le diverse evoluzioni in quanto, a partire dal cognitivismo ortodosso fino ai successivi sviluppi, le epistemologie di riferimento sono radicalmente diverse. Il Cognitivismo ortodosso ampliò il

paradigma comportamentista rifiutando l'antimentalismo e ponendo in primo piano i processi cognitivi. Questi venivano considerati come un sistema complesso che elabora informazioni analogamente ai modelli di tipo informatico e cibernetico. Questo approccio si avvicina all'analogia mente-computer che è alla base del funzionalismo di Putnam (1960; 1975) e Fordor (1975; 1981; 1983; 1987; 2000). Questa filosofia della mente, sviluppatasi a partire dagli anni Sessanta, sosteneva che gli stati mentali fossero realizzati mediante stati cerebrali così come gli stati funzionali del *software* si realizzassero grazie agli stati dell'*hardware*. Stati cerebrali diversi possono implementare il medesimo stato mentale: la psicologia non è riducibile alla neurologia in quanto non sono possibili correlazioni causali tra le due. Nelle scienze cognitive domina l'approccio razionalista-computazionale, infatti alla base dell'orientamento razionalista del cognitivismo ortodosso troviamo l'epistemologia empirista. La realtà presenta un ordine esterno, univoco, oggettivamente dato ed indipendentemente dall'osservatore. La conoscenza, quindi, è ottenuta attraverso rappresentazioni di quest'ordine, strutturate tramite l'elaborazione delle informazioni provenienti dal mondo esterno. L'adattamento e la conoscenza consistono in un modellarsi progressivo di un sistema alle pressioni ambientali e l'evolversi di un sistema conoscitivo coinciderà con un processo regolato e guidato dall'esterno (Ford e Urban, 1998; Abbagnano, 2006; Nannini, 2011; Paternoster, 2010).

Nel paradigma cognitivo-costruttivista si ebbe un salto epistemologico in quanto nell'adattamento venne posto l'accento sulle modalità individuali con cui il soggetto si impegna nella conoscenza. Questo approccio si rifà al costruttivismo epistemologico che si contrappone al realismo ingenuo dell'epistemologia empirista. In questa ottica le caratteristiche della conoscenza sono il risultato di un'attività di costruzione attuata dalla mente. Il mondo è prodotto da unità di rappresentazioni, immagini e azioni che si realizzano a livello fisiologico. La possibilità di una conoscenza oggettiva come rappresentazione fedele di un ordine esterno che non dipenda dall'osservatore viene messa in

discussione. Il sapere non viene ricevuto in modo passivo ma emerge da una relazione tra la realtà e il soggetto il cui ruolo è attivo (Abbagnano, 2006).

Il cognitivismo post-razionalista di Guidano (1991) sostanzialmente si basa sulla stessa prospettiva epistemologica ma complessificò il modello approfondendo in termini evolutivi lo svilupparsi delle differenti modalità attraverso cui l'individuo ordina l'esperienza e costruisce la conoscenza. Diviene quindi necessaria, come impostazione metodologica di base, un'epistemologia evolutiva, cioè un approccio che utilizza e mette in relazione i dati delle scienze cognitive, biologiche e evolutive per delineare i pattern e i processi su cui si basa l'interdipendenza fra l'evolversi della conoscenza e lo strutturarsi dei sistemi cognitivi (Campbell, 1974). Lo sviluppo della conoscenza prende forma all'interno di una dimensione ontologica irriducibile nella quale l'esperienza soggettiva sottende qualsiasi ordinamento di quella dimensione oggettiva di realtà che avvertiamo come esterna e indipendente da noi. L'interdipendenza fra soggettivo e oggettivo si dispiega in un ininterrotto processo circolare fra l'esperienza immediata di sé, cioè l'Io che agisce ed esperisce, e il senso di sé che emerge come risultato del riconoscere e auto-riferirsi l'esperienza immediata in corso, cioè il Me che osserva e valuta (Guidano, 1991).

L'orientamento cognitivo-evoluzionista di Liotti (2001; 2005) puntò molto l'accento sulla natura relazionale della mente e del suo sviluppo, integrando il modello con l'evoluzionismo e ancorando la psicopatologia alla neurobiologia e alla neuropsicologia cognitiva tentando di riconnettere i processi mentali a quelli cerebrali. Questo approccio mostra una continuità con gli studi di Damasio (1994; 1999; 2003), le concezioni di Edelman (1987; 1989; 2000; 2004; 2006) e, per quanto riguarda una più precisa filosofia della mente, il naturalismo biologico di Searle (2004). Queste posizioni rientrano nel processo di "naturalizzazione" della mente cioè la possibilità di spiegare i fenomeni mentali come fenomeni naturali indagabili secondo i metodi delle scienze empiriche. Il "naturalismo biologico" prende le distanze dal materialismo eliminativo in quanto valorizza l'esistenza di un'ontologia soggettiva pur considerando la coscienza come fenomeno naturale. Le

riduzioni eliminative possono essere attuate in modo sensato solo se il fenomeno che vogliamo ridurre non esiste. Il "naturalismo biologico" sostiene la riducibilità causale ma non ontologica della coscienza alla neurobiologia. Una riduzione causale non implica necessariamente quella ontologica. La coscienza "accade" nel cervello, essendo un processo cerebrale pur conservando proprietà qualitative e soggettive (Searle, 2004).

Psicoanalisi

La psicoanalisi ha influenzato e continua ad influenzare i vari modelli comportamentali e vari settori della cultura contemporanea. Le lezioni ed i saggi di Freud (1856-1939) fanno parte, per molti aspetti, della storia del pensiero filosofico (Moravia, 2008). L'individuazione di una filosofia della mente e di una epistemologia alla base della psicoanalisi è particolarmente difficoltoso. Il concetto di inconscio, esaminato dal punto di vista delle molteplici filosofie della mente, appare chiaramente una contraddizione in termini. A partire da Cartesio (René Descartes, 1596-1650), l'idea di psichico era da considerarsi l'equivalente di coscienza. La filosofia, fino a Freud, aveva assunto nei confronti di questo concetto due punti di vista: o l'inconscio andava considerato come qualcosa di mistico e non dimostrabile, e il cui rapporto con lo psichico rimaneva inafferrabile; oppure postulava l'identificazione completa di tutto lo psichico con il conscio, cioè qualsiasi attività mentale per definizione doveva essere considerata cosciente. Per Cartesio, il pensiero è sinonimo di coscienza così come lo è la mente che egli definisce come *res cogitans* (realtà che pensa). Uno stato mentale non cosciente è, per il filosofo, auto-contraddittorio. L'idea di un stato mentale non cosciente è stata accettata soltanto con le formulazioni operate da Freud. I contributi prodotti dalla psicoanalisi sono stati generalmente accettati dalla filosofia nel modo più ampio (Moravia, 2008). Possiamo tuttavia rintracciare tre stati epistemici. Il primo è quello prodotto da Cartesio attraverso l'introduzione del *Cogito ergo sum*: se dubito quindi penso, se penso dunque esisto. Il secondo è rappresentato dal pensiero di Spinoza (1632-1677) che afferma, modificando Cartesio, che anche il corpo pensa, sebbene in modo non perfetto quanto l'anima. I pensieri del corpo

sono gli *affetti*. Con Spinoza la psicoanalisi diventa possibile essendo l'analisi dei pensieri e degli affetti. Rispetto a Cartesio, Spinoza introduce una correzione essenziale: vengono analizzate le passioni del corpo, anche quando vengono denominate passioni dell'anima. Affetti Spinoziani e pulsioni Freudiane (ambasciatori del corpo) possono essere correlate: il corpo esiste solo in quanto rappresentato a livello psichico. Freud, dunque, prolunga Cartesio. Il suo inconscio è un terzo stato epistemico. Dopo il sapere e il non sapere, Freud introduce il non sapere di sapere *ancora*. Il sapere inconscio, essendo un sapere a tutti gli effetti, condiziona l'essere del soggetto. Si tratta di un sapere che non è immediatamente disponibile. Emerge solo dopo un lungo lavoro di analisi, ovvero, come direbbe Lacan, dopo un lungo tempo per comprendere (www.sciacchitano.it).

Psicologia umanistica

L'approccio fenomenologico-esistenziale o umanistico, di cui fanno parte, ad esempio, la terapia centrata sul cliente di Rogers (1951; 1961), la terapia esistenziale di Maslow (1968) e la terapia della gestalt di Perls (1947; 1969), sosteneva l'immagine esistenzialistica dell'uomo in quanto riteneva appartenenti all'essere umano qualità sostanzialmente diverse da tutte le altre entità. Gli esseri umani utilizzano modalità proattive per costruire la propria esistenza. Capacità come l'auto-coscienza, la simbolizzazione, l'intenzionalità sono attributi esclusivamente umani. Per questo non possono essere studiati con i metodi empirici adatti allo studio degli oggetti. Solamente l'individuo può avere accesso diretto alla propria esperienze soggettiva (fenomenica). Attraverso il linguaggio quella persona può riferire agli altri la propria esperienza in prima persona. L'altro (es. terapeuta) può comprenderla solo attingendo dalla propria esperienza soggettiva mediante processi intuitivi o empatici. Le basi epistemologiche di queste affermazioni sono rintracciabili nell'intuizionismo e nel razionalismo e la cornice filosofica di riferimento è l'esistenzialismo di Heidegger (1889-1976) e la fenomenologia di Husserl (1859-1938). Entrambi mettono al centro la soggettività, non si concentrano sull'oggettività della realtà esterna. Husserl mette al centro

l'uomo attraverso l'epistemologia cioè attraverso categorie di validità oggettiva con cui ragionare in modo corretto sul comprendere il mondo interiore (vissuto). Husserl sottolinea quindi l'importanza di categorie adatte a comprendere l'uomo diverse da quelle delle scienze naturali. Tali categorie comunque hanno validità universale. Al centro della filosofia di Heidegger c'è sempre l'uomo, però il suo approccio è basato non più sull'epistemologia ma sull'ontologia. Per capire come funziona l'uomo, non ricerca categorie a priori (trascendentale) ma studia direttamente l'essere immerso nel suo mondo (Abbagnano, 2006; Nannini, 2011; Rorty, 1979).

Psichiatria biologica

A partire dagli anni Sessanta, le spiegazioni di tipo organicistico dei disturbi psichici videro un crescente sviluppo. L'incremento delle conoscenze in ambito neuroscientifico, insieme allo svilupparsi della psicofarmacologia, dettero crescente vigore all'approccio biologico in psicopatologia. Il punto di vista della psichiatria biologica può essere sintetizzato in questi termini: essa fa assegnamento esclusivo sull'aspetto biologico della malattia mentale, il resto è poco rilevante se non, addirittura, di nessuna importanza (Civita, 1999). Possiamo notare l'analogia di questo approccio con il pensiero dei materialisti-fisicalisti che, in sede operativa, intendono dimostrare l'identificabilità di ogni evento mentale con i corrispettivi e specifici eventi neurocerebrali. L'espressione più significativa del materialismo riduzionista è rappresentata dalla Teoria dell'Identità elaborata da Place (1956), Feigl (1958) e Smart (1959) che sostengono che gli stati mentali e gli stati del cervello sono identici. Tale analogia può essere spinta fino a posizioni estreme quando si considera l'orientamento che prende il nome di eliminativismo, teoria che trova la propria origine in Quine (1969). Una variante di questa concezione è quella sostenuta da Rorty (1965; 1970; 1979) nella "teoria della scomparsa" (Moravia, 1986).

Conclusioni

I differenti approcci in filosofia della mente che abbiamo fino ad ora considerato vedono

l'uomo da due angolazioni opposte riassumibili nel punto di vista delle scienze naturali e in quello della fenomenologia (Jaspers, 1913). La prima ha come suo estremo l'eliminativismo che ignora tutto ciò che è esperienza soggettiva, la seconda assume una posizione che non prevede alcuna possibilità di correlazione causale tra corpo e mente. Con l'avvento delle neuroscienze si assiste ad evidenze che suggeriscono la possibilità di costruzione di filosofie della mente che tengono in considerazione entrambi gli aspetti in modo integrabile e correlabile. Le teorie della coscienza e del sé elaborate dai neuroscienziati sembrano prendere sempre più campo in questo ambito di conoscenza. Queste teorie sostengono la possibilità di una naturalizzazione della mente che implica la spiegazione dei fenomeni mentali come fenomeni naturali e quindi indagabili con i metodi delle scienze empiriche.

La psicoterapia comparata può utilizzare l'approfondimento della filosofia della mente per confrontare i vari modelli di psicoterapia a livello epistemologico. L'esplicitazione e la chiarificazione del tipo di filosofia che sta alla base di ogni modello potrebbe contribuire ad individuare diversità ed analogie attraverso lo studio delle modalità con cui il linguaggio utilizzato giunge a significare differenze che in parte potrebbero essere solo apparenti o di superficie. L'evidenza di analogie darebbe la possibilità di falsificare l'idea che i modelli operano in modo diverso. Le filosofie della mente moderne, basate sulle neuroscienze, presentano una visione dell'uomo complessa e articolata che tiene in considerazione sia l'ontologia di prima persona (esperienza soggettiva) che quella di terza (processi neurobiologici). Queste permetterebbero di comparare e integrare approcci di psicoterapia che, in base alla visione dell'uomo che hanno alle spalle, considerano in modo diverso i concetti di normalità, anormalità e, di conseguenza, di cura. L'opportunità di un incontro tra filosofia e neurobiologia è auspicabile in quanto potrebbe essere utile alla costruzione di teorie dotate di un più elevato potere esplicativo e predittivo, cioè teorie più affidabili. Le neuroscienze potrebbero essere utili sia come prova di efficacia delle diverse psicoterapie, sia nel dare indicazioni utili per

migliorare i metodi di intervento. Ancora prima, possono servire per tradurre il linguaggio dei vari approcci psicoterapeutici in un linguaggio comune che ci permetta di comparare e dialogare.

Riferimenti bibliografici

- Abbagnano, N. (a cura di) (2006). *Storia della filosofia*. Roma: Gruppo Editoriale L'Espresso.
- Campbell, D.T. (1974). Evolutionary epistemology. In P.A. Schilpp (a cura di), *The philosophy of Karl Popper*. La Salle: Library of Living Philosophers.
- Carnap, R. (1950). Empiricism, Semantics, and Ontology. *Revue Internationale de Philosophie*, 11, 20-40.
- Carnap, R. (1956). Il carattere metodologico dei concetti teorici. In Id., *Analiticità, significanza, induzione* (pp. 266-315). Bologna, 1971: Il Mulino.
- Civita, A. (1999). Neuroscienze e malattia mentale. In A. Civita e D. Cosenza (a cura di), *La cura della malattia mentale. Storia ed epistemologia* (p. 86). Milano: Bruno Mondadori.
- Damasio, A.R. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*. New York: Grosset/Putnam (trad. it. L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano, Adelphi, Milano, 1995).
- Damasio, A.R. (1999). *The feeling of what happens: Body, emotion and the making of consciousness*. London: Heinemann (trad. it. Emozione e coscienza, Adelphi, Milano, 2000).
- Damasio, A.R. (2003). *Looking for Spinoza: Joy, sorrow and the feeling brain* (trad. it. Alla ricerca di Spinoza, Adelphi, Milano, 2003).
- Edelman, G.M. (1987). *Darwinismo neurale. La teoria della selezione dei gruppi neuronali*. Torino: Einaudi.
- Edelman, G.M. (1989). *Il presente ricordato. Una teoria biologica della coscienza*. Milano: Rizzoli.
- Edelman, G.M. (2004). *Wider than the sky. The phenomenal gift of consciousness* (trad. it. Più grande del cielo. Lo straordinario dono fenomenico della coscienza, Einaudi, Torino, 2004).
- Edelman, G.M. (2006). *Second nature: Brain science and human knowledge* (trad. it. Seconda natura: Scienza del cervello e conoscenza umana, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007).
- Edelman, G.M., e Tononi, G. (2000). *A universe of consciousness. How matter becomes imagination* (trad. it. Un universo di coscienza, Einaudi, Torino, 2000).
- Feigl, H. (1934). Logical Analysis and the Psychophysical Problem. *Philosophy of Science*, 1, 370-497.
- Feigl, H. (1958). The «mental» and the «physical». In H. Feigl, M. Scriven, e G. Maxwell (a cura di), *Minnesota Studies in the Philosophy of Science*, vol. 2: *Concepts, Theories and the Mind-Body Problem* (370-497). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Fodor, J.A. (1975). *The language of thought*. New York: Thomas Y. Crowell Co.
- Fodor, J.A. (1981). *Representations: Philosophical essays on the foundations of cognitive science*. Cambridge, MA: MIT Press.

- Fodor, J.A. (1983). *The modularity of mind*. Cambridge, MA: Bradford Books (trad. it. La mente modulare. Saggio di psicologia delle facoltà, Il Mulino, Bologna, 1988).
- Fodor, J.A. (1987). *Psychosemantics: The problem of meaning in the philosophy of mind*. Cambridge, MA: MIT Press (trad. it. Psicosemantica: il problema del significato nella filosofia della mente, Il Mulino, Bologna, 1990).
- Fodor, J.A. (2000). *The mind doesn't work that way*. Cambridge, MA: MIT Press (trad. it. La mente non funziona così, Laterza, Roma-Bari, 2001).
- Ford, D.H., e Urban, H.B. (1998). *Contemporary models of psychotherapy: A comparative analysis* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Guidano, F.V. (1991). *The self in process. Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: The Guilford Press (trad. it. Il sé nel suo divenire. Verso una terapia cognitiva post-razionalista, Bollati Boringhieri, Torino, 1992).
- Hempel, C.G. (1953). The logical analysis of psychology. In N. Block (a cura di), *Readings in philosophy of psychology* (14-23). Cambridge, MA: Harvard University Press, 1980.
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer-Verlag. (trad. it. Psicopatologia generale, Il pensiero scientifico, Roma, 1964).
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo evolutivista*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G. (2005). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: Carocci Editore.
- Maslow, A.H. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: Van Nostrand-Reinhold.
- Materassi, N., e Visi, A. (2014). Filosofia della mente, epistemologia e comparazione. Parte I. *Quaderni di Psicoterapia Comparata*, 3, 209-221.
- Moravia, S. (1986). *L'enigma della mente*. Roma-Bari: Gius. Laterza e Figli.
- Moravia, S. (2008). *Filosofia e psicoanalisi*. Torino: UTET.
- Nannini, S. (2011). *L'anima e il corpo. Un'introduzione storica alla filosofia della mente*. Roma-Bari: Gius. Laterza e Figli.
- Paternoster, A. (2010). *Introduzione alla filosofia della mente*. Roma-Bari: Gius. Laterza e Figli.
- Perls, F.S. (1947). *Ego, hunger, and aggression*. New York: Vintage.
- Perls, F.S. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Moab, UT: Real People Press.
- Place, U.T. (1956). Is consciousness a brain process? *British Journal for the Philosophy of Science*, 47, 44-50.
- Platone (1966). *Opere complete*. 7 voll. Roma-Bari: Laterza.
- Putnam, H. (1960). Minds and machines. In S. Hook (a cura di), *Dimensions of mind*, New York: NYU Press.
- Putnam, H. (1975). *Mind, language, and reality*. Cambridge-New York: Cambridge U.P. (trad. it. Mente, linguaggio, e realtà, Adelphi, Milano, 1987).
- Quine, W.V.O. (1969). *Ontological relativity and other essays*. New York: Columbia University Press.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centred therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rorty, R. (1965). In defense of eliminative materialism. *The Review of Metaphysics*, 24, 112-121.
- Rorty, R. (1970). Mind-body identity, privacy, and categories. *The Review of Metaphysics*, 19, 24-54.
- Rorty, R. (1979). *Philosophy and the mirror of nature*. Princeton: Princeton U.P. (trad. it. La filosofia e lo specchio della natura, Bompiani, Milano, 1986).
- Searle, J.R. (2004). *Mind. A Brief Introduction*. Oxford: Oxford University Press (trad. it. La mente, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005).
- Smart, J.J.C. (1959). Sensations and brain processes. *Philosophical Review*, 68, 141-156.

