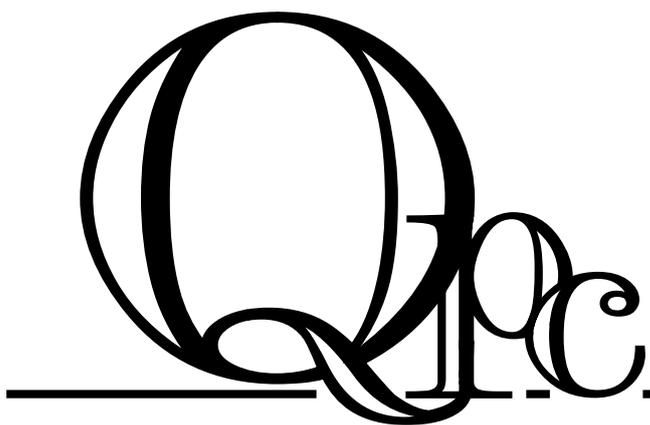


quaderni di psicoterapia comparata
esperienze di confronto e integrazione

CURARE LE RELAZIONI
&
CURARE: LE RELAZIONI



quaderni di psicoterapia comparata
esperienze di confronto e integrazione

CURARE LE RELAZIONI
&
CURARE: LE RELAZIONI

QUADERNI DI PSICOTERAPIA COMPARATA
5/2016
GIUGNO 2016

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:
ANDREA BALDONI, LUCA CAPILUPPI, MARCO CIAPETTI, ELEONORA FEDELI, NOEMI GAROFALO,
LUISA LA FERLA, EVA PIZZIMENTI, VINCENZO SANTAGATA

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

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

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

ISSN: 2281-650X

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

INDICE

Pietro Caterini, Annalisa Campai
Editoriale pag. 5

FOCUS AREA: CURARE LE RELAZIONI. CURARE: LE RELAZIONI

Luca Teodori
Coscienza tra tossicomania e illuminazione. Conversazione di una sera pag. 9

Luca Capiluppi
Dropout e Burnout: gli "out" della scuola pag. 17

Luca Capiluppi, Eleonora Fedeli
Lavorare insieme per trovare lavoro pag. 23

Eleonora Fedeli
L'auto-aiuto come risorsa quotidiana pag. 29

Noemi Garofalo
Tra maschile e femminile pag. 35

Noemi Garofalo
Il narcisista: tra successo e fallimento pag. 45

Luisa La Ferla
Esperienze che curano pag. 51

Luisa La Ferla, Vincenzo Santagata
Tutti siamo vulnerabili: relazioni dipendenti pag. 55

Alessio Grana
Accoglienza e cura dei migranti: l'approccio etnopsichiatrico pag. 61

Andrea Zucconi
Adolescenza e setting: tra flessibilità e limiti pag. 67

Ilaria Bastianelli, Claudia Frandi
Psicoterapia di gruppo: il fattore che cura pag. 81

Margherita Lardo
Biografia per come la racconto. Riordino narrativo pag. 93

ATTUALITÀ

Manuele Matera
L'atrofia della mente. Dall'ipertesto alle terapie comportamentali pag. 99

Eva Pizzimenti
C'era una volta...curare con una fiaba pag. 103

RECENSIONI

Marco Ciapetti
Escher, uno sguardo psicologico sul mondo pag. 111

Vincenzo Santagata
Meditazione e accettazione: una panoramica sulla mindfulness pag. 119

RIFLESSIONI

Benedetta Pazzagli
Perché un bambino sta male? Una prospettiva psicoanalitica pag. 123

Elisabetta Ferragina
Il paziente come protagonista del cambiamento: la motivazione pag. 127

STUDI E RICERCHE

Andrea Baldoni, Marco Ciapetti
Personalità e uso di cannabis: indagine su un campione di consumatori pag. 139

EDITORIALE

La relazione è uno tra gli elementi più importanti del vivere umano. La fondatrice della Scuola di Psicoterapia Comparata, la dott.ssa Patrizia Adami Rook, soleva dire: “di relazioni ci si ammala di relazioni si guarisce”. La Scuola di Psicoterapia Comparata ha dedicato convegni, seminari e pubblicazioni a questo tema ed oggi anche questo numero dei Quaderni. La relazione è una funzione complessa, fatta di tante cose e a tante cose è indispensabile. È attraverso la relazione che mi confronto con “l'altro” spaventoso e disumano che si dimensiona come umano nell'incontro. È questo anche il caso dei flussi migratori, dove uomini e donne sbarcate dai gommoni in terra italiana possono riconoscersi come umani attraverso una relazione di primo soccorso e accoglimento. Lontani dalle coste dove sono stati trattati come schiavi, sbarcati in luoghi come Lampedusa, è possibile, attraverso cure mediche e una normale attenzione alla persona, restituire la dignità di essere al mondo e poi, nei centri di accoglienza, cercare di recuperare curando le ferite dell'anima, una relazione con un mondo possibile. E anche noi con loro ci riscopriamo umani dando dimensione di umano a ciò che era terrificante.

È lo sguardo estraniante che riduce l'altro a merce o cosa. Winnicott suggeriva che il bambino attraverso lo sguardo della madre riconosce se stesso. Sarà attraverso questo sguardo che il bambino scoprirà il suo valore, la sua soggettività e comincerà a pensare. È difficile pensare da soli, specialmente attorno alle cose che fanno soffrire. È nel rapporto con l'altro che posso dimensionare i miei fantasmi nominandoli e pronunciare le parole che riguardano il mio dolore e dargli un nome. È questa un'altra delle cose umane e straordinarie, la possibilità attraverso il racconto dentro una relazione, di dare forma al proprio sentire ed anche modificarlo. Nel rapporto paziente terapeuta, dentro la cornice del transfert, è possibile produrre dei racconti attraverso i quali le emozioni vengono rivissute o vissute la prima volta, comprese e contenute, capite; forse “viste” in modo tale che di esse si possa fare qualcosa, qualcosa di creativo quando possibile, una cosa nuova che possa aiutarci ora e nel futuro. Il futuro che ci piacerebbe costruire è il futuro delle buone relazioni dell'oggi, quelle che non fanno ammalare. Quelle buone relazioni che possono essere portate via, dentro di noi e che anche da soli ci consentono di essere autonomi.

È anche questo l'impegno di chi lavora nella Scuola, nei centri di ascolto, negli studi clinici e nelle aule, offrendo il proprio contributo per costruire un mondo di relazioni che si prendono cura.

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: “Coscienza tra tossicomania e illuminazione. Conversazione di una sera” Luca Teodori propone un percorso di riflessione sul termine coscienza dal suo significato più semplice di vigilanza a quello di consapevolezza nel suo senso pieno, che riguarda il processo dialettico tra spirito, mente e corpo, e l’esperienza di felicità che ne deriva. In “Dropout e burnout: gli out della scuola” Luca Capiluppi mette in evidenza come la relazione tra studenti e docenti sia il luogo in cui si creano i fenomeni di dispersione scolastica e perdita della motivazione allo studio, ma anche si possono trovare le risorse necessarie per affrontarle. L’articolo di Luca Capiluppi e Eleonora Fedeli “Lavorare insieme per trovare lavoro” è dedicato ai gruppi di sostegno alla disoccupazione con riferimento alle esperienze tedesca e canadese e ai “Job club”, realtà concepita e realizzata in Italia dal 2013. “L’auto-aiuto come risorsa quotidiana” di Eleonora Fedeli esplora il mondo dei gruppi di auto-mutuo-aiuto, sottolineando il valore dell’incontro e della relazione che si crea, testimoniato anche da una intervista a due partecipanti. Noemi Garofalo, in “Tra maschile e femminile”, propone una riflessione a partire dallo studio sociologico di Bourdieu sul dominio maschile, e la prospettiva di una possibile relazione non violenta tra i sessi fondata sul riconoscimento della differenza, della interdipendenza, della parità. Della stessa autrice “Il narcisista: tra successo e fallimento” descrive le caratteristiche del narcisista nel suo sviluppo individuale e nelle sue relazioni, mettendo in evidenza quanto esse siano di ostacolo alla sua capacità di amare. “Esperienze che curano” di Luisa La Ferla è il racconto di un’esperienza di relazione positiva tra una bambina rom con difficoltà scolastiche e la sua educatrice, la cui attenzione e fiducia hanno potuto dare impulso positivo alla capacità di apprendere della piccola. Ancora di Luisa La Ferla, con Vincenzo Santagata, “Tutti siamo vulnerabili: relazioni dipendenti” prende in esame la dipendenza, le sue motivazioni, le sue funzioni e le caratteristiche della terapia in comunità. “Accoglienza e cura dei migranti: l’approccio etnopsichiatrico” di Alessio Grana affronta il tema attuale delle modalità di accoglienza e della salvaguardia del benessere psicologico di rifugiati, immigrati, richiedenti asilo, nel rispetto della cultura dei loro luoghi di provenienza. Andrea Zucconi, in “Adolescenza e setting tra flessibilità e limiti” fornisce un profilo di setting flessibili e al contempo saldi nel rispetto delle regole e dei confini nella relazione di cura pensata

per l'adolescente. "Psicoterapia di gruppo: il fattore che cura" approfondisce la conoscenza dei fattori terapeutici di gruppo individuando nella coesione il fattore maggiormente capace di promuovere il cambiamento. Margherita Lardo con "Biografia per come la racconto. Riordino narrativo" sottolinea il valore della ricostruzione biografica in terapia e dei diversi strumenti di cui il terapeuta dispone per favorire nel paziente l'espressione di sé e la narrazione della propria vicenda esistenziale.

ATTUALITÀ: "L'atrofia della mente. Dall' ipertesto alle terapie comportamentali" si presenta come "breve e sarcastica riflessione" di Manuele Matera sulla ricerca di una comunicazione sempre più veloce, sottostante al principio di economia, che contamina anche l'ambito della psicoterapia, snaturandone il senso. Eva Pizzimenti esplora il mondo delle fiabe in "C'era una volta...curare con una fiaba", le caratteristiche e i luoghi, le simbologie sottese, le qualità terapeutiche del narrare e dell'ascoltare.