LA GIOSTRA DI COLORI DELL'AUTISMO. DAI MASS MEDIA ALLA VOCE DELLA QUOTIDIANITÀ

di Cristina Alvaro, Elena Lapini, Giulia Masotti, Ilaria Nocita, Elisabetta Signoria
dottori in psicologia, ex tirocinanti post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

“Ragazzo autistico sono io con povere risorse ma consapevole di essere forte adolescente, paure come tutti miei compagni ho di diventare vero adulto con intelligente cuore, voglio vita piena di lunghi pensieri per altri indifesi amici, unico scopo servire con tanti sogni per aiutare gente che bisogno doloroso ha. Tantissimo ho da dare. Dico sono tanto diverso con figura fuori uguale agli altri, dentro giostra di colori ho. Niente di stonato universo con pianeti da scoprire ho nel mio diverso cervello di ragazzo che lotta per crescere migliore”

Andrea Antonello

L' autismo è un disturbo cronico, solitamente a esordio infantile e presenta diversi gradi di disabilità fino ad arrivare alla non autosufficienza. Tale complessità, evidente fin dal momento della diagnosi, necessita di un'azione multidisciplinare che supporti l'intero arco della vita della persona (Venerosi e Chiarotti, 2011).

Nel 1943 Leo Kanner, psichiatra austriaco emigrato negli Stati Uniti, pubblicò uno studio piuttosto esaustivo sulla sindrome di autismo, descrivendo i bambini autistici come soggetti che avevano mostrato fin dall'inizio della vita un'estrema solitudine e che non rispondevano agli stimoli provenienti dal mondo esterno (Scattoni, Michetti, De Felice e Ricceri, 2011).

Nel corso degli anni molti sono stati i contributi forniti dalla ricerca per cercare di definire e spiegare la patologia in questione. Tale numerosità di ricerche sembra però non aver portato ad una reale divulgazione di informazioni tramite i mezzi di comunicazione: dal cinema alla televisione, ai libri.

L'obiettivo del nostro lavoro è stato quindi quello di mettere in luce la valutazione che le famiglie con un ragazzo autistico hanno maturato nei confronti del tipo di conoscenze trasmesse dai media televisivi, chiedendo loro in

che modo la televisione possa essere in grado di divulgare informazioni sulla realtà dell'autismo.

L'autismo e la sua storia

Inizialmente l'autismo era considerato una patologia affettiva e relazionale dovuta a un disturbo precoce nell'interazione madre-bambino. Tale interazione affettiva si riteneva fosse contraddistinta da una chiusura affettiva della madre nei confronti del figlio, la quale avrebbe mostrato una freddezza tale da essere definita "madre frigorifero". Nel tempo le teorie sull'origine psicologica dell'autismo sono state superate ed è stata riconosciuta chiaramente una base neurobiologica caratterizzata dalla presenza di una forte predisposizione genetica (Bacchelli e Maestrini, 2003).

“L'importanza dei fattori genetici nella patogenesi dell'autismo è emersa intorno agli anni '70-'80, sulla base di una serie di studi condotti su gemelli monozigoti (che possiedono lo stesso patrimonio genetico) e dizigoti (che hanno il 50% dei geni in comune) e su famiglie contenenti uno o più individui con autismo” (Bacchelli e Maestrini, 2003, p. 286).

Anche studi successivi hanno mostrato un certo grado di familiarità per alcune delle dimensioni dello spettro autistico, con punteggi tendenzialmente più elevati in parenti consanguinei di pazienti autistici. Gli studi familiari, che rappresentano la maggior parte degli studi pubblicati sull'autismo, presentano il grande svantaggio di non poter direttamente stabilire se l'aggregazione familiare osservata ha origine da influenze genetiche o da esposizioni ambientali condivise dai membri della famiglia (Fagnani et al., 2011).

A tal proposito, secondo uno studio scientifico del 2006 del gruppo del Dipartimento di Neuroscienze, il Disturbo dello Spettro Autistico (DSA) è considerato come un malfunzionamento della simulazione incarnata conseguentemente a implicazioni psicopatologiche della consonanza intenzionale, a loro volta prodotte da una disfunzione dei sistemi dei neuroni specchio nell'area F5 della corteccia premotoria ventrale, lobo parietale posteriore, regione del solco temporale superiore (Hadjikhani et al., 2005). Il gruppo di ricerca ha riscontrato, alla base dei problemi della mente autistica, un'incapacità nella competenza sociale, che non permette di stabilire un collegamento con le molteplici relazioni intenzionali stanziare dagli altri. Ne segue quindi una disgregazione di questa molteplicità condivisa e la conseguente incapacità di sviluppare una piena e comprensiva consonanza intenzionale con gli altri, causata da deficit cognitivi ed esecutivi. Il deficit nella simulazione incarnata è esemplificato dai problemi che i bambini autistici mostrano nei comportamenti imitativi simbolici e non-simbolici: nell'imitare l'uso di oggetti, nell'imitare espressioni facciali e nell'imitazione vocale. Si parla di un'incapacità di stabilire un'equivalenza tra il soggetto imitatore e il dimostratore da imitare, causata da un malfunzionamento del sistema dei neuroni specchio.

In seguito alla ricerca di Hadjikhani e coll. (2005), centrata sulle differenze anatomiche nel sistema dei neuroni specchio, è stato individuato negli autistici un anormale assottigliamento della sostanza grigia nelle aree corticali facenti parte del sistema dei neuroni specchio.

I Disturbi dello Spettro Autistico (DSA) sono un insieme relativamente eterogeneo di disturbi dell'età evolutiva (Autismo, Sindrome di Asperger e Disturbi Pervasivi dello Sviluppo Non Altrimenti specificato, vedi Box 1) che colpiscono le funzioni comunicative, sociali e cognitivo-comportamentali (Scattoni et al., 2011).

Il DSA è considerato, ad oggi, un disturbo del neurosviluppo con prevalenza nella popolazione generale dello 0.99% (La Malfa, 2010). Le stime più recenti indicano una prevalenza di circa 1:150 bambini, con i maschi maggiormente colpiti, con un rapporto maschio femmina 4:1 (Scattoni et al., 2011).

La vasta eterogeneità del disturbo che perdura per tutta l'esistenza dell'individuo, con quadri clinici e gravità differenti ha permesso di introdurre il termine "spettro" per indicare un approccio dimensionale nella sua classificazione (La Malfa, 2010), che secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, DSM-IV-TR¹) è caratterizzato da alterazioni in tre ambiti:

- deficit nelle interazioni sociali;
- deficit nella comunicazione;
- modelli stereotipati e ripetitivi nell'ambito di comportamenti, interessi e attività

Solo in una piccola percentuale dei casi (meno del 10%) l'autismo può essere associato a condizioni mediche note: ritardo mentale, epilessia, sindrome dell'X fragile, sclerosi tuberosa, ansia e depressione, mentre nella maggior parte dei casi non sono ascrivibili a nessuna causa riconoscibile (Bacchelli e Maestrini, 2003). Molto importante, inoltre, è la valutazione clinica globale del soggetto con tale disturbo:

- valutazione medica (salute dentale, udito, nutrizione, prevenzione della costipazione, epilessia, disturbi della tiroide, disturbo reflusso gastroesofageo, helicobacter, osteoporosi, stato immunitario, attività fisica);
- valutazione dei comportamenti problema;
- valutazione della comorbilità psichiatrica (doppia diagnosi)

È molto importante esplorare, ai fini di una comprensione maggiore del DSA, le differenti

aree che compongono lo sviluppo emotivo. Secondo lo *Scheme of Appraisal of Emotional Development* (SAED) di Dosen (2006) è importante analizzare:

- il rapporto della persona col proprio corpo;
- l'interazione con il caregiver;
- l'interazione con i pari;
- la manipolazione degli oggetti materiali;
- la differenziazione affettiva;
- la comunicazione verbale;
- l'ansia;
- la permanenza dell'oggetto;
- l'esperienza di Sé;
- la regolazione dell'aggressività.

L'autismo insorge e si manifesta in molti modi diversi e alcuni bambini mostrano sintomi già prima del primo anno di vita (Rogers, 2011). A questa età i bambini autistici sperimentano difficoltà o anche impossibilità di orientarsi sulla base di indicazioni provviste da altri, sono incapaci di condividere l'attenzione con gli altri, di reagire in maniera adeguata alle emozioni altrui ed hanno difficoltà a riconoscere visi umani o nell'esibire comportamenti imitativi (Gallese, 2006). Alcuni bambini invece mostrano, nelle fasi precoci, pattern di sviluppo del tutto normali, perdendo poi le capacità precedentemente acquisite nei domini socio-emozionale e cognitivo. Altri ancora, che non mostrano segni precoci, raggiungono un plateau di sviluppo cui segue un mancato progresso (Rogers, 2011).

Attualmente il problema, dal punto di vista di diagnosi precoce, non è tanto quello di differenziare l'autismo dallo sviluppo tipico, quanto quello di studiare le traiettorie evolutive dei deficit socio-comunicativi precoci verificando la stabilità della diagnosi nel tempo (Tancredi e Muratori, 2008).

A tal proposito è importante tener presente due evidenze:

2. gli studi sulla stabilità diagnostica segnalano in un certo numero di casi la "guarigione", a 3 anni, di bambini che a 2 avevano ricevuto la diagnosi di DSA;
3. gli studi sulle modalità di esordio segnalano nel secondo anno di vita l'emergere di deficit socio-comunicativi in bambini che apparivano del tutto sani nel corso del loro primo anno di vita.

Gli studi prospettici "condotti su soggetti considerati a rischio appaiono particolarmente promettenti non solo ai fini dell'individuazione di indici diagnostici e prognostici precoci, ma anche ai fini dell'evidenziazione, nell'autismo di "statu nascendi", dei meccanismi potenzialmente in grado di mettere in moto la cascata di eventi che porterà al quadro comportamentale completo" (Tancredi e Muratori, 2008, p. 15).

Un'individuazione precoce potrebbe consentire un precoce intervento in grado di produrre risultati migliori: il bambino autistico infatti non riesce a conseguire un adeguato apprendimento sociale causato dalla sua tendenza naturale all'isolamento che comporta una crescente deprivazione sociale e altera lo sviluppo neuropsicologico (Rogers, 2011).

Autismo, famiglia e sessualità

A causa della scarsa conoscenza delle caratteristiche del disturbo autistico non solo da parte della gente comune, ma anche da parte di professionisti, terapeuti e insegnanti, la famiglia del bambino autistico si trova a dover affrontare una situazione molto stressante.

Tra le principali fonti di stress per la famiglia del bambino autistico vi è anzitutto la mancanza d'interazione. Vera o apparente che sia, l'indifferenza del bambino autistico verso i familiari che già hanno investito amore e dedizione sulla loro creatura apparentemente perfetta costituisce precocemente una vera tragedia affettiva; i genitori, infatti, si sentono rifiutati dal figlio che non corrisponde ai loro sentimenti e che tuttavia non possono né tanto meno vogliono lasciare. Non tutti i bambini autistici sono incapaci di dimostrare affetto verso i familiari: alcuni, considerati in passato come affetti da Psicosi Simbiotica, addirittura possono mostrare un attaccamento eccessivo. Ma anche in questo caso il senso d'impotenza dei genitori si traduce nell'impossibilità di riuscire a tradurre l'attaccamento affettivo in partecipazione emotiva alla vita familiare o in apprendimento (Crispiani, 2003).

Un'altra delle fonti di stress per le famiglie con figli autistici è quella legata ai problemi comportamentali, che nella maggior parte dei casi è connessa a episodi non rari di auto ed

etero aggressività del bambino (Crispiani, 2003). La paura e l'angoscia che generano questi episodi apparentemente incomprensibili conducono spesso alla rinuncia di qualsiasi regola o coerenza educativa portando sempre più sia il bimbo sia la famiglia stessa nell'isolamento sociale.

L'incomprensione sociale è evidente soprattutto al momento dell'inserimento del bimbo nella scuola, luogo in cui il pregiudizio su questa realtà e la possibile ignoranza o scarsa conoscenza da parte degli insegnanti e dei collaboratori porta spesso a una scarsa disponibilità alla collaborazione e alla riduzione del tempo di frequenza scolastica. Questo crea nella famiglia un disagio tale da sentirsi rifiutati e soli. Nelle persone con disturbo dello spettro autistico, le difficoltà sociali e comunicative incidono in maniera rilevante sull'espressione della sessualità, così come possono incidere i disturbi percettivi e gli interessi "ristretti, ripetitivi e stereotipati". Le difficoltà si manifestano in maniera molto differente da persona a persona, anche in relazione al livello di competenze generali, alla presenza, al grado di un ritardo cognitivo e al percorso educativo effettuato (Caretto e Lonigro, 2006). Sebbene sia condivisibile la necessità di un intervento psico-educativo sull'affettività e sulla sessualità fin dall'infanzia, permane una difficoltà ad affrontare questi temi (Caretto, 2005). Alcuni comportamenti sessuali problematici vengono "ignorati" fino a quando sono ormai consolidati e molto problematici. Spesso è difficile confrontarsi emotivamente e operativamente con questi comportamenti, sia da parte dei genitori sia da parte dei professionisti (Aliata, 2006).

Non è poi da sottovalutare il futuro che si prospetta per i bambini con autismo. Il problema del "dopo di noi" assume oggi un'enorme importanza sociale, sanitaria, politica ed economica (La Malfa, 2010). L'incertezza dei genitori per il futuro del proprio figlio risiede non solo nel momento della loro vecchiaia e poi morte, ma è forte anche nel futuro più prossimo se non all'indomani; le preoccupazioni maggiori di questi genitori si esplicano nel chiedersi se verrà mai realmente accettato a scuola, se avrà un insegnante adeguatamente preparato, se andrà bene la giornata o lo chiameranno per portarlo a casa.

Ed è quando si raggiunge la consapevolezza dell'inesistenza di soluzioni dignitose per il futuro di un adulto con autismo che lo stress dei genitori si trasforma in disperazione, alimentando la profonda speranza di poter sopravvivere al figlio per non abbandonarlo a un futuro di emarginazione (La Malfa, 2010).

Infine, è da considerare anche come fonte di stress per la famiglia la fatica e l'impossibilità a svolgere una vita normale. La vita con un figlio autistico è molto faticosa e imprevedibile; spesso l'iperattività del bambino prevale su tutto e diventa talmente ingestibile da non poter distogliere l'attenzione da nulla. Non meno frustrante e difficile da gestire è guardare il proprio figlio che si isola svolgendo attività ripetitive per ore in totale solitudine.

I possibili interventi sulla famiglia potrebbero riguardare prevalentemente l'integrazione sociale, considerando il nucleo familiare partner essenziale nella preparazione ed esecuzione di un programma di riabilitazione e integrazione del bambino con autismo. A questo scopo occorrerebbe dunque offrire alla famiglia un supporto individualizzato a partire dai suoi bisogni e delle sue potenzialità (Crispiani, 2003). Tra le forme di supporto alla famiglia, particolarmente rilevante nell'aiutare i genitori a comprendere e affrontare in modo efficace la quotidianità del loro bambino, risulta esserci la corretta informazione sulle caratteristiche dell'autismo. La corretta conoscenza del disturbo, delle sue caratteristiche e dei bisogni del paziente è di fondamentale importanza, sia per evitare lo stigma connesso a questa diagnosi, da un lato, sia per evitare false credenze e aspettative dall'altro.

Accanto all'informazione vi è poi una giusta formazione: la famiglia dovrebbe, infatti, essere adeguatamente preparata a intervenire efficacemente nell'educazione del figlio e ad adottare altre forme di comunicazione attraverso la preparazione congiunta da parte di professionisti e familiari di un programma da svolgere a casa con l'aiuto di controlli periodici o almeno tempestivamente e costantemente informata delle modalità degli apprendimenti raggiunti al di fuori dell'ambito familiare. Esiste un'ampia letteratura scientifica che dimostra come l'attività di caregiving a persone con autismo, senza un'adeguata preparazione e supporto, determini facilmente uno stato di

stress correlato al lavoro che può favorire la comparsa di comportamenti inadeguati (Crispiani, 2003).

È molto importante il coinvolgimento nella presa in carico della famiglia in percorsi terapeutici-educativi-assistenziali che siano ecologici, cioè riguardanti tutti gli aspetti della vita. Rendere complice il nucleo familiare è di fondamentale importanza così da ottimizzare i risultati delle cure promuovendo la qualità della vita, delle persone e di tutta la famiglia (La Malfa, 2010).

Vi sono inoltre la pianificazione e l'assistenza: per il genitore sapere che il figlio può e potrà contare su figure professionali esperte e competenti in ambito sanitario e scolastico, rappresenta un aiuto fondamentale per il bambino ma anche per la famiglia (Rusticali e Rusticali, 2013). Così com'è di rilevante importanza un buon coordinamento dei servizi: a vari livelli, il servizio terapeutico, educativo, di supporto sociale, devono essere pensati e organizzati in base ai bisogni delle persone e devono operare in sinergia per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Sarebbe opportuno individuare un responsabile che garantisca la coerenza degli interventi educativi in un programma globale e che individui, in caso di necessità, i professionisti e le strutture più adatte a intervenire in caso di malattia.

Ultimo, ma non certo per importanza, è infine il sostegno sociale ed emotivo alla famiglia che dovrebbe esser aiutata a mantenere il più possibile il tipo di vita e le relazioni sociali precedenti alla nascita del bambino autistico. Ciò equivale a poter disporre dell'aiuto di personale competente che permetta ai genitori di avere il tempo per coltivare relazioni sociali. La solidarietà e la comprensione che si possono trovare nell'ambito di associazioni dei familiari non dovrebbero, infatti, sostituirsi alla possibilità di mantenere relazioni e interessi al di fuori della realtà autismo, per non diventare un'ulteriore fonte di emarginazione della famiglia (Crispiani, 2003).

È importante non lasciare sole le famiglie, le quali, essendo molto vulnerabili possono essere oggetto di frodi tramite pubblicità di terapie con rimedi "miracolosi", spesso ammantati di un linguaggio pseudoscientifico e salvifico così da rincorrere guarigioni insperate aderendo a

"trattamenti" sicuramente costosi e talora dannosi, inducendo le famiglie e i pazienti ad abbandonare le "tradizionali" terapie, considerate negative.

In conclusione, appare evidente l'importanza delle strategie per una corretta informazione e promozione della qualità della vita che ogni società civile deve assicurare a ogni cittadino, in particolare a quelli più disagiati e alle loro famiglie.

Dall'analisi della letteratura è emerso che l'autismo è una patologia ancora poco conosciuta da un pubblico non professionista, motivo per il quale abbiamo deciso di dar voce ai vissuti di chi convive con tale disturbo quotidianamente. Analizzando le informazioni sull'argomento veicolate dai mass media, abbiamo scelto di focalizzarci sul mezzo di comunicazione televisivo, in quanto è risultato essere il veicolo divulgativo più accessibile, in grado di raggiungere un pubblico su larga scala. Per tale motivo, ci siamo chieste quali siano le riflessioni delle famiglie con un figlio autistico nei confronti di trasmissioni televisive che parlano di tale tematica, in particolare la qualità delle informazioni trasmesse e quali potrebbero essere i feedback degli spettatori che non vivono in prima persona la patologia.

A fronte di quanto detto, abbiamo condotto delle interviste di tipo qualitativo ad un campione di dieci famiglie, in particolare alle madri, con un figlio autistico di età compresa tra i 20 e i 26 anni, dalle quali sono emerse tante similitudini quante differenze che abbiamo ritenuto importanti riportare di seguito. Ascoltando il racconto delle famiglie intervistate, abbiamo notato alcuni tratti comuni. Prima tra queste l'apparente "normalità" alla nascita del figlio e per i primi anni di vita, che ha reso poi traumatico il periodo della diagnosi.

La mamma di M., 24 anni, racconta:

"M. è stato un bambino esuberante fino ai 6 anni, poi si sentì male, una convulsione senza febbre che si ripeté due o tre sere. Fu portato al Meyer dove non trovarono assolutamente la causa... Cioè inizialmente mi dissero che la causa era psicologica, dovuta al fatto che in quel periodo io e mio marito ci stavamo separando e lui aveva vissuto delle situazioni non idonee ad un bambino di tre anni".