RECENSIONI: "Escher, uno sguardo psicologico sul mondo" di Marco Ciapetti è la recensione di una mostra antologica dedicata a Maurits Cornelis Escher, incisore e grafico olandese, che si è tenuta a Roma al Chiostro del Bramante tra il 2014 e il 2015. Artista di grande interesse per chi si occupa di psicologia, Escher disegna nelle sue opere le percezioni, le emozioni, le relazioni e i luoghi della sua vita. Vincenzo Santagata propone "Meditazione e accettazione: una panoramica sulla mindfulness", pratica di derivazione buddista per la ricerca della consapevolezza attraverso la meditazione, accolta ed elaborata in ambito cognitivo-comportamentale.

RIFLESSIONI: Benedetta Pazzagli è l'autrice di "Perché un bambino sta male? Una prospettiva psicoanalitica", resoconto di un corso sul disagio infantile nella prospettiva lacaniana, centrato sul disturbo di iperattività e sulla necessità di comprendere, caso per caso, il messaggio che il sintomo veicola. "Il paziente come protagonista del cambiamento: la motivazione" di Elisabetta Ferragina affronta il tema della motivazione alla terapia nei vari approcci che studiano i sistemi motivazionali e la questione del desiderio di cura, dal punto di vista del terapeuta e del paziente.

STUDI E RICERCHE: di Andrea Baldoni e Marco Ciapetti, "Personalità e uso di cannabis: indagine su un campione di consumatori" è un lavoro sul consumo di cannabis, i fattori di rischio, le motivazioni, le conseguenze legate all'uso; riporta inoltre i risultati di una ricerca originale su un campione di volontari di 20-35 anni, una fascia di età raramente presa in esame.

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

CORSO DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA COMPARATA

Tailoring
[tey-ler-ing] s. ingl.
tr.it. arte sartoriale

La possibilità di ritagliare l'intervento
psicoterapeutico sulle peculiarità del soggetto
in termini di gravità del caso,
capacità di insight, risorse culturali,
relazionali e di contesto

IMPARA L'ARTE.

OPEN DAY

20 GIUGNO 2016

H. 18,00

VIALE GRAMSCI 22 FIRENZE

INGRESSO LIBERO

COSCIENZA TRA TOSSICOMANIA E ILLUMINAZIONE. CONVERSAZIONE DI UNA SERA

di Luca Teodori

Medico Psicoterapeuta Psicoanalista, Scuola di Psicoterapia Comparata

Madredeus “Guitarra” ([Youtube](#))

Il titolo scelto vuole far riflettere sui diversi piani suggeriti dalla parola “coscienza” che si presta a diverse accezioni a seconda della chiave di lettura che adottiamo.

Occorre anzitutto fare distinzione tra il termine coscienza e il termine vigilanza.

Che cos'è la vigilanza e che cos'è la coscienza. Sono due termini che spesso vengono fra di loro confusi e considerati sinonimi. Non è affatto vero.

La vigilanza è caratterizzata da uno stato di veglia non necessariamente associata alla consapevolezza.

La coscienza consiste nella consapevolezza del mondo in vari gradi di evoluzione fino alla consapevolezza del proprio essere, del proprio mondo interiore in relazione al mondo lato.

La vigilanza coincide con una elevata attenzione temporo-spaziale e, pertanto, la possiamo riportare al pilota dell'aereo nel momento dell'atterraggio, che si deve concentrare sulla manovra senza pensare ad altro, mentre la coscienza è rapportabile ad uno stato contemplativo che non prevede una particolare vigilanza. Uno può vedere un bellissimo tramonto, essere preso da uno stato di coscienza particolarmente intenso su tanti livelli e... farsi rubare il portafoglio.

Il bellissimo film “The Imitation Game” parla della possibilità che una macchina riproduca l'intelligenza dell'uomo e quello che noi

sappiamo è che effettivamente una macchina può riprodurre la vigilanza mentre non può riprodurre la coscienza. Questo per capire che la coscienza è un processo proprio dell'essere umano che pertanto non è possibile in una macchina né esiste negli animali in senso proprio perché l'accezione che diamo alla coscienza è di un processo che dall'universo dei segni si dirige verso l'universo dei significati. La cosiddetta presa di coscienza è un processo graduale che va in una certa direzione, in modo però non rettilineo, bensì incontrando una serie di ripetizioni, di qui la metafora della giostra; non è un processo lineare ma è un processo ad andamento ondulato.

In questa sede parleremo della coscienza nel senso dei diversi gradi di consapevolezza, nell'intento di trovare delle tracce che riguardino la dialettica esistente tra lo spirito, la mente e il corpo poiché se la coscienza attiene alla natura più strettamente peculiare dell'essere umano rispetto a tutti gli altri esseri viventi, questa peculiarità sta nell'essere depositario di un piano spirituale.

Il titolo punta verso due direzioni opposte fra loro, le quali stanno ai due estremi di un continuum tra la tossicomania e l'illuminazione e cercheremo di capire perché questi due concetti antipodici stanno in correlazione.

È interessante per ognuno di noi capire a che punto siamo in questo continuum e quindi anche su quale giostra ci troviamo.

L'idea della coscienza nasce dai padri del nostro pensiero, dai greci. Non ci dimentichiamo che l'imperativo "Conosci te stesso" stava sul frontone del tempio di Apollo a Delfi. In cosa consiste questa conoscenza di sé?

Franco Rella definisce "vertiginoso" l'imperativo "Conosci te stesso". In che cosa consiste questa vertigine?

La vertigine consiste nella "verticalità" del percorso della presa di coscienza. Dalla più profonda oscurità fino alla vetta più alta.

È come se fossimo arrampicatori in parete, e troviamo terrazzi anche comodi alternati a passaggi dove stiamo aggrappati senza sapere se precipitiamo, ma per poter salire occorre correre il rischio di precipitare. Mi riferisco ai ritmi evolutivi della psiche, in cui momenti di maggiore orientamento si alternano a momenti di smarrimento che non sono in sé patologici in quanto specchio di un processo di maturazione. Questo modo di procedere fa pensare che esista una componente spirituale nell'essere umano, indipendentemente da vie confessionali strutturate. Possiamo ben formulare l'ipotesi che molti processi psicoterapici sfiorino e anche intrudano nel mondo dello spirito, senza esserne consapevoli. Se questa ipotesi è valida è naturale cercare di capire quale sia la dialettica della mente e quella dello spirito. Il termine "anima" suscita diffidenza perché è stato sfruttato dalle confessioni religiose, e non dobbiamo peraltro dimenticarci che la parola "psiche" vorrebbe significare "anima", benché l'accezione attribuita alla parola "psiche" sia quella di "mente" e, usando anche una terminologia junghiana, se noi ci riferiamo allo spirito dovremmo usare una parola come "pneuma" che in qualche modo conduce all'idea di un afflato, di un respiro cosmico. È necessario comunque liberarsi dal pensiero dogmatico e avere una possibilità di approccio personale perché certe prospettive dello spirito, se esistono, sono del tutto naturali, stanno a contatto con le prospettive della mente e pertanto le possiamo ritrovare dentro di noi.

Dobbiamo all'Illuminismo il riconoscimento del diritto ad avere un pensiero non dogmatico, superando l'equivoco di ritenere che lo spirito fosse unicamente di pertinenza di strutture religiose confessionali le quali hanno preteso di monopolizzare questo territorio. Il pensiero non dogmatico è libero e pertanto aperto e flessibile,

frutto di una ricerca svolta grazie all'esercizio del libero arbitrio il quale è una connotazione irrinunciabile propria dell'essere umano. Da qui nasce una etica priva di precetti formali, di cui ognuno porta la responsabilità. Il pensiero illuminista non era consapevole del risvolto spirituale in esso sottinteso nel momento che svincolava l'anima dalle confessioni religiose. I tempi erano tali per cui occorreva dichiarare un ateismo assoluto per fare fronte alla prepotenza e alla forza delle religioni che presumevano di essere le uniche depositarie della verità. Si creò peraltro nell'illuminismo un dogma simmetrico, quello del razionalismo estremo, che oggi possiamo ben oltrepassare. Da qui possiamo partire per fare alcune considerazioni sulla presa di coscienza.

Noi psicoterapeuti parliamo molto spesso di presa di coscienza: cerchiamo di capire cosa significa. Lo possiamo vedere in vari modi.

Incominciamo da Adamo ed Eva. Prima della chiusura delle porte dell'Eden gli esseri umani erano felici e inconsapevoli. Cerchiamo di capire che cosa significhi mangiare il frutto proibito: mangiarlo equivale a farlo scomparire nel senso divorare la coscienza del bene e del male, diventare in qualche modo arbitri dell'idea di ciò che è bene e ciò che male. Da quel momento gli esseri umani hanno perduto l'innocenza, hanno acquistato la possibilità di nuocere ma hanno anche acquistato la possibilità di prendere coscienza. Cosa che prima non era possibile. Non dobbiamo pensare che questo Dio sia stato preso alla sprovvista e fosse così limitato da infuriarsi per essere stato disobbedito. Sicuramente aveva ampiamente previsto che le cose sarebbero andate in questo modo. Entriamo ora in merito alla dinamica del cosiddetto peccato originale, legato a un intervento *diabolico*. Confrontiamo i due termini "diabolico" e "simbolico", termini di una dialettica, di un ritmo di apertura e quindi di espansione e poi di contrazione. Diabolico, διαβαλλω, diabollo, in greco significa separare, disperdere. A mio parere non andrebbe demonizzato il concetto del diabolico in sé perché il "diabolico" è in qualche modo nell'ordine delle cose, purché non si imponga come elemento dominante.

All'opposto: συνβαλλω, synballo, simbolico, significa riunire. Simbolico significa coesione, la coesione della persona con se stessa che

costruisce significati. Dobbiamo però avere consapevolezza del fatto che questa coesione è raggiunta dopo esserci stata una dispersione e quindi per questo diciamo che sono come due ritmi di respiro con i quali noi ci veniamo a confrontare. Si propongono qui due accezioni della coscienza: la coscienza etica che è il discernimento del bene dal male in ogni aspetto del mondo sia esterno che interiore, mentre l'altra accezione è la coscienza come maturazione, come possibilità di avere un contatto con fonti interiori, sorgenti di significato. In questo aspetto la coscienza è il riconoscimento del significato, quindi è in qualche maniera una capacità di godere del significato di sé e del mondo intorno, in un rapporto di reciprocità fra noi stessi e la vita.

L'idea del peccato originale legata al fatto che ci sia stato una semplice disobbedienza è in qualche modo regressiva e paternalistica perché in realtà per la struttura intrinseca di questo percorso c'è bisogno di una sorta di perdita di sé per potersi in qualche modo ritrovare con una consapevolezza che non sarebbe mai stata raggiunta diversamente se non ci fosse stata la percezione dello smarrimento. Quindi in qualche modo se esiste un Creatore questo è un processo di creazione dove l'essere umano è contemporaneamente creato ma anche collaboratore del processo della propria creazione in una prospettiva di risveglio e di presa di coscienza che può essere favorito o anche impedito dall'esercizio del libero arbitrio e pertanto ci troviamo di fronte ad un'emozione particolare, alla sensazione di essere protagonisti dell'avventura della vita più di quanto tante volte non tendiamo a immaginare.

Quindi la separazione e la riunione sono una dialettica dello spirito che conduce alla coscienza.

Se noi cerchiamo dei significati, cerchiamo qualche cosa di trascendente. Anche la parola "trascendente" si presta a più di un'accezione: trascendente è il mondo dell'aldilà come anche il mondo divino, ma qui ci soffermiamo nell'accezione "trascendente nel senso di qualcosa che trascende la pura res", perché questo tavolo è un tavolo però è contemporaneamente qualcosa su cui mi appoggio, che assiste, che è presente, che ha una sua funzione e quindi ha un significato, un

significato modesto, ma ce l'ha. Già il fatto che questo tavolo non sia un tavolo qualunque ma sia "lui" con una storia per me è una cosa che trascende la pura res. Quando noi cerchiamo la coscienza non possiamo immaginare la coscienza senza una qualche trascendenza, senza oltrepassare l'universo dei segni, cioè l'universo della pura res, per andare nell'universo di significati. È questo l'appassionante e la bellezza del vivere.

Nel chiedersi se esiste la felicità occorre riflettere su come la si concepisce. Se la si concepisce in maniera regressiva come una riproduzione dell'oralità della prima fase della vita direi che la felicità non esiste. Ma se allarghiamo l'idea della felicità oltrepassando certi tabù come quello del dolore allora possiamo capire che la felicità esiste quando noi possiamo trovare dei significati e che per poterla raggiungere occorre attraversare zone cieche e momenti oscuri che sono funzionali e propedeutici a questo incontro. Tutto questo esercitando una libertà che comporta certi rischi, il rischio di smarrirsi e di imboccare strade fuorvianti.

Ritorniamo al titolo: coscienza tra tossicomania e illuminazione.

Cercherò di spiegare perché metto in correlazione queste due idee.

Tra illuminazione e tossicomania c'è una sorta di continuum dove ognuno di noi si viene a trovare indietro o in avanti a seconda dei suoi rapporti con se stesso e con il mondo circostante.

Noi non siamo né tossicomani né illuminati.

Uso il termine "tossicomania" in quanto essa è la punta dell'iceberg di una modalità che condiziona l'economia mentale, complice l'economia materiale dominante. Noi tutti corriamo il rischio di appiattirci in orizzonti consumistici aventi caratteristiche precise che, usando un termine spiritualistico, sono falsi idoli. In modo paradossale questo gioco pericoloso scaturisce proprio dall'intento di trovare dei significati e fa sì che si possa prendere una scorciatoia verso gratificazioni immediate, mai capace di soddisfare la spinta iniziale. Di conseguenza la vita rischia di appiattirsi nell'inseguimento di falsi idoli. La coda che si forma davanti ai negozi in attesa della mezzanotte nella sera precedente l'uscita sul mercato del nuovo Iphone fa pensare alla messa

di mezzanotte, a un'idolatria che penetra nella testa della gente. In banca vengono esposti "pornografici" manifesti in cui si esibisce la famiglia felice con bambini e cane che fa un debito per passare una settimana in vacanza, ciò che corrisponde a una fiammata analoga alla fiammata della droga cui fa seguito il buio del debito da pagare. Il senso delle cose viene mistificato nell'inseguire una meta che sfugge perché viene cercata nella strada sbagliata, ecco perché c'è l'inseguimento dell'estremo, il sesso estremo, la droga oppure anche il denaro: pensiamo a chi accumula enormi somme di denaro in misure tali da oltrepassare ogni possibile uso sensato della ricchezza. Questa follia fa capire che se l'anima prende la strada sbagliata cercando l'infinito ha un bisogno infinito di ripetere e ripetere, per questo parlavo della giostra in una spinta fine a se stessa senza poter uscire da questa trappola con uno scadere della percezione di sé in quanto in nome di questo inseguimento si perde coscienza del resto.

Esistono due diversi livelli di qualità del benessere: il primo livello è quello fenomenico immediato della gratificazione sensoriale, vedi la droga o anche il sesso fine a se stesso o anche le emozioni legate al successo, al denaro, alle vincite nel gioco d'azzardo, alle mete anoressiche. Ma c'è un altro livello molto più profondo del benessere che chiamo ontologico, cioè la percezione del valore della propria essenza. Mi scattò questa intuizione, che poi può darsi sia sbagliata, ai tempi in cui lavoravo al Ser.T di Borgo Pinti, durante una cena in pizzeria per celebrare la fine di un percorso di gruppo, insieme ad alcuni utenti del servizio e una collega psicologa. Accanto a me c'era una utente del servizio, una donna tossicodipendente, che mi disse: "ma io che ci faccio accanto a te?" e io: "Perché?". "Perché io sono un pezzo di merda e tu sei una persona".

Stavo inghiottendo la pizza. Mi rimase di traverso.

Ebbi la sensazione di un grido, quello che io chiamo il grido dell'anima. In realtà la sensazione di uno strisciante sotterraneo disprezzo di sé mi ha sempre molto colpito nei tossicomani. Se li fai parlare, i tossicomani fanno sempre intravedere una profonda umiliazione, un vuoto nella percezione del proprio valore, e questo mi ha

insegnato molto facendomi riflettere su altre cose.

Proprio in quel periodo venni a conoscenza del racconto di una ragazza, questo l'ho già scritto in una pubblicazione. Questa ragazza era intervenuta come operatore con una ambulanza in un incidente stradale dove aveva dovuto raccattare i pezzi di una donna che a San Iacopino più di dieci anni fa finì sotto le ruote di un camion. Aveva il bambino sulla bicicletta. Il bambino rimase illeso e la mamma fu ridotta in pezzi. Questa ragazza raccontò di un dolore terribile e di una sensazione di intensa pietà "l'unica cosa che potevo fare per lei era di poterla ricomporre, ridarle dignità". Raccontava di una forza misteriosa che le nasceva dentro pur nello strazio della situazione. Alla fine di questo triste servizio si sentiva in pace. Questa è la percezione del valore dell'io ontologico, della percezione della propria essenza: "Anche se sto soffrendo molto sul piano fenomenico della coscienza, sul piano profondo della mia più intima percezione di me stessa sono serena". Al contrario il tossicomane sotto l'effetto della sostanza ha la sensazione di una forte gratificazione cosciente ma anche di un impoverimento del proprio valore. Questo fa capire che quando finisce l'effetto della sostanza il tossicomane piomba nel buio più assoluto. Il buio del piombo, come viene da molti raccontato. Un muro di piombo. Se dunque dovessimo immaginare la felicità dovremmo immaginare il punto di convergenza del benessere fenomenico con il benessere ontologico che ho cercato di descrivere qui, quando l'io ontologico e l'io fenomenico si incontrano.



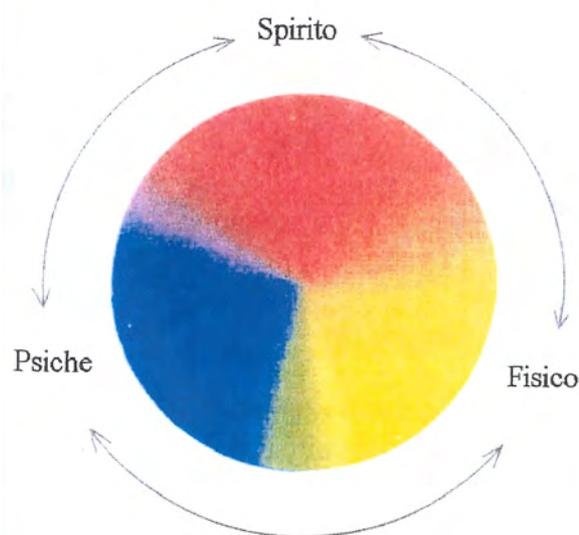
Questo disegno non è mio, definisce tre livelli, vediamo come fra di loro si intrecciano. La psiche, cioè la mente ha una importante funzione, si trova intermedia tra lo spirito e il corpo. C'è un oscillare continuo, ecco perché io parlavo di una sorta di oscillazione fra il diavolo e il synballo, fra il simbolo e il

diavolo: non è che si demonizzino le sensazioni fisiche, bisogna vedere cosa ha la priorità. Nel momento che ha priorità il rapporto con il fisico, vale a dire il mondo fenomenico, siamo sul “diaballo”. Quando siamo in rapporto invece col mondo dello spirito abbiamo il “synballo”. Nello Zen il simbolico corrisponde allo *yang*, mentre il diabolico corrisponde allo *yin*.

Nelle sue geniali intuizioni Freud ha parlato del conflitto interiore dell'essere umano. La prima formulazione del conflitto riguardava l'inconciliabilità delle pulsioni di fronte alle esigenze del vivere sociale. La struttura moralistica dell'800 suggeriva chiaramente questo pensiero. Al giorno d'oggi però non possiamo più dire che ci siano delle barriere moralistiche poiché le pulsioni non vengono demonizzate e c'è la possibilità di esprimerle liberamente, soprattutto quelle sessuali. È risolto il conflitto? No, perché in realtà la dimensione del conflitto è altra. La dimensione del conflitto alberga nell'interiorità dell'essere umano per la difficoltà ad accettare responsabilmente le ombre proprie ed altrui, a manifestare la propria forza convivendo in equilibrio con le proprie debolezze, in ogni loro declinazione e coniugazione, difficoltà che porta, come ci insegna anche Recalcati, a tradire il desiderio nella sua autenticità, a scadere in baratti di basso livello nella fuga dalla coscienza e nell'illusione di un appagamento. Di cosa stiamo parlando quando parliamo di desiderio, se trascendiamo l'idea della pulsione? Parlando del desiderio dell'Altro penso ancora al desiderio di avere significato e di essere in rapporto con l'Universo dei significati, nasce quindi una dialettica: il desiderio nasce dallo spirito, non dal corpo. Il desiderio può essere il desiderio di Dio se uno lo vuole interpretare in quella direzione, io penso anche a questo, alla ricerca di una trascendenza che dia significato all'immanenza, e la cosa importante è riuscire a rendere vive queste idee evitando di riprodurre gli schemi paternalistici e moralistici delle confessioni religiose.