Anche la mamma di G., 20 anni, racconta:

“Quando è nato è andato tutto bene... un bambino tranquillo, un bambino che ha fatto tutte le sue tappe che doveva fare al di fuori a quello di camminare, ha camminato più tardi, ma era un bambino grosso insomma... per quanto riguarda il parlare, parlava per memoria, per sentito dire, per figure delle lettere, infatti sembrava che a 2 anni sapesse leggere, ma non era lettura ma memoria visiva. Poi verso i 3 anni l'ho portato ai giardini, è stato spinto e non si è fatto male, non è successo nulla, ma è da quel momento in poi che si è scatenato l'inferno”.

Come emerge dalle frasi estrapolate dalle interviste appare comune alle diverse storie un evento scatenante, dopo il quale niente sembra più essere come prima. Inoltre i genitori hanno dichiarato la difficoltà di ricevere una diagnosi sulla malattia e le informazioni adeguate dalle figure professionali di riferimento. Ciò ha portato i vari protagonisti ad una raccolta autonoma, personale delle informazioni. Ci teniamo però a sottolineare come le persone intervistate si riferiscano a realtà di oltre 20 anni fa.

La mamma di F., 24 anni, afferma:

“Notando la sua iperattività, che non gli permetteva di soffermarsi sulle cose e per la quale non guardava negli occhi, abbiamo fatto le ricerche del caso e siamo andati da chi a quell'epoca era considerato il numero uno per quanto riguarda lo studio dell'area dell'autismo e abbiamo chiesto un appuntamento con lui, che ci rimandò a casa dicendoci che non era autismo... e basta... e non ci disse che cosa poteva essere (...) Dopo 9 anni, io e mio marito avendo letto diverse pubblicazioni e avendo fatto... diciamo che il libro che ci ha chiarito maggiormente su questa cosa (...) è il Mc Powell, che ha scritto proprio il libro “Autismo”. Si lesse quello poi sì, se ne lesse altri di libri, si lesse in internet, ecc... a quel punto lì si tornò dallo psichiatra chiedendogli se secondo lui, tanto il tempo era passato, (...) si poteva considerare una sindrome di Asperger, lui fece tutte le sue valutazioni e poi dette la diagnosi Sindrome di Asperger, e da lì (...) s'è cominciato a dare questa diagnosi”.

Inoltre dalle interviste è emerso come elemento ricorrente l'imprevedibilità di alcuni comportamenti stereotipati tipici dell'autismo (comportamenti di euforia, di gesti affettuosi molto forti o di improvvise reazioni) che la

collettività non si aspetterebbe da persone con tratti somatici che non denotano il disturbo.

La mamma di A., 26 anni, ci racconta:

“Mio figlio è molto affettuoso! Anzi, molto molto affettuoso... cioè non è... allora, non parla... se non quando... diciamo che non parla; si fa abbastanza capire, anche per le cose che vuole, importanti, in maniera un po' primitiva diciamo... e... è molto affettuoso, difficilmente fa cose violente... ora magari siccome è un omone è diventato, c'ha due spallone, ha un fisicone, stile David di Michelangelo, con le spalle grosse, è muscoloso diciamo (ride)... e quindi... insomma ogni tanto può fare, potrebbe... oggi tipo stava saltando no?!.. se ti pesta ti fa male... (...) Lui tende ad avvicinarsi alle persone... (...) Lui certe volte anche troppo. Se vede un bella ragazza, molto! ...E poi gli piacciono molto le donne... certe volte anche in maniera assolutamente inappropriata si avvicina così... e le persone che non lo conoscono soprattutto... sai uno se lo conosce dice “oh A!”... chi non lo conosce appunto può essere un problema”.

È pertanto risultato interessante porre l'attenzione sulla vita socio-relazionale del ragazzo autistico nel contesto scolastico. Molte mamme sono concordi nel sottolineare l'importanza, non solo delle figure di riferimento delle insegnanti e della classe, ma anche della progettazione di percorsi di inserimento, che potrebbero essere di supporto fin dalle prime esperienze per poi modificarsi nel corso del tempo.

La mamma di A., 26 anni, continua:

“Chiaramente quando andava a scuola era una situazione negativa per lui perché c'era il discorso dell'autostima, sul come veniva considerato da tutti gli altri; il fatto di riuscire a scrivere, di riuscire tipo a fare i temi etc etc per lui è stato molto importante. Alle elementari male, poi invece alle medie è andato molto bene, forse è stato uno dei periodi migliori della nostra vita, ha avuto uno sviluppo... poi è stato inserito in una classe in cui erano molto bravi, molto accoglienti anche gli altri ragazzi. Con le superiori poi si sperava riuscisse a non fare un programma semplificato visto che lui è un ragazzo intelligente (programma diversificato, poi differenziato)... siamo riusciti i primi due anni poi non ci siamo più riusciti e ha fatto tutto l'anno differenziato in realtà; ha fatto anche la maturità... è andato anche in viaggio con la classe...”.

La maggior parte di questi ragazzi che abbiamo potuto conoscere dai racconti delle madri, si

trova ora impegnato in progetti e percorsi socio-educativi, e fanno parte di associazioni o prendono parte ad iniziative proposte dalla comunità di appartenenza. Si trovano occupati dunque in svariati tipi di attività socio-ricreative come corsi di pittura, di cucina, etc, o anche in alcuni lavori veri e propri, grazie alla collaborazione di aziende o privati.

La mamma di A. prosegue raccontando che:

“Loro fanno delle cose manuali, artistiche diciamo, molto belle! La loro maestra è molto brava... in realtà non era riuscitissimo questo inserimento... Tramite la comunità (...) appunto lui ha cominciato a novembre dell'anno scorso, dove hanno la scuola, hanno la mensa e varie attività, a fare un intervento socio terapeutico lì; hanno un ragazzo che lo segue... lui lavora un po' in cucina, fa un po' di lavoro di aggiustamento... poi lavoro in giardino... insomma vari tipi di attività. C'era un periodo che era anche solo con la cuoca, ma ora deve stare con l'educatrice... perché poi la gente dopo un po' dalla propria cosa volontaria, si ritira...”

Dalle interviste alle madri è risultato interessante il tema del futuro che si prospetta per questi ragazzi, poiché le famiglie hanno dichiarato la propria preoccupazione per il domani del figlio. La domanda più frequente è: “riuscirà qualcun altro oltre a me a capire ciò di cui lui ha bisogno? Come gestirlo nel migliore dei modi?”

La mamma di R., 22 anni, sostiene:

“E questo è l'altro problema che secondo me c'è in assoluto con i soggetti autistici; con tutte le persone con handicap, ma con gli autistici soprattutto si pensa di sapere noi quello che vogliono soprattutto quando non hanno la maniera di comunicare. Spesso si crea un rapporto un po' simbiotico che può essere anche il problema, ci può essere anche in questo metodo (...) se ad esempio viene utilizzato solo da una persona che si rapporta col ragazzo. Io ho fatto in modo che avesse intorno più persone possibili; ora chiaramente passando gli anni... finché uno va scuola è più facile perché ci sono gli insegnanti di sostegno, c'è quello c'è quell'altro... passando il tempo è un po' più difficile praticamente... però via via ci sono state le persone... e anche mi è successo di incontrare genitori di altri soggetti autistici in cui c'era veramente questo discorso di “mio figlio lo capisco solo io”, no? Che poi vuol dire che... prima di tutto... quando poi non ci sono più che si fa?”

Spesso le madri lamentano la generalizzazione di “un unico autismo alla Rain Man” trasmessa dai

mass media, che ignora la complessità della patologia e le numerose sfaccettature che può presentare.

È emblematica la frase della madre di D., 21anni, quando dice:

“La gente che sa pochissimo dell'autismo... anche perché viene spesso confuso con il disturbo... il ritardo mentale... Oppure per reazione opposta, e questo è appunto colpa dei mass media, viene considerato questo discorso che gli autistici sono molto intelligenti, invece cioè... non è tutto Rain Man... Non tutti sanno che la realtà dell'autismo è molto vasta... Un bimbo autistico non è uguale a un altro... se non ci sbatti il muso in qualche modo nelle cose restano teoriche. Puoi fare tutta l'informazione che vuoi”

Oltre alle similitudini caratterizzanti le interviste fin qui citate, sono emerse delle differenze. Alcune madri considerano i padri meno capaci di farsi carico del figlio autistico. In questi stessi padri notano dei tratti autistici del figlio, considerandolo un “portatore sano” della patologia.

La mamma di S., 26 anni, sostiene:

“Secondo me mio marito è un po' autistico, ha qualche tratto che rivedo in mio figlio... (...) Molto probabilmente è partito da lui”

Contrariamente, altre madri trovano nel proprio marito non solo un aiuto nella gestione del figlio, ma anche un supporto per loro stesse sostenendo che la diagnosi ha portato la coppia ad avvicinarsi ancora di più. Relativamente al giudizio sui mass media, è emersa una netta distinzione tra coloro che non conoscono le trasmissioni che parlano di autismo, perché vi è un rifiuto misto a scetticismo ritenendole inutili, poco attinenti alla realtà, e chi invece le trova interessanti, in quanto offrono delle testimonianze dando voce a “personaggi” che vivono la realtà autistica come Franco Antonello, imprenditore trevigiano autore del libro “Se ti abbraccio non avere paura”, e Gianluca Nicoletti, giornalista televisivo autore del libro “Una notte ho sognato che parlavi”.

La mamma di F., 24 anni, riguardante Nicoletti afferma:

“Si è un po' pedante però... sembra che lui sia il... Lui ha fatto, lui ha detto, lui è il grande, la moglie non capisce nulla, è lui che gestisce la cosa...”

La mamma di L., 26 anni, quando le è stato raccontato l'operato di Franco Antonello, in quanto non ne era a conoscenza, dichiara:

“Ammirevole. Però... metti una famiglia normale: a fare quel lavoro non campa. Assolutamente. Non ha le basi, non ha il dietro, nulla. Sicché, no non so assolutamente nulla. E sono ben contenta di non sapere nulla!”.

I genitori esprimono il loro rifiuto nei confronti di una trasmissione televisiva che parla di autismo, perché le informazioni trasmesse sono considerate errate. Questa mancanza di correttezza, sempre secondo i genitori, è causata dall'incapacità, da parte dei mass media, di dedicarsi seriamente alla patologia non essendo una tematica *“che porta ascolti e conseguentemente non porta soldi alle casse della rete televisiva (...) Tutto ciò è conseguenza di un'incapacità della società di accettare la diversità”.*

La mamma di C., 22 anni, afferma:

“Non credo che la società sia così avanzata, così pronta per accettare tutto questo. (...) i mass media devono dedicarsi a quello che fa notizia, a quello che attira i soldi...”.

Alcuni genitori reputano i mass media capaci di dare le giuste informazioni; secondo loro, basterebbe creare delle trasmissioni televisive a carattere scientifico; altri che, anche nel caso in cui venissero realizzate delle trasmissioni ad hoc sull'autismo, non verrebbe comunque raggiunto l'obiettivo divulgativo necessario ad una piena conoscenza della patologia poiché mancano di un adeguato approfondimento scientifico.

La mamma di F., 24 anni, afferma:

“Però poi come, diciamo, come sviluppare questa cosa per i mass media non è molto... d'altra parte bisogna andare sui giornali specializzati su questa cosa”.

Altri genitori, al contrario, pensano che i mass media sarebbero capaci di trasmettere le giuste informazioni, proponendo anche qualche soluzione, come afferma la mamma di L., 21 anni:

“C'è da dire anche una cosa, che questa presa di coscienza da parte della gente di questi problemi è sempre un processo molto lungo che dura anni, decenni... se noi si pensa a come venivano trattati questi ragazzi 50 anni fa, c'è un abisso quindi i mass media qualcosa hanno fatto vero?! A grandi linee hanno inciso su alcuni grossi pilastri, però potrebbero incidere di più facendo tipo delle pillole di conoscenza... oppure dei programmi

in cui si presentano... per esempio non so se avete visto - ma questo riguarda i Down - quel progetto di albergo a 5 stelle a Roma, si potrebbe dare intanto una... far vedere le varie situazione in cui questi ragazzi possono lavorare, questo sì, oppure attività creative, oppure sport, questo però mi sembra che già si faccia in piccola dose ma insomma... si potrebbe aumentare quella...”.

La mamma di A., 26 anni, sostiene:

“Forse dovrebbe esser fatto un programma stile Piero Angela, cioè... perché il problema grosso per arrivare alla gente deve essere in ogni caso divulgativo, metterci qualche cosa anche di appetibile... accattivante... o una storia, o qualche cosa... che anche sia chiaro però che è presente... sì probabilmente sì, perché anche si sa che c'è un grosso aumento dell'autismo; tra l'altro ci sono tante persone che hanno dei lati autistici che magari non sono... Io lo vedo in tante persone eh... e forse un po' di autismo ce lo abbiamo tutti e ci dobbiamo lavorare insomma, un po'... Qualche cosa sì c'è che si potrebbe fare... non so, perché poi il rischio è sempre quello di spettacolarizzare, e poi come ti dicevo resta una cosa che se non conosci nessuno, se non hai nessun aggancio...”.

Conclusioni e prospettive future

Nonostante i pareri discordanti evidenziati dalle interviste, sembra emergere comunque una sorta di fiducia nel compito divulgativo dei mass media. Le mamme da noi intervistate hanno reputato che sarebbe importante che la televisione dimostrasse che questi ragazzi possiedono delle abilità utili che possono essere potenziate da percorsi socio-educativi, in modo tale che la collettività superi la barriera della diffidenza e della paura. In particolare, alcune madri hanno espresso delle perplessità circa le storie di alcuni “personaggi” apparsi nelle trasmissioni televisive quali Franco Antonello e Gianluca Nicoletti, i quali hanno deciso di dedicare tutta la propria vita al figlio autistico. Dall'analisi delle interviste è emerso che la patologia dell'autismo è spesso considerata dalle reti televisive poco vantaggiosa come argomento da trattare, in quanto porta pochi ascolti. Alcuni genitori hanno però espresso scetticismo nei confronti delle trasmissioni che hanno presentato tale argomento poiché le informazioni veicolate sono risultate essere errate o non del tutto esaustive. Un altro punto su cui la comunità in generale e i mass media in particolare dovrebbero soffermarsi in futuro è il

tema del “dopo di noi”. I genitori sono infatti spesso spaventati dal futuro affermando che, finché i figli vanno a scuola, ci sono gli insegnanti di sostegno a supportarli, dopo di che possono entrare a fare parte di associazioni in cui hanno modo di svolgere attività socio-educative. Ma cosa ne sarà dei loro figli dopo la loro morte? Avranno una qualche forma di appoggio? Il loro auspicio è quello di riuscire a trovare la certezza di un supporto continuativo di associazioni e/o Asl nella vita di questi ragazzi, che le strutture sanitarie locali riuscissero ad organizzare incontri conoscitivi sulla patologia rivolti alla comunità nella quale il ragazzo autistico è inserito, al fine di un'integrazione migliore e di un maggiore supporto psico-sociale.

Un'altra riflessione fatta dalle famiglie riguarda quella di riuscire ad ottenere una maggiore propaganda delle informazioni attraverso trasmissioni costruite ad hoc per informare e sensibilizzare la collettività al fine di avere come

risultato una divulgazione quanto più possibile scientifica della tematica autismo, con un occhio di riguardo all'utilizzo di un linguaggio comprensibile e accessibile a tutti da parte dei mass media, senza cadere nel rischio di una spettacolarizzazione.

La speranza del nostro lavoro era quella di poter dare voce alle famiglie di questi ragazzi, così da poter raccontare la loro storia, i loro disagi, le loro paure e preoccupazioni (e ciò di cui hanno bisogno), contribuendo anche se in minima parte ad una maggiore consapevolezza della Sindrome dello Spettro Autistico per il lettore.

Note

¹ NdR: il presente articolo fa riferimento al Manuale Diagnostico DSM IV-TR poiché l'invio è avvenuto prima dell'uscita della versione aggiornata

Box #1

Sindrome di Asperger e Disturbi Pervasivi dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato

Secondo il DSM-IV, il Disturbo di Asperger è caratterizzato menomazione grossolana e prolungata nell'interazione sociale, caratteristica dell'autismo, combinata con forme si comportamenti, interessi e attività ristrette, ripetitive e stereotipate. La mancanza di ritardo clinicamente significativo nello sviluppo cognitivo differenzia la Sindrome di Asperger dal Disturbo dello Spettro Autistico; infatti durante i primi tre anni di vita, il bambino presenta una ristretta gamma di ritardi significativi nel linguaggio e i comportamenti di auto-aiuto e di adattamento non sono problematici. Ciò che invece caratterizza il Disturbo di Asperger sono le modalità di comportamento, interessi e attività ristretti e ripetitivi. Ritardi significativi sono riscontrati nello sviluppo motorio.

Criteri diagnostici per il Disturbo di Asperger:

- compromissione qualitativa nell'interazione sociale;
- modalità di comportamento, interessi e attività ristretti e ripetitivi e stereotipati;
- anomalia causa compromissione clinicamente significativa dell'area sociale, lavorativa o di altre aree importanti del funzionamento;
- non vi è ritardo del linguaggio clinicamente significativo;
- non vi è ritardo clinicamente significativo dello sviluppo cognitivo o dello sviluppo di capacità di autoaccudimento adeguate all'età, del comportamento adattivo (tranne che per l'interazione sociale) e della curiosità per l'ambiente nella fanciullezza;
- non risultano soddisfatti i criteri per altri Disturbi Pervasivi dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato o per la Schizofrenia.;

I Disturbi Pervasivi dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato, per il DSM-IV, sono caratterizzati da una menomazione grave e pervasiva nello sviluppo dell'interazione sociale reciproca e delle capacità di comunicazione verbale e non verbale, i quali sintomi non soddisfano i criteri del Disturbo dello Spettro Autistico, della Sindrome di Asperger e del Disturbo Disintegrativo. I Disturbi Pervasivi dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato determinano comportamenti, interessi e attività stereotipati, ma non vengono soddisfatti i criteri per un Disturbo Generalizzato dello Sviluppo specifico, per la Schizofrenia, per il Disturbo Schizotipico di Personalità o per il Disturbo Evitante di Personalità. I casi che soddisfacevano i criteri DSM-III-R per Autismo Atipico cadono ora sotto questa categoria. Essa include inoltre i casi che non soddisfacevano i criteri per il Disturbo dello Spettro Autistico a causa dell'età di esordio più tardiva, della sintomatologia atipica o sotto soglia, oppure di entrambi.

Riferimenti Bibliografici

- Aliata, P. (2006). La sessualità possibile: adolescenti ed adulti con autismo. *Autismo e disturbi dello sviluppo*, 4 (1), 107-120.
- Bacchelli, E., e Maestrini, E. (2003). Le basi genetiche dell'autismo. *Il disturbo autistico in età adulta*, 4, 285-288.
- Caretto, F. (2005). Affettività e sessualità nelle persone con autismo. *Autismo e disturbi dello sviluppo*, 3 (2), 253-226.
- Caretto, F. (2008). Autismo e sessualità. *Autismo oggi*, Fondazione ARES.
- Caretto, F., e Lonigro, A. (2006). Autismo e attaccamento: modelli di analisi e considerazioni operative. *Autismo e disturbi dello sviluppo*, 4 (3), 370-392.
- Crispiani, P. (2003). *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*. Bergamo: Iunior.
- Gallese, V. (2006). *La consonanza intenzionale: una prospettiva neurofisiologica sull'intersoggettività e sulle sue alterazioni nell'autismo infantile*. Parma: Dipartimento di Neuroscienze.
- Hadjikhani, N., Joseph, R.M., Snyder, J., e Tager-Flusberg, H. (2005). Anatomical differences in the mirror neuron system and social cognition network in autism. *Cerebral cortex*. Advanced on-line access, Nov. 23.
- La Malfa, G. (2010). *Il disturbo dello spettro autistico*. Firenze: Osservatorio Nazionale Abusi Psicologici.
- Venerosi, A., e Chiarotti, F. (a cura di)(2011). *Autismo: dalla ricerca al governo clinico*. Roma: Istituto Superiore di Sanità.
- Tancredi, R., e Muratori, F. (2008). La diagnosi di autismo nella prima infanzia e i disturbi della relazione e comunicazione nelle CD:0-3R. *Infanzia e Adolescenza*, 7(1), 13-22.

IL WEB: LO PSICOLOGO E LA SUA PUBBLICITÀ. UNA RICERCA PILOTA SULL'EFFICACIA DELLA PUBBLICITÀ PROFESSIONALE TRAMITE INTERNET NELL'AREA FIORENTINA

di Gabriele Giacomelli, Gaia Rossi

psicologi, ex tirocinanti post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

Gli aspetti psicologici della pubblicità vengono tipicamente studiati dalla psicologia della comunicazione; l'intero *enstablishment* dell'industria pubblicitaria ha notoriamente utilizzato le conoscenze della psicologia della persuasione per promuovere prodotti sia materiali che immateriali (Anolli, 2000). Lo psicologo, nonostante sia stato una figura fondamentale del processo di costruzione pubblicitaria, ha posto minor attenzione alla pubblicità di cui egli stesso era artefice.

Quest'articolo è rivolto all'esplorazione di una particolare forma di comunicazione informativa e pubblicitaria: quella che si svolge tramite web. Seguendo le attuali impostazioni della denominazione degli applicativi internet è possibile fare una distinzione tra strumenti di prima generazione, comprendenti i siti con le pagine web e la posta elettronica, e strumenti di seconda generazione (Web 2.0) che comprendono gli applicativi multimediali come facebook, twitter, google+, youtube ecc. Gli strumenti di seconda generazione permettono una maggiore e più veloce interattività di comunicazione. La ricerca condotta si è concentrata sugli strumenti di prima generazione, maggiormente radicati nella cultura e competenza informatica attuale e più facilmente disponibili ad oggi.

Il riferimento normativo ed etico deontologico del professionista richiamava all'uso di una "pubblicità informativa circa titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche

del servizio offerto, nonché il prezzo e i costi complessivi (...) nel rispetto del decoro professionale (...) serietà scientifica ed alla tutela dell'immagine professionale" (Ordine Nazionale Psicologi, 1989).

La norma non vieta quindi la promozione della professione ma esplicita un richiamo ad una comunicazione "informativa" e "non finalizzata al procacciamento della clientela". Nell'ultima revisione, l'articolo 40, da cui sono stati estratti alcuni passi, è stato abolito; per quanto riguarda il capo IV (rapporti con la società) rimane esclusivamente un riferimento ad essere "corretto ed accurato circa la propria formazione, esperienza e competenza" (articolo 39). Sono passate invece all'articolo 38 (appartenente al capo III: rapporti con i colleghi) le raccomandazioni di "uniformare la propria condotta ai principi del decoro e della dignità professionale" soprattutto nelle occasioni in cui lo psicologo "rappresenta pubblicamente la professione" (Ordine Nazionale Psicologi, 1989).

L'indicazione normativa dell'Ordine Nazionale degli Psicologi risiede comunque "nell'atto di indirizzo" in tema di pubblicità. Oltre ai dati identificativi e i titoli è possibile fare riferimento a proprie pubblicazioni, recensioni e approfondimenti curriculari. La domanda per l'autorizzazione alla pubblicità deve essere fatta alla sede territoriale di iscrizione specificando: il contenuto integrale del messaggio con i dati personali, i titoli professionali e specializzazioni; nel caso di modifiche non

puramente formali è necessario richiedere nuovamente il nulla osta (Ordine Nazionale Psicologi, 1989).

Ogni Ordine Regionale ha poi il compito di stilare il proprio regolamento, in base al quale vengono fornite indicazioni maggiormente dettagliate. L'Ordine degli Psicologi della Toscana ha definito anche i contenuti obbligatori, in particolare sono indispensabili nome e cognome, residenza o sede legale, titolo professionale (psicologo o dottore in...), Ordine professionale di appartenenza e numero di iscrizione. In conformità con le indicazioni nazionali vengono riportati anche i requisiti facoltativi (titoli di studio e accademici, prezzi e caratteristiche del servizio) con riferimento ancora una volta alla correttezza delle diciture.

Nella *figura 1* viene riportata una rappresentazione grafica delle parole maggiormente utilizzate nei documenti deontologici consultati. Tra i vari contenuti spiccano le parole legate al concetto di *professionalità*.

Ad una iniziale revisione della letteratura sono risultate assenti le ricerche legate all'effetto della pubblicità della professione psicologica. Su uno dei principali motori di ricerca utilizzati (google), utilizzando le parole *psyc** (come lemma per la traduzione di psicologi-a/-co/-terapia), *advertis** (come lemma per la traduzione di pubblicità) e *target*, sono stati restituiti articoli che si occupavano di psicologia della pubblicità e della

comunicazione ma non riferiti alla professione psicologica-psicoterapeutica.

Per contribuire allo studio degli effetti della comunicazione mediata dal web e comprenderne i possibili effetti anche economici per il professionista, è stata pianificata una ricerca pilota nell'area fiorentina. In particolare è stato perseguito l'obiettivo di analizzare l'effetto dell'uso di una pubblicità tramite internet per il professionista psicologo-psicoterapeuta.

Materiali e metodi

Nel mese di dicembre 2013, sono state digitate sul motore di ricerca *Google*, le espressioni "psicologia Firenze", "psicoterapia Firenze", "psicologa Firenze", "psicologo Firenze", come potrebbe fare un utente alla ricerca di un professionista per risolvere un bisogno psicologico. La prima pagina di ogni ricerca è stata impiegata come elenco di pagine web da includere nel campione di studio, i risultati di "psicologia Firenze" sono stati scartati perché orientati esclusivamente all'istituzione universitaria. Per ogni pagina pubblicitaria è stata condotta una ricerca qualitativa e una quantitativa contattando il referente della pagina stessa, chiedendo di partecipare alla compilazione di un questionario utilizzando un supporto basato sul web e disponibile su una pagina internet. Il questionario oltre ai dati anagrafici generici dell'intervistato richiedeva la tipologia della pagina web utilizzata e da



Figura 1 - riepilogo parole maggiormente utilizzate nelle indicazioni deontologiche

sono presenti “Articoli” (9 volte) e ancora meno frequentemente viene spiegato l’approccio (8 volte), molto raramente sono presenti commenti per promuovere l’attività stessa (solo 5 volte). In qualche caso (16 volte) è stata riscontrata la presenza di materiale pubblicitario esterno al sito, che può arrivare ad avere una natura discutibile (ad esempio è comparsa la pubblicità di un sito di incontri per single in una pagina che presentava un’attività psicologica di gruppo). Nei siti esaminati non sono mai comparsi dichiarazioni di mission identificative.

Nella catalogazione dei siti sono emerse quattro tipologie: 9 siti sono risultati di tipo “network”, questi raggruppano più professionisti; 26 siti sono risultati di professionisti, dei quali 3 appartenenti ad associazioni di professionisti e 3 siti appartenenti a scuole di psicoterapia.

La *figura 2* riporta una rappresentazione grafica della frequenza delle parole in tutti i siti analizzati; dalla rappresentazione sono state escluse le parole con suffisso psico-, eccessivamente preponderanti, per facilitarne la lettura. L’osservazione delle frequenze delle parole utilizzate (legata alla “densità” delle parole) mette in risalto la parola “disturbi” sia nei siti dei professionisti che in quelli network; nei siti professionali questa è seguita dal “coppia”, “ansia”, “difficoltà”, quindi “terapia” e “consulenza” (*figura 2b*); nei siti network seguono la parola “disturbi” è seguita da “preventivo”, “sconto”, “prenota” e “opinioni” (*figura 2a*). L’analisi della frequenza delle parole, ha mostrato la differenza nelle tipologie solo fra network, scuole e professionisti (senza particolari diversità fra i siti di singoli o di studi associati). Considerando esclusivamente le parole con una densità superiore all’1% (indice ricavato attraverso il Keyword Density Calculator; Motoricerca, 2013) vengono di seguito riportate le parole più frequenti. Come riportato nella *tabella 1*, le parole “preventivo”, presente con densità maggiore all’1% in 2 sui 9 siti di tipo network (in seguito 2/9), “sconto” (2/9), “opinione” (2/9), “prenota” (2/9) caratterizzano i siti di tipo network assieme alla forte dominanza delle parole con prefisso psico- (7/9). Nei siti dei professionisti (sia

associati che singoli) compaiono molto frequentemente le parole legate ad una “difficoltà psicologica non patologica”, come “disturbo” (11/26 nei siti professionali e 2/9 nei siti network), “difficoltà” (3/26) ed una prospettiva della stessa intensità legata a “consulenza” (5/26) e “sostegno” (2/26), pur comparando in modo frequente il riferimento a “terapia” (6/26) spesso si completa con parole quali “rilassamento” (1/26) e “meditazione” (1/26); naturalmente “psicoterapia” in quanto quasi tutti i siti esaminati erano appartenenti a psicoterapeuti. Nel caso dei siti appartenenti a professionisti è risultato presente anche il riferimento a “Ordine” che in 2 (su 26) casi è emerso come parola tra le più frequentemente utilizzate a “online” richiamata in 3 (su 26) siti osservati. Nelle 2 pagine Web appartenenti a psicoterapeuti medici, colpiscono le parole “medico”, “terapeutico” e “disfunzione”, che sono riportate sull’unico sito di psicoterapeuta medico presente nel campione, chiaramente orientate alla dimensione patologia. Tra le parole caratteristiche delle aree di specializzazione dei professionisti emerge quella di sessuologia (4/26) e con minor intensità quella “giuridica” (2/26). Nei siti delle scuole non è stato possibile osservare un pattern specifico ma una elevata eterogeneità di contenuti (a parte gli attesi “psico-”).

	Siti tipo Network (N=9)	Siti professionali (N=26)
<i>Psico-</i>	8	23
<i>Preventivo</i>	2	
<i>Sconto</i>	2	
<i>Opinione</i>	2	
<i>Prenota</i>	2	
<i>Disturbo</i>	2	11
<i>Terapia</i>		6
<i>Consulenza</i>		5
<i>Sessuologia</i>		4
<i>Online</i>		3
<i>Difficoltà</i>		3
<i>Ordine</i>		2
<i>Giuridica</i>		2
<i>Sostegno</i>		2

Tabella 1 - Riepilogo indice di densità delle parole per tipologia di sito

Nella pagina principale tutti i siti evitano la parola “esperto” come previsto dall’articolo 5 dell’atto di indirizzo (Ordine Nazionale

Psicologi, 2007). Solo un network ed una scuola ne fanno uso.

Nessun sito riporta il riferimento diretto all'autorizzazione e la verifica da parte del proprio collegio di appartenenza, come viene suggerito da alcuni ordini professionali regionali (Ordine Psicologi Veneto, 2007). Nella presente ricerca non è stata verificata la presenza dei nulla osta rilasciati dai rispettivi collegi, ma riflettendo sulla caratteristica di modificabilità (ad esempio l'introduzione di nuovi contenuti come articoli o news) risulta alquanto difficile pensare che assieme alle operazioni di aggiornamento del sito vengano richiesti in modo preventivo le autorizzazioni e attesi i tempi di risposta (fino a 90 giorni), clausola in parte modificata in base alla regolamentazione introdotta dalla legge 248/2006 (*legge Bersani* – in materia di rilancio economico) ripresi dalle regolamentazioni locali (Ordine Psicologi Toscana, 2011). Inoltre alcuni titoli reperiti non sarebbero ammissibili in quanto non espressamente citati “nell'atto di indirizzo” (Ordine Nazionale Psicologi, 2007) come ad esempio *arteterapeuta, musicoterapeuta*.

I questionari inviati sono stati 30, quelli compilati solo 3, i quali hanno riportato il possesso di un sito personale curato (a pagamento) da una società esterna; tutti hanno affermato di aver avuto nuovi pazienti tramite la pubblicità online in misura del 50% o superiore rispetto ai nuovi utenti nell'ultimo anno per un totale di 14 su 24; rispetto al genere e all'età, i nuovi utenti sono stati tutti con età inferiore a 50 anni, in misura uguale nella fascia di età 26-50 anni e di genere femminile nell'età inferiore a 25 anni. La fascia d'età con maggiori nuovi pazienti è risultata quella compresa tra 26 e 50 anni. I bisogni portati dai nuovi clienti sono stati in prevalenza orientati alla sfera delle difficoltà relazionali. Dei tre rispondenti due si sono dichiarati delusi dal numero atteso di richieste, mentre l'altro ha dichiarato che il numero è stato superiore alle aspettative; ciò nonostante tutti dichiarano l'intenzione di mantenere questo tipo di pubblicità. L'impegno economico dichiarato è stato nella fascia 50-300€/anno.

Conclusioni

I siti osservati sono tutti risultati conformi alle indicazioni fornite dall'Ordine Professionale Nazionale e rispettano le indicazioni dell'Ordine Regionale in vigore al momento dell'indagine, in merito al *decoro* della professione, *serietà scientifica* e *tutela dell'immagine professionale*, spesso viene fornita una chiara spiegazione delle varie figure disponibili nel mercato della salute psicologica e in alcuni casi viene fatto esplicito richiamo all'Ordine professionale in modo ampio all'interno dei contenuti presenti. I servizi offerti lo sono in senso letterale, senza tentativi di fidelizzazione o di *procacciamento della clientela*.

Sono molti i siti dove è presente l'immagine con il volto del professionista, che quindi tende a metterci la “faccia”. Il tipo di comunicazione utilizzata tende a presentare l'immagine “calda” del professionista, distaccandosi dalla visione stereotipica “analitica” caratterizzata dalla presenza “invisibile dello psicanalista dietro al lettino”, privilegiando una relazione “faccia a faccia”. Relativamente alla foto, raramente si tratta di fotografie professionali; eppure gli aspetti della comunicazione non verbale, in particolar modo l'immagine, sono uno degli aspetti più importanti della professione. Nonostante ciò sorprende vedere che spesso vengono utilizzate foto comuni, non scattate appositamente, fino in qualche caso a confondere l'eleganza con l'eccessiva personalizzazione, perdendo alcuni tratti di professionalità. Anche l'utilizzo di immagini standard (che si ritrovano frequentemente nei diversi siti) può portare uno sgradevole effetto copia-incolla, poco professionale.

Nella costruzione dei siti sono emerse due modalità distinte relative alla tipologia *network*: quella caratterizzata da una presenza di contenuti di tipo *commerciale* assai diversa dalla tipologia *professionale* contraddistinta dalla presenza di contenuti mirati agli aspetti di aiuto caratteristici della professione, sostenendo anche in questo caso una figura di professione d'aiuto. Anche nel piccolo confronto interno alla figura di psicoterapeuta la differenza tra formazione medica e psicologica rinforza la natura spiccatamente tecnica-curativa della figura medica. La tendenza generale è comunque spiccatamente orientata ad un

atteggiamento legato ai “disturbi” (*figura 1*) che lascia agli aspetti preventivi e di promozione della salute uno spazio inferiore, forse indice di un atteggiamento fortemente orientato alla cura.

Una riflessione merita di essere fatta sugli effetti della comunicazione sui partecipanti (Watzlawick, Jackson, e Helmick Beavin, 1971), quindi anche sull'emittente oltre che sui riceventi, su più livelli (contenuto e relazione), che possono innescare meccanismi di cambiamento anche nel modo di percepire degli operatori stessi, modificando la propria percezione dell'immagine professionale e delle stesse azioni, in un'interazione dove le proiezioni e le attese degli utenti sono parte integrante del materiale di lavoro.

La scarsità di adesione alla ricerca può evidenziare un'ambivalenza rispetto al mezzo di comunicazione: l'invito alla partecipazione si è servito dello stesso canale utilizzato dai professionisti per la propria pubblicità. Alcune ipotesi di spiegazione potrebbero essere legate ad una scarsa fiducia negli strumenti web, ad una svalutazione da parte del campione intervistato o al disinteresse rispetto al contenuto della ricerca. Ovviamente si tratta di congetture difficilmente verificabili.

In alcuni casi è offerta la prima visita gratuita, ciò potrebbe diminuirne il valore globale e “squalificarne il processo complessivo e renderlo maggiormente un fatto di affinità relazionali piuttosto che veicolato da strumenti professionali” (la frase riportata è stata ricavata da una risposta al questionario).

L'osservazione della differenza in tempi e modalità di svolgimento tra web e organizzazione dell'Ordine sembra invitare una riflessione sull'efficacia e la possibilità reale di controllo della pubblicità elettronica, anche alla luce di diverse modalità di attuazione (individuale, associata, tramite network). Per il professionista può essere difficile orientarsi rispetto ai contenuti, che non sempre possono essere controllati (come nel caso dei servizi offerti dai network) e sebbene non siano più indispensabili le richieste di nulla osta, almeno la comunicazione dell'apertura di un sito professionale è un atto obbligatorio a responsabilità del professionista stesso (anche se non è egli stesso a realizzare il sito, almeno

questo è quanto richiesto nell'ambito toscano dove è stata svolta la ricerca).

Un appunto può essere rivolto alla funzione stessa della pubblicità professionale come aspetto di “promozione”, così importante in quanto riconosciuto “atto tipico della professione di psicologo” (Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi, 2012) e così centrale in tutte le indicazioni normative, ma non così ricorrente, o per lo meno non con lo stesso peso nelle pagine pubblicitarie web osservate.

In conclusione, la professionalità e il rispetto professionale sono quindi aspetti che vengono garantiti a sufficienza al fruitore online; viene dunque proposta un'immagine professionale tendenzialmente empatica. Talvolta, tuttavia, vi sono carenze di professionalità nella scelta delle immagini. I siti personali si differenziano comunque dai network presentando un'immagine “calda” e amichevole. Viene posta una riflessione sulla responsabilità del professionista sui contenuti anche quando la gestione del sito viene fatta da altri.

La ricerca è stata svolta in un territorio limitato all'area fiorentina in un periodo limitato di tempo ed è stata rivolta solo ai risultati ottenuti da un unico motore di ricerca, di conseguenza la generalizzabilità delle osservazioni ne risulta ovviamente limitata. Il numero di risposte estremamente esiguo riduce ulteriormente la possibilità di generalizzare e ha permesso solo un ristretto numero di riflessioni.

Le osservazioni sono state svolte a partire dalla conoscenza e l'utilizzo solo parziale delle risorse, maggiormente orientato alle tecnologie standard offerte da internet, ovvero quelle relative all'utilizzo classico delle risorse Web, una maggiore chiarezza potrebbe essere data dall'analisi integrata delle funzioni Web_2.0 che attualmente sembra in incremento per chi fruisce dei servizi informatici computerizzati.

In un ampliamento della presente ricerca potrebbero essere maggiormente considerati gli effetti dell'uso combinato di materiale informativo, social network, forum, sistemi di messaggistica istantanea, tutti strumenti ad alto contenuto comunicativo, con peculiarità e potenzialità indubbiamente legate al tipo di media utilizzato.

Nondimeno il numero di persone raggiunte da questo tipo di pubblicità che si è presentato in seguito nello studio del professionista non sembra essere trascurabile e lo strumento web merita indubbiamente maggiore attenzione e conoscenza.

Possibili indicazioni

Possiamo concludere questa ricerca con alcune indicazioni sui contenuti, per la realizzazione di una pubblicità su web emerse dall'analisi dei dati:

- Programmare con anticipo e richiedere le autorizzazioni all'Ordine degli Psicologi (la comunicazione di avvenuta pubblicazione è obbligatoria);
- Utilizzare il logo dell'Ordine – previa autorizzazione – per aumentare la credibilità della fonte;
- Utilizzo di keywords ripetute (per richiamare l'attenzione dei motori di ricerca);
- Inserire le indicazioni stradali (consigliate anche dai professionisti intervistati);

Utilizzare foto scattate appositamente per il sito, evitando foto “casalinghe” o comunque personali e non utilizzare immagini standard (tipo copia-incolla).

Riferimenti Bibliografici

- Altavilla, E. (2004). *Keyword Density Calculator*. (Motoricerca) Tratto il giorno 12 12, 2013 da Motoricerca: www.motoricerca.info
- Anolli, L. (2000). *Psicologia della persuasione*. Bologna: Il mulino.
- Cicognani, E. (2002). *Psicologia sociale e ricerca qualitativa*. Roma: Carocci.
- Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi. (2012, novembre). Parere sulla prevenzione/promozione in ambito psicologico.
- Evernote Corporation. (2013). evernote ver 5.4.
- Glaser, B., e Strauss, A. (1967). *La scoperta della grounded theory*. Roma: Armando.
- Losito, G. (1996). *L'analisi del contenuto nella ricerca sociale*. Franco Angeli.
- Ordine Nazionale Psicologi (2007). *Atto di indirizzo sulla pubblicità informativa delle attività professionali degli iscritti alla sezione A e B dell'albo*. Coordinamento dell'Ordine degli Psicologi, Roma.
- Ordine Nazionale Psicologi (1989). *Codice deontologico*. Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, Roma.
- Ordine Psicologi Veneto (2007). *FAQ sulla pubblicità professionale sulle novità introdotte dalla Legge 248/06*. Tratto

il giorno 12.12.2013 da Ordine degli Psicologi, consiglio regionale del Veneto: <http://www.ordinepsicologiveneto.it/normative/la-professione/pubblicita-professionale/faq-sulla-pubblicita-professione/>

Ordine Psicologi Toscana (2011). *Regolamento in materia di pubblicità delle attività oggetto della professione di psicologo*.