Stiamo parlando di gratuità, altruismo, perdono, fiducia che sono virtù frutto dello stesso tipo di atteggiamento, questo è l'atteggiamento dello spirito, ma non dimentichiamo che la parola gratitudine è stata usata da Melanie Klein in orizzonti non sospetti per indicare il

superamento della scissione schizoparanoide la quale rappresenta un vuoto di coscienza. Gratuità, altruismo, perdono, fiducia sono termini che vengono usati anche negli insegnamenti religiosi, ma è importante laicizzarli anche per rendere loro servizio, in quanto sappiamo bene che gratuità, altruismo, perdono possono essere esercitati anche solo in apparenza, in situazioni narcisistiche patologiche o come formazioni reattive.



La psyche, lo spirito e la dimensione materiale si intrecciano tra loro e si potenziano, e avremo l'arte, la danza, il canto, la possibilità che il corpo stesso sia direttamente interprete dello spirito.

Parliamo di Edipo.

La triangolazione edipica che Freud ha descritto nel famoso “complesso di Edipo” è una estrapolazione dal mito.

La sostanza originaria del mito è altra.

Il re di Tebe, Laio, si reca all'oracolo di Delfi che risiede, nota bene, nel tempio di Apollo, il Dio del sole. Come abbiamo detto in precedenza, sul frontone del tempio sta la scritta “Conosci te stesso”.

Laio va dal dio del Sole e gli chiede quale sarebbe stato il destino di suo figlio. L'oracolo gli risponde: “Tuo figlio ti ucciderà e sposerà sua madre”. Inorridito da questa profezia, quando la moglie Giocasta rimane incinta, al momento del parto abbandona questo bambino sui monti, coi

piedi legati, con la moglie pienamente consenziente.

Questo bambino non viene in realtà abbandonato, ma viene, a loro insaputa, consegnato a un servo del re di Corinto, Polibo, che ha un matrimonio sterile con la moglie Merope.

Edipo cresce come erede al trono di Corinto. Durante un banchetto sente insinuare da un suo coetaneo ubriaco il sospetto che lui non sia il figlio naturale del re Polibo, e pertanto va a interrogare l'oracolo di Delfi sul proprio destino. L'oracolo gli dice che egli ucciderà suo padre e sposerà sua madre. Allora, inorridito dalla profezia, si dirige nella direzione opposta a quella da cui proveniva. Incontra un drappello che accompagna il re di Tebe, Laio, suo vero padre, e per una scaramuccia degna del peggior seicentismo come quello descritto dal Manzoni, uccide Laio e arriva a Tebe dove c'è il flagello della Sfinge. La Sfinge divora tutti coloro che non sanno rispondere al famoso enigma. "Qual è l'animale che la mattina è a 4 zampe, a mezzogiorno ne ha due e la sera ne ha tre?" ed Edipo scioglie l'enigma: "È l'uomo che nell'infanzia cammina a gattoni, nell'età adulta cammina con le sue gambe e da vecchio deve usare il bastone".

La Sfinge è sconfitta, la città è liberata dalla maledizione e lui entra in città come un eroe. È arrivata la notizia della morte di Laio e la regina lo sposa. Si avvera la profezia.

Ma dopo alcuni anni Tebe viene colpita da una pestilenza ed è chiaro che questa peste è in realtà il segno di una grave impurità che aleggia nella città, finché, attraverso le rivelazioni dell'indovino Tiresia, Edipo non viene a conoscenza della verità e si acceca.

I punti principali sono due.

Anzitutto bisogna capire quale dio noi adoriamo: se il dio della Guerra che genera morte o se il Dio della vita.

Primo punto: Laio ha fatto una domanda con l'intenzione perversa del controllo e quindi il suo destino si materializza *in funzione dell'intenzione* della sua domanda. Il "conosci te stesso" significa che nello strato più profondo della tua essenza esistono delle frequenze, delle intenzioni. Queste intenzioni condizionano il tuo destino. Se tu vuoi sapere quale sarà il tuo destino, leggilo dentro di te perché se tu sei

capace di uccidere un bambino soltanto per contrastare un Fato che non ti piace, ciò significa che non ti fidi del Fato, lo vuoi controllare, hai la ὑβρις, cioè la presunzione di sapere ciò che è bene e ciò che è male e quindi sarai vittima di te stesso, delle tue manovre oscure.

Il dio del Sole illumina e porta alla luce anche i lati oscuri, non ha nessun intento punitivo, fa soltanto da specchio.

Dobbiamo rivisitare certi strati profondi del nostro modo di percepire la vita, i sentimenti, i rancori, tutto ciò che possa creare aspettative nell'una o nell'altra direzione, della fiducia o del vittimismo, o ancora della pretesa astratta di un risarcimento, pensando a Bauman con la sua idea di "vita liquida".

Se vi guardate intorno, più abbiamo beni materiali e più siamo insoddisfatti. Se ci guardiamo intorno incontriamo gente che aspetta che prima o poi qualcuno la paghi, o che qualcuno la risarcisca. Queste intenzioni sono pericolose perché, secondo quello che ci viene insegnato dal mito, possono condurre a fare avverare proprio il contrario di ciò che vogliamo. Dobbiamo conoscere fino in fondo la nostra sensibilità per poterla in qualche modo mettere in discussione. Anche se non è facile correggerla, occorre prendere coscienza di quella che è la nostra più profonda intenzione. La psicoterapia dovrebbe aiutare il paziente a trovare gusto nel sollevarsi dalle più pedestri e immediate rappresentazioni del bene e del male, dai livelli dell'oralità e dell'analità.

La dialettica dello spirito è triadica nel senso che c'è un principio supremo, l'Altro, un valore assoluto a cui riferirsi universalmente, il valore della verità, della sincerità che Laio cerca di mistificare quando per l'appunto si rivolge al dio della Luce, il dio del Sole, che non può essere ingannato, cosicché verrà rispecchiata la sua vera intenzione.

Secondo punto: l'enigma della Sfinge, anche da questo possiamo avere molto da imparare.

La Sfinge è la base azzurra e la parte gialla senza la parte rossa, cioè è uomo e animale, fisico e testa, non è anima. La risposta di Edipo è una risposta razionale che non affronta la realtà vera, che consiste nel *mistero* della trasformazione. La Sfinge viene al momento debellata, però in seguito la peste dilaga a Tebe proprio perché l'illusione della risposta razionale non è esaustiva

di quello che è il principio supremo del divenire dell'uomo e della necessità di umilmente accettare il divenire dell'esistenza. È una mancanza di rispetto verso il mistero.

Molto spesso vediamo la risoluzione di un sintomo perché diamo una interpretazione azzeccata. Il sintomo scompare, ma poi si riaffaccia. Perché? Perché l'interpretazione che abbiamo dato del sintomo non aveva lo scopo di ascoltarlo, bensì di controllarlo, ed il sintomo è stato solo esorcizzato, demonizzato. Il sintomo è stato sostanzialmente rifiutato ed esso al momento si tacita ma dopo si ripropone. Ciò che conta nell'interpretare è l'intenzione retrostante: vogliamo controllare il sintomo o lo vogliamo ascoltare per imparare qualcosa?

Umiltà, gratitudine e flessibilità sono gli atteggiamenti necessari per poter procedere sulla strada della conoscenza interiore.

Abbiamo appena sfiorato un tema enorme, non pretendiamo certo di averlo esaurito: il lettore saprà ampliare queste riflessioni con la propria sensibilità e la propria esperienza.

Riferimenti bibliografici

Rella, F. (1998). *Negli occhi di Vincent. L'io nello specchio del mondo*. Milano: Feltrinelli.

Bauman, Z. (2006). *Vita liquida*. Bari: Laterza.

DROPOUT E BURNOUT: GLI “OUT” DELLA SCUOLA

di Luca Capiluppi

Dottore in Psicologia, Tirocinante Scuola di Psicoterapia Comparata

Quando parliamo di “dispersione scolastica” facciamo riferimento alla quota dei giovani dai 18 ai 24 anni d’età in possesso della sola licenza media e che sono fuori dal sistema nazionale di istruzione e da quello regionale di istruzione e formazione professionale (MIUR, 2013).

La dispersione scolastica rappresenta ad oggi il fallimento di un processo di crescita e di fatto l’invalidazione del processo di affermazione dell’individuo e della sua libertà di scelta professionale e di vita.

I ragazzi che abbandonano prematuramente gli studi sono in generale ritenuti unici e diretti responsabili dei loro insuccessi (Migliorini, Piermari e Rania, 2008), ma in realtà le cause della dispersione vanno ricercate in un complesso intreccio di variabili dirette ed indirette che vanno da un livello sociale ad un livello individuale e psicologico, il tutto all’interno di quella delicata cornice di sviluppo evolutivo che è l’adolescenza (Urdan e Shoenfelder, 2006).

La letteratura sulla dispersione scolastica narra di storie di insuccesso che si intrecciano all’assolvimento dei compiti evolutivi in adolescenza lungo un continuum tipico-atipico che trova il soggetto scuola sempre più disarmato e allarmato.

La multidimensionalità del fenomeno drop-out comporta che nessuna variabile possa essere esclusa o imputata a priori come unica responsabile dell’abbandono della scuola da parte di un ragazzo.

La prospettiva sociale ha identificato, attraverso lo studio di Ragozini e Vitale (2005), 162 variabili sociologiche del drop-out tra le quali ricordiamo

il numero di bocciature di un alunno (regolarità del percorso formativo), il numero di alunni per classe e il numero di docenti di ruolo (sistema scolastico), tassi di occupazione, disoccupazione e criminalità del territorio (contesto), il numero di divorzi, separazioni e di famiglie monoparentali (caratteristiche individuali).

La prospettiva psico-educativa si è concentrata sulle variabili psicologiche legate al successo scolastico negli studenti, identificando nella scarsa motivazione allo studio e nel basso livello di auto-efficacia i due principali indicatori di rischio drop-out.

La motivazione risulta connessa alla dispersione scolastica in quanto aiuta lo studente a sentirsi padrone del proprio ambiente (White, 1959; Harter, 1978; Bowman e Howard, 1985), favorisce obiettivi di competenza, autonomia e autodeterminazione (Deci, 1992; Guay e Vallerand, 1996; Hardre e Reeve, 2003), contrasta il disimpegno (Skinner e Belmont, 1993) attraverso una legame con le forme di apprendimento non competitivo (Meece, Anderman e Anderman, 2006).

Con il termine auto-efficacia intendiamo le convinzioni relative alla propria capacità di essere all’altezza delle varie situazioni e di produrre gli effetti sperati tramite le proprie azioni (Bandura, 2000). La ricerca scientifica sottolinea come il senso di auto-efficacia dello studente sia connesso al successo scolastico (Gerardi, 1990; Multon, Brown e Lent, 1991; Cornoldi, 1995; Mangano e Di Nuovo, 2103), influenzi il processo di apprendimento (Bandura, 1982), incida sulle traiettorie di sviluppo futuro (Caprara e Scabini, 2000), sia inversamente legato alle dinamiche di disimpegno (Bandura,

2000; Affuso Bacchini, 2009; Dierdorf, Surface e Brown, 2010), abbia effetti positivi sulla performance, sullo stress, sulla salute e sull'impegno a portare a termine il percorso di studi (Chemers, Hu e Garcia, 2001), agisca positivamente sui processi di apprendimento auto-regolato (Zimmerman, 2000), favorisca il raggiungimento di livelli di istruzione più elevati (Lent, Brown e Larkin, 1984), agevoli i compiti di scelta (Pelliccioni e Chiesa, 2013), sia fondamentale nei processi di formazione dell'identità relativi alla dimensione personale e professionale (Crocetti, Scignaro, Sica e Magrin, 2012) e nei processi di scelta vocazionale in termini di persistenza delle proprie intenzioni nel tempo (Torres e Solberg, 2001) come nei processi di scelta e aspettative nei propri obiettivi.

La delicata dinamica di interazioni tra auto-efficacia e motivazione nell'adolescente a rischio dispersione scolastica fa sì che lo studente fuoriesca dal percorso formativo con un profondo senso di inadeguatezza e impotenza, una scarsa auto-efficacia percepita che dovrà faticosamente essere recuperata attraverso l'esperienza professionale che a sua volta si preannuncia di difficile accesso visto la mancanza di titoli di studio.

Ma la dispersione non è l'unica espressione di disagio del mondo scuola. Di fronte agli studenti demotivati che frequentano passivamente gli studi in attesa di completare il proprio obbligo scolastico, esistono docenti che ogni giorno si devono confrontare con questa demotivazione e integrarla nella didattica quotidiana.

“Le emozioni sono il cuore dell'insegnamento” (Hargreaves, 1998, p. 835).

Ansia, frustrazione, rabbia e senso di colpa sono esperienze emotive negative che i docenti possono esperire conseguentemente all'impossibilità di raggiungere i propri obiettivi didattici nella relazione con studenti a rischio dispersione scolastica (Hargreaves, 1998).

Le emozioni negative possono avere un forte impatto sulla motivazione intrinseca degli insegnanti riducendola come dimostrato da Pekrun, Goetz, Titz e Perry (2002). Ciò suggerisce che insegnanti frustrati dalla gestione inefficace della classe, da studenti dirompenti o da genitori difficili, così come insegnanti tristi per le condizioni di vita dei loro alunni,

sarebbero meno intrinsecamente motivati (Sutton e Wheatley, 2003). Podell e Soodak (1993) hanno rilevato che nel processo di gestione di alunni problematici gioca un ruolo fondamentale il senso di auto-efficacia degli insegnanti in quanto mediatore della capacità del docente di agire sulle necessità dello studente piuttosto che di attivare risorse esterne come il ricorso a classi speciali.

Da questi dati emerge come la frustrazione rappresenti un'emozione frequente nella vita degli insegnanti (Chang, 2009) e come questa risulti legata all'incongruenza dell'obiettivo didattico (Sutton e Wheatley, 2003). Alla frustrazione possiamo direttamente associare la rabbia che secondo diversi studi è anche la più frequentemente sperimentata (Shapiro, 2010; Hosotani e Imai-Matsumura, 2011) ed espressa (Prosen et al., 2011) dai docenti. Altre ricerche (Hargreaves, 2000; Chang, 2009) testimoniano come le principali fonti di rabbia di un docente siano il comportamento scorretto e la violazione delle regole da parte degli studenti, atteggiamenti facilmente riconducibili a dinamiche comportamentali associabili al rischio dispersione scolastica.

Un contesto di lavoro in cui tendono a dominare le emozioni negative può attivare processi importanti di demotivazione capaci di condurre a fenomeni di burnout.

Con il termine burnout si intende una progressiva perdita di motivazione e di senso di utilità sociale del proprio lavoro dove il soggetto “crolla” per il tipo di lavoro che svolge e per le condizioni in cui opera. La sindrome da burnout è una risposta ad uno stress emozionale cronico derivante dalle condizioni del contesto emotivo e definito da tre specifiche componenti: l'esaurimento emotivo, la ridotta produttività e il deterioramento della relazione con l'utente (Chirico e Ferrari, 2014).

Sul piano psicologico l'insegnante in burnout prova sentimenti di disumanizzazione che, attraverso un meccanismo di difesa, lo portano ad attribuire il fallimento scolastico dell'allievo a fattori estranei a se stesso e totalmente imputabili all'alunno stesso (Del Rio, 1990) con la conseguenza di condizionare pesantemente il profitto scolastico degli allievi. Sembra infatti emergere dalla letteratura che il profitto degli studenti e il loro successo a tutti i livelli di istruzione sia correlato alla qualità delle relazioni

che vengono instaurate con i propri insegnanti (Pedersene, Faucher e Eaton, 1978).

Studenti e docenti costruiscono insieme l'esperienza scolastica attraverso la relazione e con essa condividono un'esperienza emotiva che condiziona in modo determinante le rispettive carriere formative e professionali. In altre parole possiamo ipotizzare che il processo di drop-out e burnout possano alimentarsi reciprocamente attraverso una relazione viziata da dinamiche di rinforzi negativi che frustrano l'esperienza d'apprendimento dello studente e quella di insegnamento del docente.

Se nella relazione nascono le problematiche di “out” della scuola è possibile che nella relazione possano essere trovate le risorse necessarie ad affrontarle.

La ricerca ha dimostrato che la relazione tra studenti e docenti è fondamentale negli anni di passaggio da un sistema scolastico all'altro (Alexander et al., 1997; Cataldi e Kewallramani, 2009). In particolare Midgley, Feldlaufer e Eccles (1989) hanno rilevato che per gli studenti a rischio dispersione scolastica la performance in matematica è legata alla percezione di avere quello che Trombetta (2011) chiama un “docente caring”.

Murray e Malmgren (2005) hanno rilevato che l'attivazione di interventi per favorire relazioni positive tra studenti che provengono da contesti socio-economici svantaggiati ed i loro docenti ha prodotto risultati significativi, dimostrando che una relazione positiva può condizionare le capacità degli studenti anche non solo alla scuola primaria ma anche successivamente nei gradi di scuola secondari.

Secondo Wentzel (1997; 1998) il meccanismo capace di collegare la relazione studente-docente al miglioramento delle prestazioni scolastiche sarebbe da ricercare nella dimensione motivazionale la cui assenza sembra essere proprio il fattore scatenante il processo di drop-out.

A sostegno del legame virtuoso tra relazione docente-studente e drop-out la letteratura riferisce che negli studenti delle scuole secondarie una buona relazione riduce il tasso di dispersione di circa la metà e favorisce i processi di orientamento post-diploma (Dika e Singh, 2002). Questo dato può essere spiegato alla luce del fatto che una relazione positiva docente-

studente può andare a sopperire alle mancanze di guida e supporto che nelle famiglie più disagiate non può essere garantita dai genitori e che, spesso, rappresenta un fattore determinante nel meccanismo di disimpegno scolastico (Croninger e Lee, 2001).

Se la relazione sembra rappresentare un fattore di protezione dal drop-out la ricerca di Grayson e Alvarez (2008) riporta che anche il rischio burnout dei docenti può essere positivamente condizionato da dinamiche relazionali positive. In particolare gli autori citano i risultati di una ricerca da cui emerge come una efficace relazione docente-studente rappresenti un fattore di protezione dal burnout in quanto capace di agire su di un sotto-fattore come la depersonalizzazione, ovvero la tendenza ad un atteggiamento di distanza e freddezza del docente nei confronti dell'ambiente sociale in cui lavora, in particolare verso studenti e genitori.

Se la relazione docente-studente rappresenta realmente un fattore di protezione dal rischio di abbandono scolastico degli alunni e di burnout degli insegnanti, come possiamo sostenerla e potenziarla?

Ispirandosi all'approccio rogersiano (Di Fabio, 2005), Thomas Gordon (2013) ha ideato un programma di training per insegnanti definito Teacher Effectiveness Training (TET) che ha come obiettivo di offrire un'alternativa al rinforzo e la punizione come principale strumento della relazione didattica.

Secondo l'autore la dinamica rinforzo-punizione può infatti rappresentare una causa di disimpegno nei ragazzi in quanto limita fortemente le possibilità del soggetto di costruire la propria motivazione intrinsecamente sulla base della propria auto-efficacia e percezione di controllo dell'ambiente (Harter, 1978). Il training promuove competenze comunicative degli insegnanti basate sull'ascolto attivo e sull'utilizzo del “messaggio in prima persona” nel gestire il dialogo con gli studenti. Attraverso questa modalità è possibile stimolare il coinvolgimento dell'alunno nella gestione delle proprie emozioni e situazioni problematiche e come tale di sentirsi più padrone del proprio ambiente e della propria condizione di studente.