Vardanega, A. (2011). *L'analisi del contenuto dei siti*. Tratto il giorno 12.10.2013 da Slideshare: <http://www.slideshare.net/agnesevardanega/lanalisi-del-contenuto-di-un-sito-internet>

Watzlawick, P., Jackson, D., e Helmick Beavin, J. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.

Il questionario Web utilizzato è consultabile alla pagina: <https://docs.google.com/forms/d/15W5fzWiqFw98hJTsCiIBALFrGqRBOE51p-ToMeuYkXc/viewform>

Le rappresentazioni della frequenza tipo “word cloud” (figura 1 e figura 2) sono state ottenute attraverso il sito: <http://www.wordle.net>

VERSO UNA TASSONOMIA DEI FATTORI COMUNI IN PSICOTERAPIA – RISULTATI DI UNA RICERCA CONDOTTA SU PSICOTERAPEUTI ESPERTI

di Wolfgang Tschacher, Ulrich Martin Junghan, Mario Pfammatter
Department of Psychotherapy, University Hospital of Psychiatry, University of Bern, Bern Switzerland

Quella presentata di seguito è la traduzione dell'articolo
Tschacher, W., Junghan, U.M. & Pfammatter, M. "Towards a Taxonomy of Common Factors in Psychotherapy —
Results of an Expert Survey"
pubblicato in *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21/2014, 82-96

Traduzione di Martina Faralli, con la collaborazione di Elena De Sanctis, Mary Luca e Giulia Palmieri
Le tabelle sono inserite in calce al testo. I **fattori comuni** sono scritti in neretto, le *tecniche* in italico.

Background: come avvenga il cambiamento è una questione altamente dibattuta nella ricerca in psicoterapia. Una fazione considera essenziali i fattori “non specifici” o “comuni”, condivisi da differenti approcci terapeutici, mentre ricercatori dell'altra fazione pongono le tecniche specifiche come ingredienti essenziali del cambiamento. Questa controversia è ad ogni modo vessata da una terminologia poco chiara e da incoerenze logiche. Il *Taxonomy Project* punta quindi a dare un contributo alla definizione e concettualizzazione dei fattori comuni in psicoterapia, analizzando le loro associazioni specifiche alle tecniche standard.

Metodo: una review ha identificato 22 fattori comuni discussi nella letteratura di ricerca in psicoterapia. Abbiamo condotto un'indagine in cui 68 psicoterapeuti esperti hanno valutato come i fattori comuni siano implementati da tecniche specifiche. Usando modelli gerarchici lineari, abbiamo correlato ogni fattore comune in base alle tecniche, all'età degli esperti, al genere e all'aderenza all'orientamento terapeutico.

Risultati: i fattori comuni differiscono largamente per la loro rilevanza nell'implementazione tecnica. Coinvolgimento del paziente, Esperienza affettiva e Alleanza terapeutica sono stati ritenuti i fattori più rilevanti. I fattori comuni differiscono anche per quanto riguarda il grado in cui possono essere spiegati dal *set* di tecniche. Presentiamo profili dettagliati di tutti i fattori comuni e la loro correlazione, positiva o negativa, con le tecniche specifiche. Ci sono indicazioni per considerare la classificazione non esaustiva in quanto la tassonomia non prende in considerazione l'utilizzo di tecniche corporee, in particolare il rilassamento muscolare progressivo, il training in biofeedback e l'ipnosi. Allo stesso modo, i fattori comuni presi in considerazione non rappresentano adeguatamente le tecniche psicodinamiche e sistemiche.

Conclusione: il tentativo verso la tassonomia è un passo verso la chiarificazione dei più importanti costrutti della psicoterapia.

Punti chiave:

- questo articolo collega tecniche psicoterapeutiche standard (ben conosciute da terapeuti professionisti)

ai fattori/meccanismi di cambiamento discussi nella teoria psicoterapeutica;

- l'articolo fornisce un breve excursus sul recente dibattito a proposito dei meccanismi mediante i quali funziona la psicoterapia;
- vogliamo fornire profili dettagliati dei meccanismi di cambiamento e spiegare come essi possano essere generati dalle tecniche pratiche.

Parole chiave: Fattori Comuni, Tecniche psicoterapeutiche, Processo terapeutico, Meccanismo di cambiamento, Teorie psicoterapeutiche

La ricerca in psicoterapia ha da diversi anni dimostrato l'efficacia della psicoterapia stessa. Numerosi studi e meta-analisi hanno chiarito che la psicoterapia funziona per la maggior parte delle psicopatologie. Si è arrivati al consenso sul fatto che la psicoterapia sia più efficace dell'assenza di trattamento e di controlli placebo (Lambert & Ogles, 2004). Nonostante ciò, permangono considerevoli fonti di disaccordo: tali fonti riguardano la relativa efficacia di differenti approcci psicoterapeutici, nonché, e questo è rilevante, i meccanismi tramite i quali la psicoterapia produce benefici. In questo contesto, la maggioranza delle controversie riguardano il “verdetto di Dodo” (ovvero: tutti gli approcci psicoterapeutici hanno benefici simili, cosicché “tutti devono ricevere un premio”) e il ruolo dei fattori comuni vs specifici nel cambiamento psicoterapeutico (Wampold, 2001; Beutler, 2002; Chambless, 2002; Luborsky et al., 2003). Questa controversia ha spaccato il campo in due fazioni opposte: una attribuisce il cambiamento terapeutico a specifici “ingredienti” e fattori (DeRubeis et al., 2005), l'altra è a favore di un modello basato sui fattori comuni (Wampold et al., 2001).

La fazione a favore delle componenti specifiche si focalizza sulle tecniche come agenti causali del cambiamento terapeutico. In anni recenti, meccanismi specifici sono divenuti la base di guide pratiche e di terapie supportate empiricamente nella medicina *evidence-based* (Chambless & Ollendick, 2001). La fazione opposta invece enfatizza come fattori terapeutici centrali condivisi da differenti approcci siano responsabili per la maggior parte dei benefici ottenuti in psicoterapia. Questi fattori di cambiamento terapeutico sono detti “non specifici” o “comuni”, e potrebbero così

spiegare il verdetto di Dodo.

I fattori comuni non sono teoricamente ancorati ai modelli di trattamento delle diverse scuole di psicoterapia, né sono considerati all'interno dei modelli di trattamento per specifici disturbi mentali. Il concetto può essere fatto risalire ai fattori impliciti di Saul Rosenzweig (1936) condivisi da diversi metodi di psicoterapia, ad esempio la relazione fra paziente e terapeuta. Negli anni '70 Jerome Frank (1971) sviluppò il suo “Modello delle Componenti Comuni” (*Common Component Model*), richiamando quattro fattori comuni: una relazione di fiducia; un contesto istituzionale sancito socialmente; una narrazione terapeutica (“mito”) che offra una spiegazione dei problemi di un paziente; specifici compiti e procedure per risolvere questi problemi (“rituali”). In seguito una serie di autori ha proposto ulteriori *set* di fattori comuni, come ad esempio esperienza affettiva, competenze cognitive e regolazione comportamentale (Karasu, 1986); confronto con i problemi, esperienza emozionale correttiva (Weinbergere, 1995); attivazione delle risorse, chiarificazione e coping (Grawe, 1995).

La controversia fra fattori specifici e comuni “(...) ha pervaso diverse decadi ed è ancora ciò che guida le riflessioni sui fattori responsabili del cambiamento” (Castonguay & Beutler, 2006, p. 632). Sta comunque divenendo sempre più evidente come questa “corsa dei cavalli” nel determinare il principio di cambiamento più rilevante assuma una dicotomia fra fattori specifici e comuni basata su inconsistenze terminologiche e concettuali, abbia poca validità empirica e fallisca nel rendere giustizia alla complessità del processo di cambiamento terapeutico. Nella fattispecie, confonde il modo in cui il termine “fattore comune” è utilizzato (Lampropoulos, 2000): la letteratura mostra

grande incongruenza riguardo a quale livello del Modello Generico di Psicoterapia (Orlinksy et al., 2004) si riferiscano i fattori comuni. La dicitura di “fattori specifici”, d’altro canto, si riferisce unicamente agli aspetti tecnici del processo terapeutico, ovvero tali fattori sarebbero identici alle tecniche psicoterapeutiche. In altre parole, i fattori comuni e specifici si riferiscono a diversi livelli e aspetti del processo psicoterapeutico (Pfammatter & Tschacher, 2012). Non è quindi adeguato porre i fattori comuni in antitesi a quelli specifici, poiché questi concetti appartengono a livelli logici non confrontabili. Invece che competere in questa cosiddetta “corsa dei cavalli”, fattori specifici, cioè tecniche, e fattori comuni dovrebbero essere osservati nelle loro interazioni (Karasu, 1986; Goldfried, 1980; Butker & Strupp, 1986).

Si aggiunge a ciò il fatto che una dicotomia fra fattori comuni e specifici non ha ricevuto supporto empirico. Per entrambi sono state mostrate relazioni significative con l’outcome: una serie di meta-analisi ha dimostrato che vari aspetti del fattore comune “alleanza terapeutica”, come l’empatia e l’accordo sugli obiettivi, sono chiaramente correlati ad un outcome positivo (Lambert & Cattani, 2012; Norcross & Wampold, 2011a). Allo stesso tempo, anche tecniche come l’esposizione, la tecnica della sedia vuota, l’intervento paradossale e particolari forme di interpretazione risultavano “(...) sistematicamente e fortemente associate a un outcome terapeutico positivo” (Orlinksy et al., 2004, p. 341).

La questione non è dunque quale, fra fattori specifici e comuni, sia più importante, ma come essi interagiscano fra di loro e come tali interazioni possano essere “ritagliate” ad hoc su uno specifico paziente (Norcross & Wampold, 2011b).

Una chiara terminologia e un’accurata concettualizzazione delle variabili di processo sono di fondamentale importanza in questo contesto. Ad oggi diversi progetti hanno come obiettivo la creazione di un linguaggio comune per le tecniche, come nel caso della *Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating*

Scale di Trijsburg et al. (2002), della *Multitheoretical List of Therapeutic Interventions* di McCarthy e Barber (2008) e del progetto web-based *Common Language for Psychotherapy* di Marks (2010). Il *Taxonomy Project* qui presentato è un tentativo di arrivare empiricamente ad un linguaggio e ad una concezione più precisi dei fattori comuni in psicoterapia. Il *Taxonomy Project* si discosta dalla mentalità esclusivista predominante nella fazione dei fattori scuola-specifici o disturbo-specifici (“modello medico”) e nella fazione di coloro che caldeggiavano i fattori comuni (“modello contestuale”; Wampold et al., 2001). Invece che cause di cambiamento mutualmente escludenti, consideriamo le tecniche specifiche ed i fattori comuni come componenti associate del processo psicoterapeutico.

Nel presente studio abbiamo deciso di analizzare la relazione fra tecniche specifiche e fattori comuni attraverso l’uso dell’opinione degli esperti. Abbiamo raccolto le valutazioni di esperti in psicoterapia nella cornice di una più ampia indagine a cui ricercatori in psicoterapia erano stati invitati. Le tecniche sono state considerate come punti fermi (variabili indipendenti) poiché già operazionalizzate e definite nei manuali e libri di testo di diverse scuole di psicoterapia. In altre parole, abbiamo utilizzato le tecniche come entità che permettono di descrivere le variabili dipendenti del nostro studio: i fattori comuni in psicoterapia. Tramite ciò, l’obiettivo del *Taxonomy Project* era quello di contribuire a una definizione e concezione più chiare dei fattori comuni. Altro obiettivo era dunque quello di introdurre un nuovo modo di intendere il termine “specificità” nel dibattito che contrappone fattori comuni e fattori specifici: i primi potrebbero essere considerati specifici in quanto generati da specifici sottoinsiemi di tecniche e potenzialmente inibiti da altri sottoinsiemi di tecniche. Abbiamo ipotizzato che i fattori comuni differiscano marcatamente se relazionati alle tecniche specifiche. Questo potrebbe quindi condurre a una precisa definizione operativa di ogni fattore comune: un fattore comune è quello che è implementato da uno specifico pattern di tecniche. L’obiettivo primario di questo studio è stato dunque la descrizione di tutti i fattori comuni tramite le

loro specifiche associazioni con le tecniche. Per ottenerlo ci siamo affidati alla conoscenza consensuale di esperti in psicoterapia, agenti come giudici, i quali hanno valutato passo dopo passo queste associazioni. Abbiamo poi ipotizzato in seconda istanza che alcune variabili (genere, età, professione, aderenza a un approccio psicoterapeutico) avrebbero influenzato le valutazioni solo in modo limitato.

METODI

Selezione dei Fattori Comuni e delle Tecniche Specifiche

Una recente revisione della letteratura sulle ricerche in psicoterapia ha identificato tutti i costrutti individuati come fattori non specifici o comuni nel cambiamento in psicoterapia. Pfammatter e Tschacher (2012) hanno incluso tutti i fattori descritti da almeno due autori. Per il presente studio abbiamo adottato una lista di 22 fattori, descritti in Tabella 1.

Allo stesso tempo, basandoci sui manuali relativi ai quattro maggiori approcci in psicoterapia (cognitivo comportamentale, psicodinamico, umanistico e sistemico), abbiamo selezionato 22 tecniche standard (Tabella 2) di questi approcci (la quantità di tecniche e di fattori risulta casualmente identica). La nostra selezione delle tecniche è stata soggettiva. Abbiamo selezionato tecniche che rappresentano le procedure più caratteristiche dei principali approcci in psicoterapia, in particolare quelle tecniche con le quali un gruppo di esperti ricercatori in psicoterapia avrebbe avuto più familiarità, anche se originate da approcci differenti da quello del ricercatore stesso.

Ricerca

È stata sviluppata un'intervista on line basata sui 22 fattori comuni e le 22 tecniche specifiche. Dopo essersi autenticati nel sistema, ai partecipanti veniva spiegato brevemente lo scopo dello studio: investigare la relazione fra fattori comuni e tecniche, con l'obiettivo finale di raggiungere una classificazione dei fattori comuni stessi. Nella pagina successiva, come

fattore comune iniziale, veniva introdotta e definita l'**Alleanza Terapeutica**¹ (Tabella 1). Le istruzioni erano: "Si prega di valutare quanto, nella sua opinione, questo fattore comune è implementato da ciascuna delle seguenti tecniche standard", seguita dall'elenco delle 22 tecniche psicoterapeutiche. Accanto a ciascuna delle tecniche elencate era presente una loro breve descrizione, ad esempio: "*Rinforzo Positivo*: il terapeuta elogia e premia i comportamenti desiderabili del paziente". La risposta del partecipante era misurata tramite una scala Likert a 5 punti (per niente, poco, moderatamente, molto, moltissimo) presente per ogni tecnica. Abbiamo assegnato i valori -2, -1, 0, 1, 2 ai punti della scala. La lista delle tecniche era presentata nell'ordine prefissato visibile in Tabella 2. La procedura era la stessa nelle pagine seguenti, fino a che tutti i fattori comuni fossero stati valutati, o finché il partecipante non avesse sospeso il compito. L'indagine poteva essere eventualmente ripresa in seguito dal punto in cui era stata lasciata in sospeso. Un'indagine completa durava approssimativamente 50 minuti e conteneva $22 \times 22 = 484$ items per partecipante.

Partecipanti

Ricercatori esperti in psicoterapia, la maggior parte dei quali anche psicoterapeuti in attività, sono stati contattati tramite e-mail personali e invitati a partecipare come giudici esperti in un'indagine on line (sviluppata sulla piattaforma Survey-Monkey). Per primi abbiamo contattato membri della Società di Ricerca in Psicoterapia di lingua tedesca ed in seguito altri ricercatori in psicoterapia con formazione psichiatrica. La maggioranza aveva un background accademico. Dei 140 ricercatori contattati, 68 hanno partecipato all'indagine (età media 50.2 anni, $d_s=11.1$; 47 (69%) uomini). Coloro che non hanno risposto non si discostavano significativamente dai partecipanti per genere, ma l'età media era più alta: 54.6 anni; $t(138)=2.47$; $p<0.05$. La media degli anni di esperienza professionale dei partecipanti era 18 ($d_s=11.0$; variabile indipendente "Esperienza"), mentre la media delle ore di attività terapeutica era di 9h/settimana ($d_s=8.8$). Per quanto riguarda i loro background scientifici e

professionali (variabile indipendente “Professione”), 54 partecipanti (79.4%) erano psicologi, 9 (13.2%) erano psichiatri, 4 (5.9%) erano sia psicologi sia psichiatri e 1 (1.5%) proveniva da un'altra professione. Il background professionale dei non partecipanti non era significativamente diverso ($\chi^2(3)=2.37, p=0.50$). I partecipanti (variabile “Valutatore”) avevano come orientamento psicoterapeutico prevalente (variabile indipendente “Affiliazione”) quello cognitivo comportamentale ($n=29, 42.6\%$), seguito da psicodinamico ($n=19, 27.9\%$), eclettico ($n=14, 20.6\%$), sistemico ($n=4, 5.9\%$) e centrato sul cliente ($n=2.9\%$).

Analisi Statistiche

Ogni giudice partecipante ha valutato le associazioni fra 22 tecniche e 22 fattori comuni, ovvero ognuno ha risposto ad un massimo di $22 \times 22 = 484$ items. Ponendo “fattore comune” come variabile dipendente ed avendo un campione di 68 valutatori, ogni fattore comune ha ricevuto un massimo di $22 \times 68 = 1496$ risposte. Il protocollo dell'indagine on line non obbligava a completare la griglia di risposte, cosicché il range di risposte per ciascun fattore comune va da 920 a 1338 (vedere anche “Osservazioni” in Tabella 3). In altre parole, le variabili dipendenti risultavano avere molti dati mancanti nelle variabili indipendenti. A causa della prevista mancanza di dati e per poterli utilizzare statisticamente come variabili dipendenti (ogni partecipante doveva fornire valutazioni ripetute) abbiamo applicato analisi gerarchiche ad effetti misti per modellare le variabili dipendenti (cioè i fattori comuni) attraverso quelle indipendenti (cioè le tecniche e le variabili socio-anagrafiche dei valutatori). Il pacchetto software utilizzato per le analisi era JMP 9 (SAS Institute Inc., Cary, NC). Un *set* di dati di 22 tecniche x 68 valutatori è stato dunque reso disponibile per ogni fattore comune ed è servito come base per tutte le analisi successive negli approcci a e b.

Approccio a: in una fase iniziale abbiamo descritto ogni fattore comune definendone due dimensioni separate, Rilevanza e Spiegazione (Tabella 1). Queste dimensioni sono state

operazionalizzate come segue: la dimensione Rilevanza è stata calcolata, ponendo ogni fattore comune come variabile dipendente, tramite un'intersezione di un modello avente la variabile “Valutatore” come unico effetto casuale (approccio a.1). I singoli punteggi costituivano il livello 1 dei dati, il “Valutatore” costituiva il livello 2. Le intersezioni operazionalizzavano la rilevanza totale di un fattore comune. Queste intersezioni avevano valori molto simili alla media delle risposte ($r=0.99$), ovvero alla media di ogni singola valutazione ricevuta da un fattore comune (con un range fra -2 e 2). Nella colonna “Rilevanza” in Tabella 1 abbiamo elencato queste intersezioni, che sono state confrontate con il valore centrale delle scale, ovvero zero.