L'idea di uno studente attivo, partecipante e capace di auto-regolarsi nella gestione delle dinamiche emotive ci viene offerta anche dai

Social and Emotional Learning (SEL) Programs che fanno riferimento a 5 cluster di competenze cognitivo-affettivo-comportamentali:

consapevolezza di sé, auto-regolazione, consapevolezza sociale, competenze relazionali, capacità di prendere decisioni (Casel, 2015). Il Social and Emotional Learning è un processo attraverso cui adulti e bambini acquisiscono e applicano conoscenze e capacità necessarie a comprendere e gestire le emozioni al fine di mantenere relazioni positive e prendere decisioni responsabili. L'erogazione di SEL programs prolungati nel tempo possono contribuire alla prevenzione o riduzione di comportamenti a rischio, come uso di sostanze, violenza, bullismo e dispersione scolastica (Casel, 2015).

Durlak et al. (2011) hanno rilevato come i risultati dei SEL programs siano associati ad un miglioramento del successo scolastico e dei risultati in prove di verifica e valutazioni.

Casel (2015) descrive come i SEL programs possono avere un impatto positivo sul clima scolastico, incluso benefici a livello sociale, emotivo e di apprendimento per gli studenti. Durlak et Al. (2010) hanno condotto una meta-analisi sui SEL programs nella scuola dimostrando che gli studenti a cui viene somministrato questo tipo di programma riportano migliori prestazioni scolastiche, comportamenti più adeguati, maggiore motivazione ad imparare e maggiore dedizione alla scuola.

Lavorare sulle competenze emotive nel contesto scolastico sta emergendo come una tendenza diffusa e a quanto pare produttiva in termini di riduzione dei conflitti, miglioramento del clima della classe e dei risultati didattici. È importante che il focus di questi interventi si mantenga sempre aperto sulla diade docente-studente e non tenda a ricadere, come spesso accade negli interventi all'interno della scuola, solo sul lato-studente. Se drop-out e burnout possono essere contenuti attraverso un miglioramento della relazione tra studenti ed insegnanti allora è importante che si promuovano interventi di riduzione del disagio scolastico capaci di operare su entrambi i termini della coppia. Consapevolezza emotiva, capacità di comunicazione, orientamento motivazionale, auto-efficacia, capacità di prendere decisioni sono dimensioni che dominano all'interno del contesto scolastico e che non gravano solo sul

vissuto dello studente. Il disagio nella scuola non è solo quello del giovane ma anche quello degli adulti che ci lavorano. La relazione è lo spazio all'interno del quale possiamo affrontare questo disagio, prendercene cura e contenerlo. Ma la relazione presuppone uno sforzo importante di negoziazione con l'altro, uno sforzo che impone a tutti una continua ridefinizione dei propri significati in quell'eterno processo di crescita culturale di cui la scuola dovrebbe essere protagonista.

Riferimenti bibliografici

- Affuso, G., e Bacchini, D. (2009). Determinanti personali ed interpersonali del drop-out scolastico. *Psicologia Scolastica*, 8, 2, 175-196.
- Alexander, K.L., Entwisle, D.R., e Horsey, C.S. (1997). From first grade forward: Early foundations of high school dropout. *Sociology of Education*, 87-107.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37, 2, 122-147.
- Bandura, A. (2000). Sviluppo sociale e cognitivo secondo una prospettiva "agentica". In: G.V. Caprara, A. Fonzi (a cura di), *L'età sospesa. Itinerari del viaggio adolescenziale*. Firenze: Giunti, 147-170.
- Bowman, P.J., e Howard, C. (1985). Race-related Socialization, Motivation, and Academic Achievement: A Study of Black Youths in Three-Generation Families. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 2, 134-141.
- Caprara, G.V., e Scabini, E. (2000). La costruzione dell'identità nell'adolescenza. In G.V. Caprara, A. Fonzi (a cura di), *L'età sospesa. Itinerari del viaggio adolescenziale*. Firenze: Giunti, 59-89.
- CASEL Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning, (2015). *Casel Guide. Effective Social and Learning programs. Middle and high School Edition*. Casel. Testo disponibile al sito: <http://www.casel.org/middle-and-high-school-edition-casel-guide/>
- Cataldi, E.F., Laird, J., e Kewalramani, A. (2009). *High school dropout and completion rates in the United States: 2007*. Washington, DC: National Center for Education Statistics, Institute of Education Sciences, U.S. Department of Education.
- Chang, M.L. (2009). *Teacher Emotional Management in the Classroom: Appraisals, regulation, and coping with emotions* intervento presentato al Annual Meeting of the American Educational Research Association, San Diego, CA, 2007.
- Chemers, M.M., Hu, L., e Garcia B.F. (2001). Academic self-efficacy and first year college student performance and adjustment. *Journal of Educational Psychology*, 93, 1, 55-64.
- Chirico, F. e Ferrari, G. (2014). *Il burnout nella scuola. Strumenti per la valutazione del rischio e la sorveglianza sanitaria*. Milano: Edizioni FerrariSinibaldi.
- Cornoldi, C. (1995). *Metacognizione e apprendimento*. Bologna: Il Mulino.

- Crocetti, E., Scrignarò, M., Sica, L.S., e Magrin, M. (2012). Correlates of identity configurations: three studies with adolescent and emerging adult cohorts. *Journal of Youth and Adolescence*, 41, 6, 732-748.
- Croninger, R., e Lee, V. (2001). Social capital and dropping out of high school: Benefits to at-risk students of teachers' support and guidance. *The Teachers College Record*, 103, 4, 548-581.
- Deci, E.L. (1992). The relation of interest to the motivation of behaviour: A self-determination theory perspective. In: K.A. Renningen, S. Hidi, A. Krapp (a cura di), *The role of interest in learning and development*. Erlbaum: Hillsdale, 43-70.
- Del Rio, G. (1990). *Stress e lavoro nei servizi. Sintomi, cause e rimedi del burnout*. Roma: NIS.
- Di Fabio, A. (2005). *Bilancio di competenze e orientamento formativo. Il contributo psicologico*. Firenze: Giunti O. S. Organizzazioni Speciali.
- Dierdorff, E.C., Surface, E.A., e Brown, D.G. (2010). Frame-of-reference training effectiveness: Effects of goal orientation and self-efficacy on affective, cognitive, skill-based, and transfer outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 95, 6, 1181-1191.
- Dika, S.L., e Singh, K. (2002). Applications of social capital in educational literature: A critical synthesis. *Review of Educational Research*, 72, 1, 31-60.
- Durlak, J.A., Weissberg, R.P., e Pachan, M. (2010). A meta-analysis of after-school programs that seek to promote personal and social skills in children and adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 45, 294-309.
- Durlak, J.A., Weissberg, R.P., Dymnicki, A.B., Taylor, R.D., e Schellinger, K.B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82, 405-432.
- Gerardi, S. (1990). Academic self-concept as a predictor of academic success among minority and low-socioeconomic status students. *Journal of College Student Development*, 31, 5, 402-407.
- Gordon, T. (2013). *Insegnanti efficaci*. Firenze: Giunti.
- Grayson, J.L., e Alvarez, H.K. (2008). School climate factors relating to teacher burnout: A mediator model. *Teaching and Teacher Education*, 24, 1349-1363.
- Guay, F., e Vallerand, R.J. (1996). Social context, student's motivation, and academic achievement: Toward a process model. *Social Psychology of Education*, 1, 3, 211.
- Hardre, P.L., e Reeve, J. (2003). A motivational model of rural students' intentions to persist in, versus drop out of, high school. *Journal of Educational Psychology*, 95, 2, 347-356.
- Hargreaves, A. (1998). The emotional practice of teaching. *Teaching and Teacher Education*, 14, 8, 835-854.
- Hargreaves, A. (2000). Mixed emotions: Teachers' perceptions of their interactions with students. *Teaching and Teacher Education*, 16, 8, 811-826.
- Harter, S. (1978). Effectance motivation reconsidered: Toward a developmental model. *Human Development*, 21, 34-64.
- Hosotani, R., e Imai-Matsamura, K. (2011). Emotional experience, expression, and regulation of high-quality Japanese elementary school teachers. *Teaching and Teacher Education*, 27, 6, 1039-1048.
- Lent, R.W., Brown, S.D., e Larkin, K.C. (1984). Relation of self-efficacy expectations to academic achievement and persistence. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 3, 356-362.
- Mangano, P., e Di Nuovo, S. (2013). Variabili connesse al successo scolastico e competenze di auto-orientamento: un contributo di ricerca. *GIPO Giornale Italiano di Psicologia dell'orientamento*, 14, 1, 21-29.
- Meece, J.L., Anderman, E.M., e Anderman, L.H. (2006). Classroom Goal Structure, Student Motivation, and Academic. *Annual Review of Psychology*, 57, 487-503.
- Midgley, C., Feldlaufer, H., e Eccles, J.S. (1989). Student/teacher relations and attitudes toward mathematics before and after the transition to junior high school. *Child Development*, 981-992.
- Migliorini, L., Piermari, A., e Rania, N. (2008). La dispersione scolastica: analisi delle sue componenti e motivazioni. *Psicologia dell'educazione*, 2, 2, 247-262.
- MIUR (2013). *Focus “La dispersione scolastica”*. Servizio Statistico.
- Multon, K.D., Brown, S.D., e Lent, R.W. (1991). Relation of self-efficacy beliefs to academic outcomes: A meta-analytic investigation. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 1, 30-38.
- Murray, C., e Malmgren, K. (2005). Implementing a teacher-student relationship program in a high-poverty urban school: Effects on social, emotional, and academic adjustment and lessons learned. *Journal of School Psychology*, 43, 2, 137-152.
- Pedersen, E., Faucher, T.A., e Eaton, W. (1978). A New Perspective on the Effects of First-Grade Teachers on Children's Subsequent Adult Status. *Harvard Educational Review*, 48, 1, 1-31.
- Pekrun, R., Goetz, T., Titz, W., e Perry, R.P. (2002). Academic emotions in students' self-regulated learning and achievement: a program of qualitative and quantitative research. *Educational Psychologist*, 37, 2, 91-105.
- Pelliccioni, E., e Chiesa, R. (2013). Risorse psicosociali e fabbisogno di orientamento. *GIPO. Giornale Italiano di Psicologia dell'Orientamento*, 14, 49-64.
- Prosen, S., Smrtnik Vitulic, H., e Poljsak Skraban, O. (2011). Teachers' emotional expression in interaction with students of different ages. *CEPS Journal*, 1, 3, 141-157.
- Ragozini, G., e Vitale, M.P. (2005). L'analisi della dispersione in Italia attraverso i modelli causali. In P. Clarizia e A. Spanò (Eds.), *Dentro e fuori la scuola: Percorsi di abbandono e strumenti di contrasto* (pp. 9-92). Quaderni dell'Agenzia della Campania per il Lavoro.
- Shapiro, S. (2010). Revisiting the teachers' lounge: Reflections on emotional experience and teacher identity. *Teaching and Teacher Education*, 25, 3, 518-524.
- Skinner, E.A., e Belmont, M.J. (1993). Motivation in the classroom: Reciprocal effects of teacher behavior and student engagement across the school year. *Journal of Educational Psychology*, 85, 4, 571-581.
- Sutton, R.E., e Wheatley, K.F. (2003). Teachers' emotions and teaching: a review of the literature and the structure of ancestral environments. *Ethology and Sociobiology*, 11, 4, 375-424.
- Torres, J., e Solberg, V.S. (2001). Role of self-efficacy, stress, social integration, and family support in Latino

- college student persistence and health. *Journal of Vocational Behaviour*, 59, 53-63.
- Trombetta, C. (a cura di)(2011). *Lo psicologo scolastico. Competenze e metodologie professionali*. Trento: Erickson.
- Urdu, T., e Schoenfelder, E. (2006). Classroom Effects on Student Motivation: Goal Structures, Social Relationship, and Competence Beliefs. *Journal of School Psychology*, 44, 5, 331-349.
- Wentzel, K.R. (1997). Student motivation in middle school: The role of perceived pedagogical caring. *Journal of Educational Psychology*, 89, 3, 411-419.
- Wentzel, K.R. (1998). Social relationships and motivation in middle school: The role of parents, teachers, and peers. *Journal of Educational Psychology*, 90, 2, 202-209.
- White, R.W. (1959). Motivation Reconsidered: the concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-333.
- Zimmerman, B.J. (2000). Self-Efficacy: An Essential Motive to Learn. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 1, 82-91.

LAVORARE INSIEME PER TROVARE LAVORO

di Luca Capiluppi e Eleonora Fedeli

Dottori in Psicologia, Tirocinanti Scuola di Psicoterapia Comparata

“ Le persone non possono più progettare di lavorare per trent'anni sviluppando un percorso professionale entro i confini di una sola organizzazione; infatti nel corso della loro vita, possono aspettarsi di svolgere almeno dieci lavori chiamati più propriamente incarichi” (Savickas, 2011).

Mancano i punti di riferimento istituzionali che per molti decenni hanno orientato la ricerca di lavoro. Oggi il lavoratore può avere come unico punto di riferimento se stesso: le proprie capacità, i propri interessi, l'identità professionale si fonde con quella “privata” e come tale è responsabile del benessere dell'individuo singolarmente e all'interno della sua rete sociale.

I rapidi cambiamenti economici e il clima di “crisi” che affligge il mercato del lavoro dal 2008 favoriscono tra i lavoratori l'instaurarsi di sistemi di credenze e atteggiamenti caratterizzati da forte impotenza e inefficacia nei confronti di un sistema economico altamente competitivo ed instabile.

Sopravvivere ad uno stato di disoccupazione o inoccupazione comporta la necessità di costruire un nuovo equilibrio psicologico, sociale ed emotivo che consenta al singolo individuo di non cadere a pezzi. Questa stabilità rischia talvolta di trasformarsi in una fissità che nel tempo può diventare sempre più difficile da modificare: la paura del cambiamento diventa un ostacolo alla ricerca di lavoro talvolta più invalicabile dei limiti dello stesso mercato del lavoro.

Secondo Gualmini e Rizza (2013) le politiche del lavoro presentano una suddivisione nelle seguenti categorie:

1. gli interventi diretti a regolare le modalità di incontro tra domanda e offerta;
2. le misure di mantenimento o garanzia del reddito dirette ad assicurare i lavoratori contro i rischi di disoccupazione involontaria o di sospensione o riduzione delle attività lavorative;
3. provvedimenti volti ad aumentare l'occupazione di particolari categorie di lavoratori;
4. modificare quantità e qualità dell'offerta di lavoro.

Gli interventi presentati al punto 3 e 4 non hanno lo scopo di garantire il reddito di chi è senza lavoro ma piuttosto di “rendere più efficiente il funzionamento del mercato del lavoro, adeguando le caratteristiche professionali dell'offerta, favorendo l'incontro tra domanda e offerta, incentivando le assunzioni, creando particolari occasioni di lavoro, cercando di assicurare possibilità di accesso a un'occupazione anche a chi è in una condizione di marginalità” (Gualmini e Rizza, 2013). Il carattere attivo di questo tipo di interventi permette di parlare in questi casi di politiche attive di lavoro.

L'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) indica gli interventi di accompagnamento al lavoro tra le politiche attive più funzionali alla transizione dalla disoccupazione all'occupazione (*Job Search Assistance*; JSA) (OECD, 2005).

La letteratura riporta risultati contrastanti rispetto all'efficacia dei JSA, alcuni evidenziandone effetti positivi (Thomsen, 2009; Card et al., 2010), altri effetti negativi (Graversen e Van Ours, 2008; 2011).

Bernhard e Kopf (2014) hanno condotto una ricerca su un campione di disoccupati tedeschi

che nel 2005 ha partecipato a due diverse tipologie di accompagnamento al lavoro: JSA individuale e di gruppo. Obiettivo della ricerca è stato quello di individuare eventuali differenze in termini di occupabilità tra i partecipanti ai JSA individuali/JSA di gruppo e ad un gruppo di controllo di disoccupati non supportati da alcuna misura di accompagnamento.

La partecipazione ai JSA di gruppo prevedeva l'erogazione di informazioni attraverso materiale cartaceo e *role-plays* per simulare contesti di ricerca di lavoro. La partecipazione era obbligatoria (pena la sanzione economica) e aveva una durata che poteva andare dai 2 giorni alle 2 settimane.

La partecipazione ai JSA individuali prevedeva la strutturazione di un programma mirato sul singolo; attraverso la consulenza individuale venivano analizzate criticamente le precedenti attività di *job-searching* e definite le alternative professionali che meglio potevano incontrare le caratteristiche del soggetto, in un'ottica di ottimizzazione delle strategie di ricerca. Il programma aveva una durata di 4 settimane.

Secondo le ipotesi dei ricercatori i partecipanti ai JSA (individuali e di gruppo) avrebbero dovuto riportare migliori prospettive occupazionali rispetto al gruppo di controllo (ipotesi 1) e nel confronto tra le due modalità di JSA le prospettive occupazionali sarebbero dovute essere migliori per il gruppo che aveva lavorato individualmente (ipotesi 2).

I risultati hanno restituito uno scenario poco confortante. Il gruppo di controllo che non aveva ricevuto alcun supporto ha mostrato migliori prospettive occupazionali rispetto ai JSA di gruppo e una sostanziale uguaglianza rispetto ai JSA individuali. Tra le due forme di JSA quello di tipo individuale ha evidenziato risultati migliori di quello di gruppo.

Secondo gli autori questi risultati, scoraggianti rispetto alla presunta efficacia delle misure di accompagnamento, sarebbero imputabili a numerosi fattori tra cui il fatto che i programmi erogati possano essere insufficienti a soddisfare i bisogni della popolazione disoccupata in particolare nei tempi ristretti di 4 settimane e quando la popolazione presenta particolari condizioni di svantaggio socio-culturale.

Nel 1989 Ellen Passmore della *Canadian Mental Health Association* pubblicava un articolo dove venivano riportati i risultati di un intervento

supportivo emozionale e di strategie concrete di *coping* ad un gruppo di disoccupati canadese all'interno di un progetto dal nome *Handling Unemployment Groups* (HUG) (Passmore, 1989). Interessante notare che l'intervento si andava a collocare in un periodo storico di crisi economica che stava facendo salire il tasso di disoccupazione canadese al 12% (il più alto negli ultimi 25 anni) in una condizione di scarse opportunità occupazionali, quindi molto simile a quella descritta dai ricercatori tedeschi e considerata una delle ragioni del fallimento dei JSA.

Il programma degli HUG aveva una durata di 9 incontri e consisteva nello sviluppo dei seguenti fattori all'interno del gruppo:

- competenze comunicative,
- gestione del tempo,
- decision making,
- conoscenza delle opportunità offerte dal mondo del lavoro,
- conoscenza delle cause della disoccupazione,
- gestione dello stress,
- attività di potenziamento dell'autostima, auto-consapevolezza,
- tecniche di ricerca attiva di lavoro,
- conoscenza delle risorse offerte dalla comunità.

I contenuti venivano affrontati con particolare attenzione alla dimensione emotiva cercando di andare a cogliere il vissuto della persona rispetto al proprio stato di disoccupazione. Esplicative dell'atmosfera emotiva promossa attraverso questa modalità sono alcune domande su cui si concentrava il dibattito del gruppo, come ad esempio: “Cosa perdi nel momento in cui perdi il lavoro?” oppure “Come ti senti quando perdi il lavoro?”.

La modalità di gestione dei gruppi era basata sulla flessibilità, ovvero gli incontri non seguivano una rigida agenda ma lasciavano che i contenuti si adattassero alle esigenze in divenire del gruppo. Il principio di flessibilità si basava sul fatto che la disoccupazione è il prodotto di decisioni altrui e che quindi il processo di ricostruzione dell'occupazione deve lasciare spazio al soggetto di esprimersi e di trovare ascolto alle sue esigenze.

Particolarmente importante negli HUG sembra essere stata la dimensione di auto-aiuto capace di offrire a tutti un contesto relazionale capace di stimolare il libero confronto e che permettesse a tutti di ascoltare le preoccupazioni degli altri per imparare a liberare le proprie. La dimostrazione degli effetti positivi di questo clima è rappresentata dal fatto che alcuni HUG sono proseguiti anche senza una conduzione ma come gruppi interamente autogestiti.

L'efficacia degli HUG è stata misurata attraverso una serie di questionari che indagavano i sintomi dello stress, le attività di ricerca di lavoro dei partecipanti, la percezione di fattori che riguardano lo stato di occupazione e la valutazione del gruppo. I risultati indicano che il programma ha avuto effetti positivi in particolare per quanto riguarda la percezione di supporto psicologico ricevuto dal gruppo. Il 43% dei partecipanti ha continuato a frequentare i gruppi anche dopo l'ultimo incontro stabilito dal programma e molti riportano di avere sviluppato relazioni di aiuto più supportive in famiglia dopo la partecipazione agli HUG.