Come seconda dimensione abbiamo valutato “Spiegazione”. Abbiamo calcolato i modelli ponendo “Valutatore” come effetto casuale e “Tecnica” come effetto fisso (approccio a.2). La corrispondente varianza spiega quanto ogni fattore comune sia differentemente definito dall'insieme delle tecniche. Infine, per integrare le due dimensioni dell'approccio a, è stato calcolato il rapporto Rilevanza/Spiegazione, che risulta positivo se entrambe le dimensioni assumono valori positivi.

L'approccio b si rivolge all'obiettivo primario dello studio, creando un modello comprensivo anche dell'influenza delle caratteristiche del giudice. Nel modello abbiamo posto in relazione ciascuno dei 22 fattori comuni con i seguenti fattori predittivi: “Tecniche” (come nell'approccio a.2), “Affiliazione” o “Approccio di appartenenza” (*Allegiance*), “Tecniche x Affiliazione”, “Professione”, “Esperienza”, “Età”, “Genere”. In tutti i modelli la variabile “Valutatore” era inserita come effetto casuale (Tabella 3). L'effetto casuale spiega le componenti della varianza, ovvero che percentuale della varianza totale è attribuibile al valutatore come persona. Ad ogni effetto fisso è assegnato un valore F ; tale valore F definisce quanto forte sia la regressione del rispettivo effetto fisso su ogni fattore comune. Maggiore è il valore dell'effetto fisso “Tecnica”, più un fattore comune può essere descritto in modo differenziato (positivamente o negativamente) dalle singole tecniche. In altre parole, il valore F

indica quanto un fattore comune sia spiegato dall'insieme delle 22 tecniche (vedi il grado di spiegazione derivante dalla variabile "Tecnica" nell'approccio a.2). Alcune delle singole tecniche potrebbero significativamente implementare il fattore comune (hanno punteggi t positivi per i parametri stimati delle singole tecniche), mentre altre tecniche sono associate negativamente al fattore comune (i punteggi t sono negativi). Questi parametri stimati significativi, positivi o negativi, sono quindi validi descrittori di un fattore comune, dal momento che mostrano da quali procedure psicoterapeutiche un fattore comune può (o non può) essere implementato. Non è compresa la tecnica *Counselling* poiché nelle analisi è utilizzata come un valore di riferimento. Abbiamo calcolato l'Akaike's Information Criterion (AIC) per l'accuratezza e la parsimonia del modello. I singoli valori dell'AIC non sono riportati per ragioni di brevità; è comunque risultato tramite l'AIC che

tutti i 22 modelli in Tabella 3 erano superiori ai corrispettivi modelli dove la variabile "Tecnica" era posta come unico effetto fisso (approccio a.2). Riportiamo in Tabella 3 tutti i modelli con l'insieme completo di effetti fissi.

Risultati

Le due dimensioni "Rilevanza" e "Spiegazione" descrivono quanto i fattori comuni sono implementati dall'insieme delle tecniche, secondo la visione dei giudici esperti. La prima dimensione, "Rilevanza", indicata dall'intercetta, esprime quanto un fattore comune sia influenzato dall'intero insieme di tecniche, indipendentemente dal contributo della singola tecnica. La seconda dimensione, "Spiegazione", è data dalla varianza di ogni fattore comune esplicitamente e separatamente spiegato dalle singole tecniche. Queste due dimensioni (si vedano le rispettive colonne in

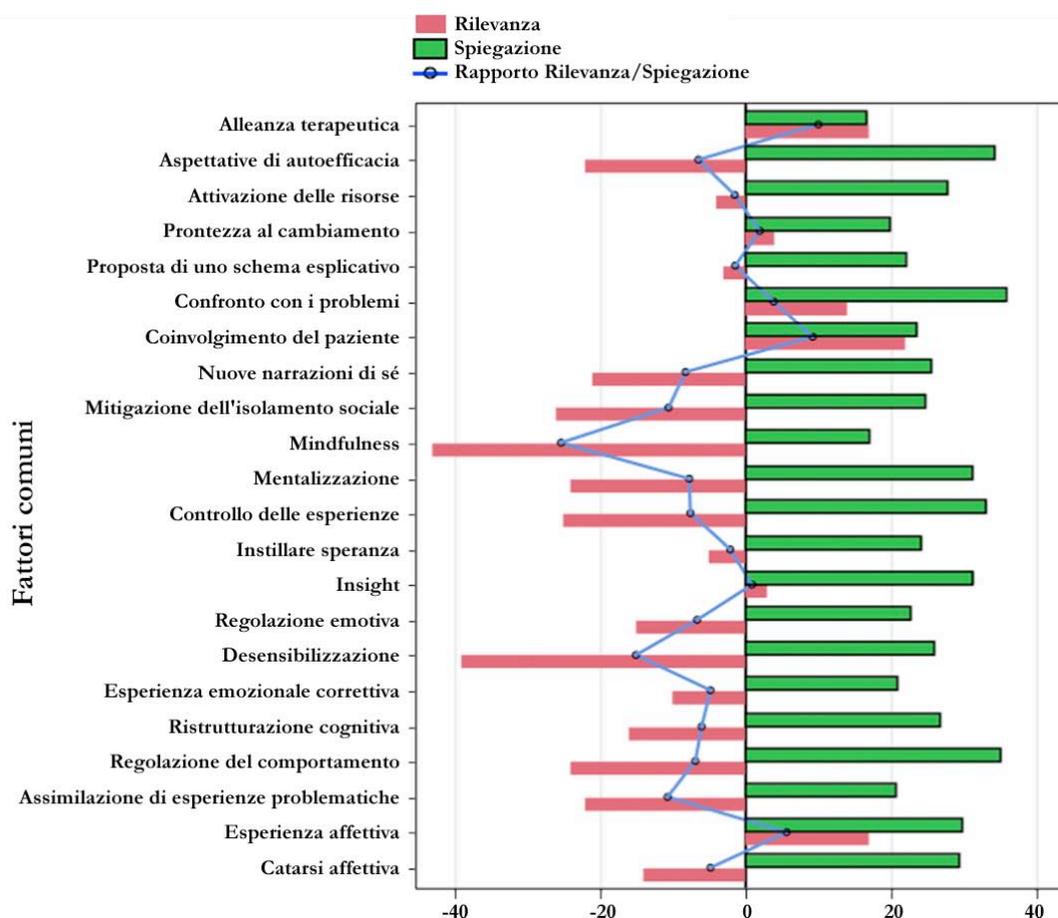


Figura 1 - Rappresentazione grafica dei descrittori di fattori comuni (vedi tabella 1). La voce 'Rilevanza' è operazionalizzata dalle intercette dell'approccio A.1 (moltiplicato x100 per una migliore visualizzazione); la voce 'Spiegazione' è operazionalizzata dalla percentuale di varianza spiegata dalle tecniche dell'approccio a.2. Il rapporto 'Rilevanza/Spiegazione' è rappresentato da una linea (moltiplicato x1000 per una migliore visualizzazione). L'ascissa è una scala adimensionale per le voci 'Rilevanza' e 'Rilevanza/Spiegazione'; per la voce 'Spiegazione', la scala corrisponde alla % della varianza.

Tabella 1) descrivono in modo quasi ortogonale ($r=-0.02$) i fattori comuni (si veda Figura 1 per una rappresentazione grafica). Tutti i fattori comuni sono descritti in maniera altamente significativa dalle tecniche, anche se in gradi diversi (“Spiegazione” in Tabella 1); la spiegazione più ampia è emersa per i fattori **Confronto con il Problema**, **Regolazione Comportamentale** e **Aspettative di Autoefficacia**. D’altro canto, i fattori più rilevanti (si veda approccio a.1, “Rilevanza” in Tabella 1) sono stati **Coinvolgimento del Paziente**, **Alleanza Terapeutica** e **Esperienza Affettiva**, i quali hanno prodotto i risultati più elevati sulle scale. Alcuni dei fattori comuni sono risultati sia ben spiegati sia rilevanti, come **Coinvolgimento del Paziente**, **Esperienza Affettiva**, **Alleanza Terapeutica** e **Confronto con il Problema** (percentuali positive in Figura 1). Altri fattori sono stati valutati come aventi una bassa rilevanza complessiva, ma risultavano comunque spiegati

dalle singole tecniche, specialmente **Desensibilizzazione** e **Mindfulness** (percentuali negative).

L’approccio b fornisce un quadro dettagliato di come ogni fattore comune sia descritto da un insieme di predittori che include, oltre alle tecniche, le caratteristiche degli stessi valutatori esperti, come la loro aderenza ad un approccio terapeutico, il loro background professionale, gli anni di esperienza, l’età e il genere. Tutti e 22 i risultati dei modelli a effetti misti sono riportati in Tabella 3a-d; qui ci concentreremo sui risultati significativi secondo il Metodo di Bonferroni, con una probabilità <0.001 , in modo da correggere l’aumento di alpha dovuta a prove ripetute ($0.05/22 \approx 0.002$); i predittori significativi secondo il Metodo di Bonferroni sono riportati in neretto in Tabella 3a-d.

La varianza spiegata da tutti i modelli ha un range fra 47.4% (**Fornire uno Schema**

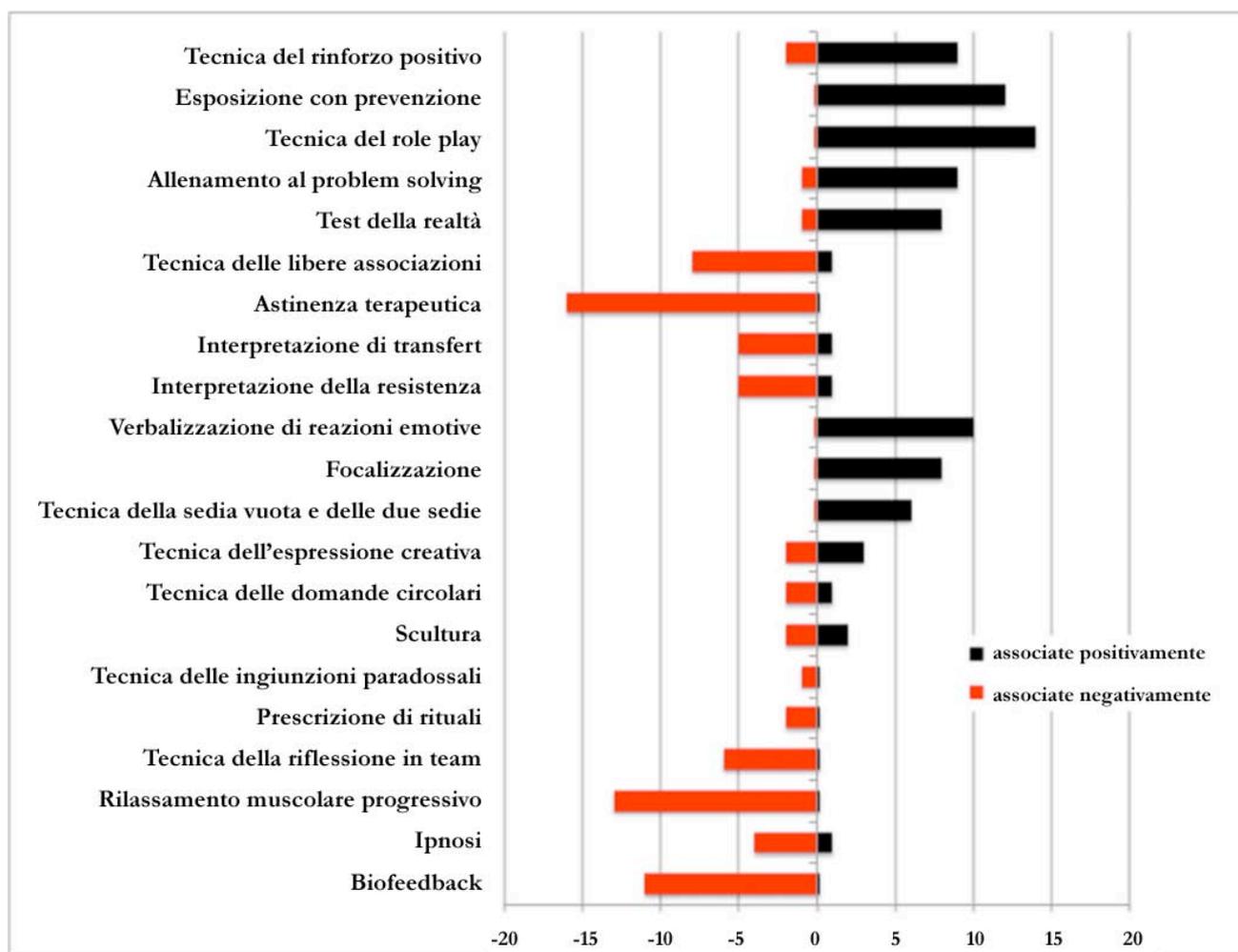


Figura 2. Rappresentazione di quante singole tecniche risultano significative secondo il Metodo Bonferroni ($p < .001$) associate ad ognuno dei fattori comuni nella Tabella 3 (barre rosse a sinistra: frequenza delle associazioni negative, barre nere a destra: frequenza delle associazioni positive)

Esplicativo) e 62.1% (**Esperienza Diretta di Padronanza**). La varianza dovuta direttamente ai valutatori, tenendo conto delle caratteristiche precedentemente menzionate come predittori, varia tra il 12% e il 30%: **Aspettative di Autoefficacia, Insight e Confronto con il Problema** hanno ottenuto una bassa varianza in relazione ai giudici, e dunque un alto accordo inter-rater, mentre **Mindfulness, Alleanza Terapeutica e Ristrutturazione Cognitiva** hanno ricevuto valutazioni più eterogenee, mostrando dunque una più alta varianza inter-rater. Nessuna caratteristica dei valutatori è risultata significativa come predittore secondo il Metodo di Bonferroni per la correzione dell'errore. Aderenza al modello terapeutico, età ed esperienza dei giudici sono risultate statisticamente non correlate alle valutazioni ($p > 0.05$). Il genere è risultato predittore significativo di alcuni fattori comuni ($p < 0.05$: **Elaborazione di Esperienze Problematiche, Insight, Regolazione Comportamentale, Prontezza al Cambiamento, Aspettative di Autoefficacia e Confronto con il problema** hanno ricevuto punteggi più bassi da giudici maschi), ma questi effetti non sono risultati significativi a seguito della correzione di Bonferroni. La professione dei valutatori ha giocato un ruolo nella valutazione di **Esperienza Diretta di Padronanza** e di **Aspettative di Autoefficacia**, ma ancora una volta i risultati non sono stati significativi a seguito della correzione di Bonferroni.

Tutti i 22 fattori comuni sono risultati significativamente associati con le tecniche ed ogni fattore comune è risultato collegato ad uno specifico insieme di tecniche, associato ad esso positivamente o negativamente. La singola descrizione di ogni fattore comune è riportata in Tabella 3a-d. Qui approfondiremo tre esempi: (i) Il fattore comune **Alleanza Terapeutica** (Tabella 3a) è emerso come quello più sostenuto dalle tecniche *Verbalizzazione delle Reazioni Emotive, Tecnica del Rinforzo Positivo e Focalizzazione*, ma sarebbe ostacolato da *Biofeedback Training, Tecnica della Riflessione in Gruppo* e *Rilassamento Muscolare Progressivo*. (ii) Il fattore comune **Confronto con il Problema** (Tabella 3b) è rinforzato da *Esposizione con Prevenzione della Risposta, Tecnica del Role Play, Tecnica della Sedia Vuota e delle Due Sedie e*

Focalizzazione. Al contrario, *Rilassamento Muscolare Progressivo, Biofeedback Training, Astinenza Terapeutica e Tecnica del Rinforzo Positivo* sono associate negativamente con l'implementazione di questo fattore comune. (iii) Il fattore comune **Aspettative di Autoefficacia** (Tabella 3d) è influenzato da *Problem solving Training, Tecnica del Role Play, Esposizione con Prevenzione della Risposta, Tecnica del Rinforzo Positivo e Test di Realtà*. D'altro canto, *Astinenza Terapeutica, Libere Associazioni, Tecnica della Riflessione in Gruppo e Interpretazione del Transfert* potrebbero contrastare questo fattore comune.

La Figura 2 rappresenta le frequenze con cui ogni tecnica è positivamente o negativamente associata ad ognuno dei 22 fattori comuni. Queste frequenze sono state ottenute conteggiando le volte in cui la singola tecnica è emersa come predittore di quel fattore comune secondo il Metodo di Bonferroni nella Tabella 3a-d. È stato rilevato che le tecniche sviluppate dalle psicoterapie cognitivo-comportamentale e umanistica sono state prevalentemente usate come descrittori positivi dei fattori comuni, mentre le tecniche provenienti dalle psicoterapie psicodinamica, sistemica e orientata al corpo sono state usate prevalentemente come descrittori negativi.

Sono stati riscontrati effetti significativi "Tecnica x Affiliazione" in 15 dei 22 fattori comuni. Ciò significa che, oltre all'importanza differenziale di tecniche specifiche per la realizzazione di un fattore comune, tale importanza di una tecnica dipendeva dall'aderenza all'orientamento psicoterapeutico (*allegiance*) dei valutatori. In quattro casi questo effetto di interazione è risultato significativo secondo il livello di significatività di Bonferroni: **Mentalizzazione, Alleanza Terapeutica, Esperienza Affettiva e Regolazione Emotiva**. In altre parole, alcuni aspetti di questi fattori comuni sono stati caratterizzati in modo divergente da valutatori con diversi background psicoterapeutici. Giudici provenienti dalla scuola cognitivo-comportamentale, ad esempio, hanno visto l'**Alleanza Terapeutica** come maggiormente connessa con tecniche quali l'*Esposizione con Prevenzione della Risposta* e correlata negativamente con l'*Astinenza Terapeutica*. Valutatori con approccio

psicodinamico, invece, hanno posto l'**Alleanza Terapeutica** nel contesto dell'*Interpretazione del Transfer* e, positivamente (!), anche in quello dell'*Astinenza Terapeutica*. Il fattore comune **Esperienza Affettiva** è stato visto dagli psicodinamici come implementato dall'*Interpretazione del Transfer*, dall'*Interpretazione della Resistenza* e dalle *Libere Associazioni*; gli esperti cognitivo-comportamentali hanno inoltre rilevato una connessione con l'*Esposizione con Prevenzione della Risposta*; i valutatori sistemici hanno valutato l'**Esperienza Affettiva** come collegata alla *Prescrizione di Rituali*.

Discussione

Il *Taxonomy Project* si concentra sulle incongruenze concettuali associate al costrutto centrale dei fattori comuni; tali incongruenze stanno attualmente ostacolando la ricerca in psicoterapia. Senza idee chiare, un ulteriore progresso scientifico è improbabile. Abbiamo dunque personalmente invitato un gruppo di esperti con differenti background professionali e affiliazioni ad approcci terapeutici a partecipare ad un'indagine che aiutasse a chiarire il concetto di fattore comune. In questa indagine abbiamo usato tecniche psicoterapeutiche standard come strumenti per migliori descrizioni e definizioni dei fattori comuni. L'indagine on line è stata svolta con successo e ha fornito una specifica descrizione operativa di ognuno dei 22 fattori comuni discussi nel contesto clinico, descrizione basata sulle associazioni differenziali di questi fattori con le tecniche psicoterapeutiche.

Abbiamo analizzato i dati degli esperti usando modelli gerarchici lineari per ciascun fattore comune. I risultati supportano la premessa del *Taxonomy Project* secondo cui fattori comuni e tecniche specifiche sono due costrutti associati, piuttosto che mutualmente escludentisi. La varianza di ogni fattore comune è significativamente spiegata dalle sue associazioni differenziali con le tecniche specifiche: in questo modo, un fattore comune può essere descritto e definito tramite il profilo delle tecniche che ad esso contribuiscono. La nostra analisi supporta alcune delle relazioni fra fattori comuni e tecniche proposte, su base teoretica, da Karasu (1986), fornendo un

quadro ulteriormente dettagliato.

Le caratteristiche individuali dei valutatori hanno giocato un ruolo modesto in queste definizioni, con una bassa significatività secondo il Metodo di Bonferroni di predittori quali l'appartenenza ad un approccio terapeutico, il background professionale, gli anni di esperienza come terapeuta, l'età e il genere. Nessuno dei fattori comuni è stato sovra o sottostimato a causa dell'affiliazione del valutatore ad un modello teorico, la qual cosa è prova della validità dell'opinione degli esperti e dell'elevato grado di consenso fra giudici con background differenti. Nonostante ciò, sono stati trovati alcuni effetti di interazione per il predittore "Tecnica x Affiliazione", ad indicare che la stessa appartenenza, in un piccolo numero di casi, potrebbe influenzare le valutazioni di quanto una certa tecnica implementi un determinato fattore comune. In sintesi, i profili dei fattori comuni risultanti rappresentano un passo in avanti verso una più chiara definizione di questi importanti costrutti.

Come previsto, gli esperti non hanno considerato tutti i fattori comuni come ugualmente importanti. **Coinvolgimento del Paziente, Esperienza Affettiva e Alleanza Terapeutica** sono stati giudicati come i più rilevanti. Ciò concorda con quegli studi processo-risultato in letteratura che hanno indagato aspetti del legame terapeutico e del contributo del paziente al processo terapeutico, trovando collegamenti positivi con i fattori di cui prima (Orlinsky et al., 2004). **Alleanza Terapeutica e Esperienza affettiva** sono inoltre fra quei fattori la cui valutazione sembrerebbe dipendente dall'affiliazione ad un preciso modello psicoterapeutico. D'altro canto sembrerebbero esistere anche "fattori comuni meno comuni", specialmente **Desensibilizzazione** e **Mindfulness** sono visti come meno implementati dalle tecniche. Questi fattori comuni hanno anche ottenuto le più basse percentuali di Rilevanza/Spiegazione, con Rilevanza negativa e bassa Spiegazione. Si potrebbe speculare sulle ragioni di tali valutazioni: la **Desensibilizzazione** potrebbe aver perso rilevanza come fattore comune negli scorsi decenni nell'ambito della ricerca comportamentista, mentre la **Mindfulness** è

per contrasto un concetto relativamente nuovo, che alcuni potrebbero quindi non (ancora) valutare rilevante e non fortemente connessa alle tecniche come gli altri concetti.

Risultato inatteso di questa indagine è che la presente lista dei fattori comuni, che rappresenterebbe la letteratura comprensiva corrente, sembra comunque incompleta. Per alcune delle ben note tecniche standard di psicoterapia non è disponibile alcun fattore comune. Com'è evidente da un'analisi globale della Figura 2, tecniche basate sul corpo come *Rilassamento Muscolare Progressivo*, *Biofeedback Training* e *Ipnosi* sono state prevalentemente usate come predittori negativi, ovvero queste tecniche sono state significativamente associate al contrario di un fattore comune. Sembra che la cognizione corporea, consapevolezza che variabili corporee e motorie sono intrinsecamente connesse ai processi mentali (Ramseyer & Tschacher, 2011; Tschacher & Bergomi, 2011), sia insufficientemente rappresentata allo stato attuale della ricerca in psicoterapia. Tali associazioni negative sono risultate predominanti anche per le tecniche psicodinamiche e, in grado minore, per quelle sistemiche. Con la sola eccezione della *Tecnica delle Ingiunzioni Paradossali*, l'efficacia delle singole tecniche sistemiche non è ben definita nella letteratura degli studi processo-risultato. Questa potrebbe essere una delle ragioni per cui nessun fattore comune è stato collegato a tali tecniche nella nostra analisi. Il quadro è più complesso per i metodi psicodinamici: secondo la review di Orlinsky et al. (2004), le interpretazioni dei terapeuti avrebbero in linea di massima effetti positivi, anche se l'*Interpretazione del Transfert* è stata di frequente associata ad outcome negativi, e l'*Astinenza Terapeutica* è probabilmente irrilevante ai fini dell'esito. In questo modo, la mancanza di concetti per rappresentare queste tecniche a livello dei fattori comuni, presente nei nostri dati, potrebbe riflettere una mancanza di certezze nel supporto empirico per queste tecniche.

Si deve tener presente che i nostri risultati sono basati sulle opinioni di ricercatori esperti in psicoterapia. I risultati potrebbero non essere sufficientemente rappresentativi del punto di

vista dei pazienti, e neppure possono considerarsi sostitutivi delle analisi empiriche del processo terapeutico. Queste limitazioni possono comunque essere legittimate tenendo conto dell'obiettivo di esplorare la struttura di costrutti teorici. Sarà uno spunto di ricerca futuro approfondire come questi costrutti potrebbero tradursi nella pratica psicoterapeutica e nella formazione degli stessi psicoterapeuti. Un'ulteriore limitazione è che la valutazione di alcune tecniche, specialmente nell'ambito degli effetti di interazione complessa, dipende dall'aderenza dei valutatori all'approccio psicoterapeutico di riferimento. La predominanza nel nostro campione di valutatori con un background cognitivo-comportamentale, anche se specchio delle odierne proporzioni fra ricercatori in psicoterapia, potrebbe aver avuto un'influenza su alcuni dei risultati di questo studio. In conclusione, possiamo sostenere che la tassonomia dei fattori comuni basata sulle loro associazioni differenziali a tecniche specifiche pone orizzonti promettenti. Ciò supporterà un'ulteriore elaborazione concettuale in cui i fattori comuni rappresenteranno e unificheranno progressivamente l'intero spettro della ricerca in psicoterapia. Nella presente analisi l'approccio tassonomico è stato fondamentale per arrivare ad una più chiara definizione e concezione dei fattori comuni. Sugeriamo che l'attuale *set* di fattori comuni del cambiamento in psicoterapia dovrebbe essere rivisto secondo due modalità: per prima cosa, i fattori comuni dovrebbero tener conto di tutti gli approcci di trattamento secondo una modalità integrativa. In questo studio abbiamo trovato indizi che l'odierna tassonomia è fallace, dal momento che non copre le terapie corporee e non rende giustizia a tecniche psicodinamiche e sistemiche efficaci. In seconda istanza, ad ogni modo, questo non dovrebbe portare ad esagerare la quantità di fattori comuni riconosciuti, poiché esiste già un'ampia varietà terminologica per concetti largamente congruenti. Importante obiettivo di successive ricerche tassonomiche dovrà essere la riduzione di tale tautologia.

Un tale lavoro concettuale dovrebbe essere inserito in una teoria di collegamento. Prevediamo che questa teoria non sarà fornita

né dal fiscalismo neuroscientifico né dalla teoria qualitativa se considerati da soli, ma più probabilmente da una metateoria come quella dei sistemi dinamici (Grawe, 2004; Anchin, 2008). Su questa base, un lavoro tassonomico potrà convergere in una maggiore chiarezza teoretica e alimentare lo sviluppo di una comune teoria scientifica della psicoterapia che possa apporre informazioni alla pratica e alla ricerca future.

Note

¹ In questo testo i **fattori comuni** sono scritti in neretto, le *tecniche* in italico.

Riferimenti Bibliografici

- Alexander, F. (1950). Analysis of the therapeutic factors in psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Quarterly*, 19, 482–500.
- Anchin, J.C. (2008). Pursuing a unifying paradigm for psychotherapy: Tasks, dialectical considerations, and biopsychosocial systems metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18, 310–349.
- Beutler, L.E. (2002). The Dodo bird is extinct. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 30–34.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252–260.
- Butler, S.F., & Strupp, H.H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23, 30–40.
- Castonguay, L.G., & Beutler, L.E. (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 631–638.
- Chambless, D.L. (2002). Beware the Dodo bird: The dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 13–16.
- Chambless, D.L., & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.
- DeRubeis, R.J., Brotman, M.A., & Gibbons, C.J. (2005). Conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 174–183.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of self*. New York: Other Books.
- Frank, J.D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 25, 350–361.
- Goldfried, M.R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991–999.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130–145.
- Grawe, K. (2004). *Psychological therapy*. Seattle: Hogrefe and Huber.
- Grencavage, L.M., & Norcross, J.C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology-Research and Practice*, 21, 372–378.
- Jorgensen, C.R. (2004). Active ingredients in individual psychotherapy. Searching for common factors. *Psychoanalytic Psychology*, 21, 516–540.
- Karasu, T.B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *The American Journal of Psychiatry*, 143, 687–695.
- Lambert, M.J., & Cattani, K. (2012). Practice-friendly research review: Collaboration in routine care. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 68, 209–220.
- Lambert, M.J., & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed, pp. 139–193). New York: Wiley.
- Lampropoulos, G.K. (2000). Definitional and research issues in the common factors approach to psychotherapy integration: Misconceptions, clarifications, and proposals. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 415–438.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T.P., Levitt, J. T., Seligman, D.A., Berman J.S., & Krause, E.D. (2003). Are some psychotherapies much more effective than others? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 2–12.
- Marks, I. (2010). Common language in psychotherapy. Paper presented at the 40th annual congress of the European Association of Behavioral and Cognitive Therapies (EABCT), Milan, Italy.
- McCarthy, K.S., & Barber, J.P. (2008). The multitheoretical list of therapeutic interventions (MULTI): Initial report. *Psychotherapy Research*, 19, 96–113.
- Norcross, J.C., & Wampold, B.E. (2011a). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48, 98–102.
- Norcross, J.C., and Wampold, B.E. (2011b). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 67, 127–132.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's hand- book of psychotherapy and behavior change* (5th ed, pp. 307–389). New York: Wiley.
- Pfammatter, M., & Tschacher, W. (2012). Wirkfaktoren der Psychotherapie—eine Übersicht und Standortbestimmung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60, 1–10.
- Ramseyer, F., & Tschacher, W. (2011). Nonverbal synchrony in psychotherapy: Coordinated body-movement reflects relationship quality and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 284–295.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412–415.
- Tracey, T.J.G., Lichtenberg, J.W., Goodyear, R.K., Claiborn, C.D., & Wampold, B.E. (2003). Concept mapping of therapeutic common factors. *Psychotherapy Research*, 13, 401–413.

- Trijsburg, R.W., Lietaer, G.C., Gorlee, M., Klouwer, E., den Hollander, A.M., & Duivenvoorden, H.J. (2002). Development of the Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS). *Psychotherapy Research*, 12, 287–317.
- Tschacher, W., & Bergomi, C. (Eds.) (2011). *The implications of embodiment: Cognition and communication*. Exeter: Imprint Academic.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B.E., Ahn, H., & Coleman, H.L.K. (2001). Medical model as metaphor: Old habits die hard. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 268–273.
- Weinberger, J. (1995). Common factors aren't so common: The common factors dilemma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 45–69.

Fattori comuni	Definizione	Rilevanza	Spiegazione
Alleanza terapeutica	Paziente e terapeuta stabiliscono una relazione di fiducia e cooperazione; tale relazione è caratterizzata da parte del terapeuta da conferma e coinvolgimento affettivo verso il paziente come persona (variabili interazionali di Rogers, 1951). L'alleanza include relazione e consenso sugli obiettivi e i compiti terapeutici (si veda il concetto di Bordin, 1979, di "alleanza di lavoro")	0.17 *	16.90
Mitigazione dell'isolamento sociale	il paziente esperisce una riduzione di isolamento e alienazione sociali (Lambert & Ogles, 20014)	-0.26 **	24.72
Proposta di uno schema esplicativo	al paziente viene offerto uno schema teorico che fornisce una spiegazione plausibile dei suoi problemi e che prescrive una procedura (rituale) per la risoluzione dei problemi stessi (si veda il fattore comune "credibile rationale" o "mito" di Frank, 1971)	-0.03	22.04
Instillare speranza	il paziente si aspetta che la terapia avrà successo ed i suoi problemi miglioreranno (si riferisce ai fattori comuni "instillare speranza" di Frank (1971) e "induzione di aspettative positive di cambiamento" di Grawe, 2004)	-0.05	24.39
Prontezza al cambiamento	il paziente sviluppa la prontezza a cambiare le sue situazioni o i suoi comportamenti (si riferisce ai fattori comuni "persuasione al cambiamento" di Tracey et al., 2003; e "incoraggiamento a provare nuovi comportamenti" di Lambert & Ogles, 2004).	0.04	19.91
Coinvolgimento del paziente	il paziente partecipa attivamente, è coinvolto nel processo terapeutico (si vedano i fattori comuni "partecipazione attiva del cliente" di Lambert & Ogles, 2004; e "coinvolgimento del ruolo del paziente" del "Modello Generico di Psicoterapia", Orlinsky et al., 2004).	0.22 **	23.71
Attivazione delle risorse	il terapeuta enfatizza e rivitalizza gli elementi di forza, le abilità e le risorse del paziente (si veda il fattore comune "attivazione delle risorse" di Grawe, 2004)	-0.04	27.90
Esperienza affettiva	il paziente esperisce emozioni e sentimenti associati con i suoi problemi (si veda il fattore comune "esperienza affettiva" di Karasu, 1986).	0.17 *	29.81
Catarsi affettiva	il paziente esprime sentimenti fino ad allora repressi (si riferisce alla tesi psicoanalitica sulla catarsi).	-0.14	29.44
Confronto con i problemi	il paziente è incoraggiato a fronteggiare, esperire e confrontarsi con i suoi problemi (si vedano i fattori comuni "incoraggiamento a fronteggiare istanze problematiche" di Weinberger, 1995; e "attualizzazione del problema" di Grawe, 2004).	0.14 *	35.75
Desensibilizzazione	il paziente esperisce un progressivo attenuarsi delle reazioni emotive a stimoli avversivi (si vedano i fattori comuni "desensibilizzazione" e "estinzione delle risposte ansia-associate" di Lambert & Ogles, 2004)	-0.39 ****	25.98
Esperienza emozionale correttiva	il paziente impara che le reali esperienze in situazioni problematiche non sono così devastanti come le conseguenze immaginate o temute (si veda il fattore di cambiamento "esperienza emozionale correttiva", originariamente concettualizzato nel contesto delle terapie psicodinamiche da Alexander, 1950).	-0.10	20.98
Mindfulness	il paziente sviluppa una consapevolezza non giudicante dei suoi pensieri, percezioni e sentimenti. Il paziente impara a essere consapevole dei propri processi interiori nel qui ed ora senza giudicarli (si riferisce all'atteggiamento buddista di attenzione equamente accettante di tutte le sensazioni, emozioni e pensieri).	-0.43 ****	17.00
Regolazione emotiva	il paziente impara a percepire, esprimere e controllare più adeguatamente le sue emozioni (si riferisce alla "regolazione degli affetti", che secondo Fonagy et al. nel 2002 sarebbe il processo "mediante il quale gli individui influenzano quali emozioni avere, quando averle e come esperirle ed esprimerle").	-0.15 *	22.75
Insight	il paziente sviluppa una consapevolezza dei suoi problemi e una concezione della loro relazione causale e del rapporto con i propri pattern di comportamento ricorrenti (si vedano i fattori comuni "favorire l'insight/la consapevolezza" di Grencavage & Norcross, 1990; e "chiarificazione motivazionale" di Grawe, 2004).	0.03	31.51
Assimilazione di esperienze problematiche	il paziente accosta esperienze problematiche a propri schemi cognitivi preesistenti, esperienze che gli divengono quindi più familiari (si riferisce alla distinzione introdotta da Piaget fra "Assimilazione" e "Accomodamento" come due tipi differenti di sviluppo e cambiamento delle rappresentazioni cognitive del mondo)	-0.22 **	20.64
Ristrutturazione cognitiva	il paziente accomoda gradualmente la concettualizzazione dei problemi, acquisisce nuove percezioni e modi di pensare, i quali promuovono la comprensione e integrazione delle esperienze problematiche (si veda il fattore comune "padronanza cognitiva", Karasu, 1986).	-0.16	26.78
Mentalizzazione	il paziente impara a capire se stesso e gli altri in termini di stati mentali (per esempio: sentimenti, pensieri, intenzioni) e dunque svilupperà l'abilità di anticipare i comportamenti e le reazioni altrui (teoria della mente) (si veda la capacità di "leggere, (...) predire e spiegare le azioni degli altri inferendo e attribuendo ad essi stati mentali intenzionali; Fonagy et al., 2002).	-0.24 **	31.25
Regolazione del comportamento	il paziente impara nuove risposte comportamentali e abilità sociali per modificare le abitudini e controllare le azioni (si vedano i fattori comuni "regolazione comportamentale" di Karasu, 1986; e "imparare il controllo comportamentale" di Lambert & Ogles, 2004).	-0.24 **	35.12
Controllo delle esperienze	il paziente accumula esperienze di coping ben riuscite (si vedano i fattori comuni "controllo dei tentativi ed esperienza positiva" di Lambert & Ogles, 2004; e "coping" di Grawe, 2004).	-0.25 **	33.25
Aspettative di autoefficacia	il paziente aumenta il proprio senso di influenza e controllo personale (si veda il fattore comune "cambiamento delle proprie aspettative	-0.22 **	34.27

	di efficacia” di Lambert & Ogles, 2004, derivato dalla concettualizzazione di autoefficacia di Bandura).		
Nuove narrazioni di sé	il paziente sviluppa un nuovo senso di coerenza riguardo la propria vita passata, presente e futura, come anche del proprio essere nel mondo (si veda il fattore comune “costruzione di una narrativa che genera significato” di Jorgensen, 2004).	-0.21 **	25.64

Tabella 1 - Lista di fattori comuni con le definizioni date nell'indagine; Rilevanza, intersezioni di tutte le valutazioni di un fattore comune (confrontate con zero: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.001$; **** $p < 0.0001$); Spiegazione, % di varianza di un fattore comune spiegata da tutte le tecniche (cfr. Test)**

Tecnica	Definizione
Tecnica del rinforzo positivo	il terapeuta incoraggia/ricompensa i comportamenti desiderati ed adeguati del paziente
Esposizione con prevenzione della risposta	il terapeuta fa confrontare il paziente, nell'immaginazione o <i>in vivo</i> , in modo graduale o prolungato, in un'unica soluzione o ad intervalli, con la situazione problematica, e ne previene la fuga.
Tecnica del role play	il terapeuta simula interazioni sociali difficili in una rappresentazione con il paziente come partecipante, istruendolo e modellando e correggendo la performance
Allenamento al problem solving	il terapeuta insegna al paziente ad identificare e definire il problema, a generare sistematicamente e valutare soluzioni alternative, a implementare e verificare determinate soluzioni.
Test della realtà	il terapeuta incoraggia il paziente a testare l'evidenza per la validità di pensieri e credenze disfunzionali, conduce esperimenti comportamentali, fornendo spiegazioni alternative.
Tecnica delle libere associazioni	il terapeuta incoraggia il paziente a parlare di qualsiasi cosa le o gli passi per la mente
Astinenza terapeutica	il terapeuta deliberatamente non commenta affermazioni, aperture o comportamenti del paziente
Interpretazione di transfert	il terapeuta collega la relazione paziente-terapeuta ad altre interazioni del paziente per sottolineare temi problematici ricorrenti nelle sue relazioni.
Interpretazione della resistenza	il terapeuta attira l'attenzione del paziente sulla sua opposizione o sul suo evitamento di certi argomenti, esperienze o emozioni sottolineando evasività, cambiamenti di argomento improvvisi o incongruenze comportamentali
Verbalizzazione di reazioni emotive	il terapeuta ascolta accuratamente ciò che il paziente dice, usa affermazioni empatiche, riformula, esplora il significato personale e riflette lo schema di riferimento interiore (rispecchiamento).
Focalizzazione	il terapeuta attira l'attenzione su emozioni non espresse, promuove un'esperienza più profonda, incoraggia il paziente ad esplorare ed esprimere sentimenti
Tecnica della sedia vuota e delle due sedie	il terapeuta guida il paziente nel dialogare con una sedia vuota in caso di istanze irrisolte, o coinvolge il paziente in un dialogo “a due sedie” per analizzare e risolvere conflitti interiori.
Tecnica dell'espressione creativa	il terapeuta incoraggia il paziente ad utilizzare mezzi creativi per attualizzare esperienze ed esprimere sentimenti.
Tecnica delle domande circolari	il terapeuta esplora il significato di comportamenti problematici di un membro della famiglia verso un altro membro con l'aiuto di un terzo membro della famiglia.
Scultura	il terapeuta chiede alla famiglia di illustrare nello spazio le relazioni familiari (affinità, distanza, struttura gerarchica) costruendo una scultura.
Tecnica delle ingiunzioni paradossali	il terapeuta offre una nuova cornice interpretativa (<i>reframing</i>), assegna un significato positivo al problema (connotazione positiva), invita il paziente ad assumere deliberatamente il comportamento problematico (prescrizione del sintomo) o offre molte soluzioni al problema (tecnica della confusione).
Prescrizione di rituali	il terapeuta prescrive azioni formalizzate e simboliche per scoraggiare il comportamento problematico.
Tecnica della riflessione in team	un team di esperti monitora la terapia e discute le osservazioni con i partecipanti
Rilassamento muscolare progressivo	il terapeuta guida il paziente a contrarre e rilassare ritmicamente e in sequenza differenti gruppi di muscoli
Ipnosi	il terapeuta chiede al paziente di riportare alla mente immagini o scene, oppure induce una trance ipnotica con suggestioni verbali e procedure motorie
Biofeedback	il terapeuta guida il paziente nel controllare e influenzare deliberatamente i propri processi fisiologici tramite segnali di feedback, apprendimento discriminante e tecniche di rilassamento.
Counselling	il terapeuta dà consigli

Tabella 2 - Lista di tecniche con definizione data nell'indagine

Modello		Fattori comuni					
		Alleanza terapeutica	Mitigazione dell'isolamento sociale	Instillare speranza	Schema esplicativo	Prontezza al cambiamento	Coinvolgimento del paziente
Osservazioni (n)		1138	1045	1110	1111	1113	1092
% di varianza spiegata dal modello		52.01	56.94	54.63	47.40	52.94	55.31
% varianza spiegata dal valutatore (effetto casuale)		28.29	25.08	25.37	17.37	25.14	23.41
% di varianza spiegata dagli effetti fissi		23.72	31.86	29.26	30.03	27.8	31.9
Test degli effetti fissi	Tecnica	F=10.69	F=11.19	F=12.24	F=9.68	F=11.02	F=14.3
	Affiliazione	F=2.26	F=1.18	F=0.72	F=1.15	F=1.29	F=0.68
	Tecnica x affiliazione	F=1.76	F=1.08	F=1.16	F=1.27	F=1.35	F=1.5
	Professione	F=0.51	F=1.75	F=1.48	F=1.76	F=1.24	F=2.29
	Esperienza	F=0.14	F=0.75	F=0.02	F=0.32	F=0.22	F=2.9
	Età	F=0.33	F=0.13	F=0.19	F=0.53	F=0.03	F=1.66
	Genere	F=2.02	F=3.51	F=2.8	F=1.16	F=4.83	F=3.68
Tecniche associate positivamente		<ul style="list-style-type: none"> - Verbalizzazione di reazioni emotive ($t = 7.19$) - Tecnica del rinforzo positivo ($t = 6.4$) - Focalizzazione ($t = 5.62$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnica del rinforzo positivo ($t = 6.07$) - Tecnica del role play ($t = 5.09$) - Allenamento al problem solving ($t = 3.31$) - Verbalizzazione di reazioni emotive ($t = 3.09$) - Tecnica delle domande circolari ($t = 2.89$) - Focalizzazione ($t = 2.46$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Allenamento al problem solving ($t = 7.51$) - Tecnica del rinforzo positivo ($t = 7.10$) - Test della realtà ($t = 4.4$) - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 3.48$) - Tecnica del role play ($t = 3.32$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Test della realtà ($t = 5.13$) - Verbalizzazione di risposte emotive ($t = 3.84$) - Focalizzazione ($t = 3.35$) - Interpretazione del transfert ($t = 2.65$) - Interpretazione della resistenza ($t = 2.58$) - Tecnica della sedia vuota/due sedie ($t = 2.36$) - Tecnica della riflessione in team ($t = 2.34$) - Tecnica delle domande circolari ($t = 2.12$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Allenamento al problem solving ($t = 6.57$) - Tecnica del rinforzo positivo ($t = 6.53$) - Tecnica del role play ($t = 5.29$) - Test della realtà ($t = 3.52$) - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 2.72$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnica del role play ($t = 5.82$) - Tecnica del rinforzo positivo ($t = 4.28$) - Tecnica della sedia vuota/due sedie ($t = 4.23$) - Allenamento al problem solving ($t = 4.12$) - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 3.8$) - Scultura ($t = 3.63$) - Tecnica dell'espressione creativa ($t = 3.62$) - Test della realtà ($t = 3.51$)
Tecniche associate negativamente		<ul style="list-style-type: none"> - Biofeedback ($t = -6.35$) - Tecnica della riflessione in team ($t = -4.51$) - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -3.4$) - Interpretazione della 	<ul style="list-style-type: none"> - Biofeedback ($t = -6.43$) - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -6.09$) - Astinenza terapeutica ($t = -4.43$) - Tecnica delle libere associazioni ($t = -4.25$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnica delle libere associazioni ($t = -5.12$) - Astinenza terapeutica ($t = -5.07$) - Interpretazione della resistenza ($t = -4.33$) - Interpretazione del transfert ($t = -3.49$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -6.22$) - Astinenza terapeutica ($t = -5.38$) - Ipnosi ($t = -3.99$) - Biofeedback ($t = -3.44$) - Tecnica delle libere 	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnica delle libere associazioni ($t = -5.04$) - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -4.47$) - Astinenza terapeutica ($t = -4.04$) - Interpretazione della 	<ul style="list-style-type: none"> - Interpretazione della resistenza ($t = -5.94$) - Interpretazione del transfert ($t = -5.72$) - Astinenza terapeutica ($t = -5.62$) - Tecnica della riflessione in team ($t = -$

	resistenza ($t = -2.2$) - Scultura ($t = -2.2$)	- Interpretazione della resistenza ($t = -2.71$) - Ipnosi ($t = -2.11$)	- Scultura ($t = -3.07$) - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -2.59$) - Tecnica delle domande circolari ($t = -2.38$)	associazioni ($t = -2.93$) - Prescrizione di rituali ($t = -2.67$)	resistenza ($t = -3.15$) - Biofeedback ($t = -3.08$) - Interpretazione del transfert ($t = -2.75$) - Ipnosi ($t = -2.15$)	4.42) - Ipnosi ($t = -3.75$) - Tecnica delle ingiunzioni paradossali ($t = -3.32$) - Biofeedback ($t = -3.00$) - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -2.19$)
--	--	--	---	---	--	--

Tabella 3. a-d - Risultati dei modelli ad effetti misti di ogni fattore comune. Fattore comune, variabile dipendente; Tecniche e loro caratteristiche, effetti fissi: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; **** $p < .0001$, in grassetto quando significativi secondo il Metodo di Bonferroni. Sono elencate solo le tecniche predittive significative.

Modello		Fattori comuni					
		Attivazione di risorse	Confronto con il problema	Esperienza affettiva	Catarsi affettiva	Desensibilizzazione	Esperienza emozionale correttiva
Osservazioni (n)		1089	1159	1115	1137	1159	1157
% di varianza spiegata dal modello		57.42	57.66	57.13	59.2	54.53	47.65
% varianza spiegata dal valutatore (effetto casuale)		25.56	14.91	17.88	24.68	22.35	18.72
% di varianza spiegata dagli effetti fissi		31.86	42.75	39.25	34.52	32.18	28.93
Test degli effetti fissi	Tecnica	F=12.96	F=14.44	F=14.16	F=17.17	F=12.8	F=8.56
	Affiliazione	F=0.33	F=1.96	F=2.41	F=1.78	F=2.27	F=1.71
	Tecnica x affiliazione	F=1.39	F=1.23	F=1.69	F=1.31	F=1.1	F=1.38
	Professione	F=1.03	F=0.74	F=1.57	F=0.16	F=0.17	F=1.57
	Esperienza	F=0.44	F=2.51	F=1.72	F=0.13	F=2.33	F=0.42
	Età	F=0	F=1.61	F=1.81	F=0.37	F=0.99	F=0.02
	Genere	F=1.21	F=4.39	F=2.05	F=2.25	F=0.73	F=1.5
Tecniche associate positivamente		<ul style="list-style-type: none"> - Tecnica del rinforzo positivo ($t = 7.66$) - Addestramento Addestramento al problem solving ($t = 6.33$) - Tecnica dell'espressione creativa ($t = 5.6$) - Tecnica del role play ($t = 4.17$) - Verbalizzazione di reazioni emotive ($t = 2.92$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 6.65$) - Tecnica del role play ($t = 6.42$) - Tecnica della sedia vuota/due sedie ($t = 5.17$) - Focalizzazione ($t = 3.97$) - Verbalizzazione di reazioni emotive ($t = 2.69$) - Allenamento al problem solving ($t = 2.14$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Focalizzazione ($t = 6.95$) - Tecnica della sedia vuota/due sedie ($t = 6.21$) - Verbalizzazione di reazioni emotive ($t = 5.97$) - Tecnica del role play ($t = 5.77$) - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 4.98$) - Tecnica dell'espressione creativa ($t = 2.76$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnica della sedia vuota/due sedie ($t = 7.3$) - Focalizzazione ($t = 7.04$) - Verbalizzazione di risposte emotive ($t = 6.07$) - Tecnica dell'espressione creativa ($t = 5.24$) - Tecnica del role play ($t = 4.72$) - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 4.48$) - Scultura ($t = 2.37$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 10.21$) - Tecnica del role play ($t = 5.38$) - Addestramento al problem solving ($t = 3.54$) - Ipnosi ($t = 3.48$) - Tecnica della sedia vuota/due sedie ($t = 3.12$) - Test della realtà ($t = 2.71$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 5.67$) - Tecnica del role play ($t = 5.38$) - Tecnica del rinforzo positivo ($t = 3.98$) - Tecnica della sedia vuota/due sedie ($t = 3.55$) - Verbalizzazione di reazioni emotive ($t = 3.23$) - Focalizzazione ($t = 2.2$)
Tecniche associate negativamente		<ul style="list-style-type: none"> - Interpretazione della resistenza ($t = -5.85$) - Interpretazione del transfert ($t = -5.59$) - Astinenza terapeutica ($t = -4.6$) - Tecnica delle libere associazioni ($t = -3.97$) - Rilassamento 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -7.6$) - Biofeedback ($t = -7.02$) - Astinenza terapeutica ($t = -5.36$) - Tecnica del rinforzo positivo ($t = -3.6$) - Tecnica delle libere 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -8.25$) - Biofeedback ($t = -7.78$) - Astinenza terapeutica ($t = -6.36$) - Tecnica della riflessione in team ($t = -5.72$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -6.05$) - Biofeedback ($t = -5.19$) - Addestramento al problem solving ($t = -4.22$) - Test di realtà ($t = -3.75$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Astinenza terapeutica ($t = -4.68$) - Tecnica delle libere associazioni ($t = -4.36$) - Tecnica delle domande circolari ($t = -3.68$) - Interpretazione della resistenza ($t = -3.62$) - Tecnica della riflessione in 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -3.68$) - Biofeedback ($t = -3.44$) - Astinenza terapeutica ($t = -3.23$) - Tecnica delle libere associazioni ($t = -3.14$) - Tecnica delle

		muscolare progressivo ($t = -2.05$) - Tecnica della riflessione in team ($t = -2.05$)	associazioni ($t = -2.11$)	- Prescrizione di rituali ($t = -4.02$) - Tecnica delle ingiunzioni paradossali ($t = -2.93$) - Allenamento al problem solving ($t = -2.77$) - Tecnica delle domande circolari ($t = -2.72$)	- Tecnica del rinforzo positivo ($t = -3.51$) - Tecnica della riflessione in team ($t = -3.18$) - Tecnica delle domande circolari ($t = -2.36$) - Prescrizione di rituali ($t = -2.22$) - Astinenza terapeutica ($t = -2.17$)	team ($t = -3.24$) - Interpretazione del transfert ($t = -3.2$) - Tecnica dell'espressione creativa ($t = -2.32$)	domande circolari ($t = -2.99$) - Interpretazione della resistenza ($t = -2.68$) - Tecnica della riflessione in team ($t = -2.4$)
--	--	--	------------------------------	---	---	---	---

Tabella 3b. (continua)

Modello		Fattori comuni					
		Regolazione emotiva	Mindfulness	Assimilazione di esperienze problematiche	Insight	Ristrutturazione cognitiva	Mentalizzazione
Osservazioni (n)		1075	1074	967	1054	943	920
% di varianza spiegata dal modello		50.52	54.77	50.54	53.42	60.56	61.52
% varianza spiegata dal valutatore (effetto casuale)		18.45	29.91	18.08	13.84	28.28	21.54
% di varianza spiegata dagli effetti fissi		32.07	24.86	32.46	39.58	32.28	39.98
Test degli effetti fissi	Tecnica	F=9.5	F=6.11	F=7.14	F=12.23	F=12.36	F=15.11
	Affiliazione	F=1.4	F=1.51	F=0.94	F=1.49	F=0.25	F=0.61
	Tecnica x affiliazione	F=1.6	F=1.47	F=1.35	F=1.2	F=1.43	F=1.89
	Professione	F=2	F=0.22	F=1.36	F=1.9	F=1.22	F=1.34
	Esperienza	F=0.33	F=0	F=0.4	F=0.44	F=0.65	F=1.16
	Età	F=1.33	F=0.02	F=0.15	F=0	F=0.45	F=0.53
	Genere	F=3.08	F=2.32	F=7.73	F=5.87	F=0.66	F=1.75
Tecniche associate positivamente		<ul style="list-style-type: none"> - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 5.88$) - Tecnica del role play ($t = 5.54$) - Verbalizzazione di reazioni emotive ($t = 5.28$) - Focalizzazione ($t = 4.77$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Focalizzazione ($t = 4.82$) - Verbalizzazione di reazioni emotive ($t = 4.46$) - Tecnica delle libere associazioni ($t = 3.35$) - Rilassamento muscolare progressivo ($t = 2.99$) - Ipnosi ($t = 2.7$) - Biofeedback ($t = 2.09$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalizzazione di reazioni emotive ($t = 4.08$) - Test di realtà ($t = 3.33$) - Focalizzazione ($t = 3.11$) - Scultura ($t = 2.07$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Test di realtà ($t = 5.23$) - Interpretazione del transfert ($t = 4.03$) - Verbalizzazione di risposte emotive ($t = 3.83$) - Interpretazione della resistenza ($t = 3.63$) - Focalizzazione ($t = 3.44$) - Tecnica della sedia vuota/due sedie ($t = 2.9$) - Tecnica della riflessione in team ($t = 2.46$) - Tecnica del role play ($t = 2.09$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Test di realtà ($t = 5.61$) - Allenamento al problem solving ($t = 4.68$) - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 3.54$) - Tecnica dell'intenzione paradossale ($t = 3.24$) - Tecnica del role play ($t = 2.51$) - Interpretazione del transfert ($t = 2.26$) - Interpretazione della resistenza ($t = 2.06$) - Focalizzazione ($t = 2.01$) - Tecnica della sedia vuota/due sedie ($t = 2$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnica del role play ($t = 6.26$) - Tecnica delle domande circolari ($t = 5.13$) - Tecnica della sedia vuota/due sedie ($t = 4.92$) - Test di realtà ($t = 4.65$) - Verbalizzazione di reazioni emotive ($t = 4.24$) - Focalizzazione ($t = 2.61$) - Tecnica della riflessione in team ($t = 2.51$) - Scultura ($t = 2.35$) - Interpretazione del transfert ($t = 2.31$) - Interpretazione della resistenza ($t = 2.08$)
Tecniche associate negativamente		<ul style="list-style-type: none"> - Astinenza terapeutica ($t = -4.46$) - Interpretazione del transfert ($t = -3.24$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Prescrizione di rituali ($t = -3.11$) - Interpretazione del transfert ($t = -2.8$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -6.84$) - Biofeedback ($t = -5.32$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -7.52$) - Biofeedback ($t = -6.83$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -6.93$) - Biofeedback ($t = -6.51$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -7.19$) - Biofeedback ($t = -6.64$)

	<ul style="list-style-type: none"> - Interpretazione della resistenza ($t = -3.19$) - Tecnica delle libere associazioni ($t = -3.05$) - Tecnica della riflessione in team ($t = -2.99$) - Tecnica delle domande circolari ($t = -2.90$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Interpretazione della resistenza ($t = -2.63$) - Allenamento al problem solving ($t = -2.39$) - Tecnica dell'intenzione paradossale ($t = -2.33$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Astinenza terapeutica ($t = -3.72$) - Ipnosi ($t = -2.11$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Astinenza terapeutica ($t = -4.7$) - Ipnosi ($t = -3.62$) - Tecnica del rinforzo positivo ($t = -2.31$) - Prescrizione di rituali ($t = -2.27$) - Esposizione ($t = -2.22$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Astinenza terapeutica ($t = -5.44$) - Tecnica delle libere associazioni ($t = -4.18$) - Tecnica dell'espressione creativa ($t = -4$) - Ipnosi ($t = -2.97$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Astinenza terapeutica ($t = -4.15$) - Ipnosi ($t = -3.83$) - Esposizione ($t = -3.45$) - Prescrizione di rituali ($t = -3.38$) - Tecnica dell'espressione creativa ($t = -2.97$)
--	---	--	--	--	--	---

Tabella 3c. (continua)

Modello		Fattori comuni			
		Regolazione comportamentale	Controllo delle esperienze	Aspettative di autoefficacia	Nuove narrazioni di sé
Osservazioni (n)		922	922	924	920
% di varianza spiegata dal modello		62.08	64.09	58.88	53.07
% varianza spiegata dal valutatore (effetto casuale)		19.72	20.82	12.43	17.1
% di varianza spiegata dagli effetti fissi		43.08	43.27	46.45	35.97
Test degli effetti fissi	Tecnica	F=16.4	F=14.29	F=12.46	F=8.6
	Affiliazione	F=1.07	F=0.91	F=0.87	F=0.44
	Tecnica x affiliazione	F=1.22	F=1.22	F=1.44	F=1.34
	Professione	F=2.01	F=3.26	F=2.93	F=2.08
	Esperienza	F=0	F=0.7	F=0	F=1.41
	Età	F=0.58	F=0.04	F=0.03	F=0.4
	Genere	F=4.85	F=1.74	F=4.52	F=1.74
Tecniche associate positivamente		<ul style="list-style-type: none"> - Allenamento al problem solving ($t = 7.82$) - Tecnica del role play ($t = 7.58$) - Tecnica del rinforzo positivo ($t = 6.2$) - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 5.85$) - Test di realtà ($t = 2.48$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 3.44$) - Allenamento al problem solving ($t = 2.62$) - Tecnica del role play ($t = 2.53$) - Tecnica del rinforzo positivo ($t = 2.05$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Allenamento al problem solving ($t = 6.19$) - Tecnica del role play ($t = 5.97$) - Esposizione con prevenzione della risposta ($t = 5.84$) - Tecnica del rinforzo positivo ($t = 5.77$) - Test di realtà ($t = 4.69$) - Tecnica della sedia vuota/due sedie ($t = 2.15$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalizzazione di risposte emotive ($t = 4.88$) - Tecnica del role play ($t = 3.08$) - Test di realtà ($t = 2.75$) - Scultura ($t = 2.54$) - Interpretazione del transfert ($t = 2.41$) - Tecnica della sedia vuota/due sedie ($t = 2.15$) - Focalizzazione ($t = 2.03$)
Tecniche associate negativamente		<ul style="list-style-type: none"> - Tecnica delle libere associazioni ($t = -6.09$) - Astinenza terapeutica ($t = -5.8$) - Tecnica delle domande circolari ($t = -4.26$) - Scultura ($t = -4.11$) - Interpretazione del transfert ($t = -3.6$) - Interpretazione della resistenza ($t = -3.5$) - Tecnica dell'espressione creativa ($t = -3.36$) - Tecnica della riflessione in team ($t = -3.34$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnica delle libere associazioni ($t = -2.39$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Astinenza terapeutica ($t = -5.07$) - Tecnica delle libere associazioni ($t = -4.91$) - Tecnica della riflessione in team ($t = -3.78$) - Interpretazione del transfert ($t = -3.35$) - Interpretazione della resistenza ($t = -3.24$) - Tecnica delle domande circolari ($t = -3.13$) 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilassamento muscolare progressivo ($t = -6.51$) - Biofeedback ($t = -6.01$) - Astinenza terapeutica ($t = -3.27$) - Prescrizione di rituali ($t = -2.85$)

Tabella 3d. (continua)

Corso di Specializzazione in Psicoterapia Comparata

4 anni - 2000 ore - riservato a laureati in Psicologia e Medicina

prossima edizione: gennaio 2016 - dicembre 2019

Riconosciuto da



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