Cosa può spiegare la differenza di risultati tra i JSA e gli HUG?

Come accennato in precedenza entrambi i programmi sono stati svolti in periodi di crisi economica dei rispettivi paesi, quando cioè la popolazione viveva uno stato di prolungata disoccupazione esacerbata da una reale difficoltà del mercato del lavoro di assorbire la richiesta di occupazione. In questo, entrambi gli interventi rispondevano con programmi che istruivano i partecipanti ad adottare tecniche di ricerca del lavoro adeguate alle richieste del mercato.

La differenza sostanziale consisteva nella modalità con cui queste conoscenze ed informazioni venivano erogate ai partecipanti. I JSA adottavano una strutturazione rigida delle attività ed una erogazione passiva dei contenuti trasmessi da un esperto ad un gruppo di disoccupati. Gli HUG al contrario adottavano una modalità di conduzione fortemente centrata sulla relazione del gruppo, sulle dinamiche di confronto e di auto-aiuto che hanno addirittura portato ad una evoluzione degli incontri verso l'autogestione.

Dal confronto di queste ricerche sembra che la dimensione della relazione, intesa come contenitore capace di accogliere il vissuto emotivo del disoccupato e di ristrutturarlo in una

condizione di mutuo-aiuto, possieda le caratteristiche necessarie a rendere l'intervento di attivazione del disoccupato più efficace.

Fortunatamente l'esperienza degli HUG sembra essere stata rivalutata in alcune forme più attuali di sostegno ai disoccupati centrati sulla relazione. Esempi concreti ed incoraggianti arrivano dagli Stati Uniti e dall'Italia.

Presso l'Università Americana del Wisconsin i giovani in cerca di una occupazione possono usufruire dei *Job Search Support Group* (JSSG) al cui interno i membri affrontano, sotto la supervisione di un facilitatore, temi tra cui: formazione, interviste, incremento della consapevolezza di sé, potenziamento della comunicazione efficace e altri problemi relativi alla ricerca del lavoro.

Il lavoro svolto all'interno dei JSSG opera principalmente sui seguenti fattori:

- Sostegno emotivo nella ricerca di lavoro: un gruppo di supporto offre il sostegno di persone che condividono un problema allo stesso livello di come farebbe un consulente professionale.
- Espansione della propria rete: far parte del gruppo aiuta i partecipanti a conoscere altre persone e ad aumentare le capacità di networking e i propri contatti.
- Idee per migliorare la ricerca di lavoro: il processo di ricerca di lavoro è in continua evoluzione ed il gruppo fornisce ulteriori informazioni su come condurre una ricerca del lavoro efficace nell'era digitale.

L'esperienza italiana di gruppi di sostegno alla disoccupazione centrati sulla relazione è nata nel Febbraio 2013 con il Progetto *Job Club* ad opera di Nicola Giaconi e Riccardo Maggiolo.

I *Job Club* sono gruppi spontanei e gratuiti di mutuo sostegno in cui i partecipanti si accompagnano e si aiutano reciprocamente nella scelta e ricerca di un lavoro seguendo una guida creata da professionisti orientatori. Condividono e aumentano i loro contatti di lavoro, le informazioni sui mercati di lavoro e i loro obiettivi, e forniscono supporto per un atteggiamento costruttivo nella ricerca di un'occupazione. Sono un modo per ripartire, decidendo di imparare un lavoro o di cercare un lavoro. Si basano sul potenziamento del ruolo

naturale e spontaneo delle persone e delle comunità locali nel fornire appoggio ai loro membri, la forza del gruppo aiuta le persone a mantenere costanza nella ricerca e a confrontarsi sulle proprie capacità, la partecipazione è completamente ed assolutamente gratuita, non vi è limite di età.

Il metodo dei *Job Club* si basa sul potenziamento del ruolo naturale e spontaneo delle persone, delle reti sociali e delle comunità locali nel fornire appoggio ai loro membri.

Ad oggi sono presenti più di 150 *Job Club* in tutta Italia e nei 19 monitorati nelle province di Padova e Vicenza, a sei mesi dalla fine degli incontri, si è ottenuto un 89% di occupazione creata.

Le parole riportate da chi ha partecipato ai *Job Club* riflettono molto chiaramente gli effetti positivi della dimensione di gruppo centrata sulla relazione nel sostegno alla disoccupazione:

“Esperienza positiva in cui ho conosciuto anche dei metodi nuovi, mi carica di entusiasmo... e poi perlomeno non sono da sola...” (Rossella)

“Le cose che facciamo sono veramente utili, mi aiuta a cercare dei punti precisi nel cercare il lavoro, mi aiuta ad avere anche più sicurezza in me; lo consiglierei perché nel primo job club tutti hanno trovato lavoro” (Simone)

“Sicuramente è un’esperienza positiva, sicuramente ho imparato delle cose nuove, riguarda anche l’approcciarmi con più sicurezza e meno tensione al mondo del lavoro. Mi è piaciuto proprio il principio diverso di trovare lavoro, e mi piace proprio questa diversità. Ho provato entusiasmo, è stata un’esperienza significativa; secondo me è un’idea innovativa” (Antonio)

“Non è che siamo numeri” (Roberto)

“Passo anche un tempo piacevole, mi arricchisco, passo il mio tempo con gli altri, ho anche delle informazioni utili per quello che riguarda la ricerca del lavoro, non sono più da sola, ci sono anche gli altri, quindi mi confronto. Posso sempre imparare qualcosa anche dagli altri” (Maria)

“A me è piaciuto tantissimo, grazie al job club ho capito di non essere sola, penso che le relazioni che si sono create qua dureranno anche al di fuori del job club, gli altri partecipanti mi sono stati di supporto in questo periodo nerissimo, mi è servito un po’ per capire le mie competenze, le

mie capacità. Mi è servito tantissimo per capire questa cosa qui, grazie al job club ho riscoperto i miei sogni, sì!” (Silvia)

“Io ho trovato questo confronto molto costruttivo e trovarsi con delle persone che hanno magari le tue stesse difficoltà o si trovano comunque proprio nella tua stessa situazione, possono capire un po’ com’è cercare di entrare nel mondo del lavoro oggi, è molto utile. Secondo me il rischio maggiore del momento è: cercare un qualsiasi lavoro, va bene qualsiasi cosa. È stato fondamentale per chiarire un po’ le idee” (Jessica)

“È stato utile sotto vari profili, si è creato un buon clima, anche di amicizia, anche di confidenza. A volte chi cerca lavoro si butta giù, si sono scambiati i contatti, ci si ritrova anche al di fuori per altre cose. E sono testimone che questo metodo funziona” (Caterina)

“Tanti si sono rifocalizzati anche sul fatto che loro sono una risorsa. Abbiamo visto che c’è tanto interesse, tanta richiesta, continuiamo ad avere tanti nominativi di persone che vogliono partecipare ai job club; c’è chi trova lavoro, abbiamo avuto dei riscontri meravigliosi da persone che hanno trovato, che poi ci hanno fatto sapere” (Silvia 2).

I *Job Club* ed i JSSG sembrano rappresentare una perfetta sintesi degli interventi visti in precedenza relativamente alla ricerca tedesca e canadese. La possibilità di concentrare nella relazione il contesto principale di aiuto per chi si trova ad affrontare uno stato di disoccupazione può rappresentare un’importante risorsa per quanto riguarda gli effetti positivi sul benessere della persona e sugli esiti occupazionali; inoltre, per quanto riguarda la possibilità di abbattere i costi del personale esperto coinvolto negli interventi di politica attiva, tale ruolo professionale può essere ridimensionato all’incarico di facilitatore con la finalità di rendere il gruppo progressivamente più autonomo.

Riferimenti bibliografici

- Bernhard, S., e Kopf, E. (2014). Courses or individual counselling: does job search assistance work? *Applied Economics*, 46, 27, 3261-3273.
- Card, D., Kluve, J., e Weber, A. (2010). Active labour market policy evaluations: a meta-analysis. *The Economic Journal*, 120, 452-477.

- Graversen, B.K., e Van Ours, J.C. (2011). An activation program as a stick to job finding, *Labour*, 25, 167–81.
- Graversen, B.K., e Van Ours, J. (2008). Activating unemployed workers works: experimental evidence from Denmark, *Economics Letters*, 100, 308–10.
- Gualmini, E., e Rizza, R. (2013). *Le politiche del lavoro*. Bologna: Il Mulino.
- OECD (2005). *OECD Employment Outlook 2005*. OECD Publishing: Paris.
- Passmore, E. (1989). Handling Unemployment Groups: A Group Support Model for Coping with Job Loss. *Canadian Journal of Counseling*, 23, 3.
- Savickas, M.L. (2011). *Dare nuova forma alla storia del career counseling*. In M. Kobus (a cura di), *Dar forma alle storie. Guida al counseling narrativo* (pp. 9-11). Firenze: Giunti O.S.
- Thomsen, S.L. (2009). Job search assistance programs in Europe: evaluation methods and recent empirical findings, *FEMM Working Paper*, 18.

Riferimenti Sitografici

- Giacconi, N., e Maggiolo, R. (2015). Testo disponibile al sito: <http://job-club.it/>
- UW-Madison Continuing Studies (2015). Testo disponibile al sito <http://continuingstudies.wisc.edu/advising/job-search-group.htm>

CORSO DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA COMPARATA

Il miglior artigianato
lascia sempre buchi e vuoti...
per permettere a qualcosa
che non è nella poesia
di strisciare,
arrampicarsi, guizzare
o tuonare dentro

(Dylan Thomas)

IMPARA L'ARTE.

OPEN DAY

20 GIUGNO 2016

H. 18,00

VIALE GRAMSCI 22 FIRENZE

INGRESSO LIBERO

L'AUTO-AIUTO COME RISORSA QUOTIDIANA

di Eleonora Fedeli

Dottore in Psicologia, Tirocinante Scuola di Psicoterapia Comparata

*“La cosa più importante per me era trovare una persona come me.
Quando sono entrata nella stanza e ho trovato una cinquantina di altre vedove,
non posso descrivere la sensazione che mi ha dato”
(Madara, 1998)*

La relazione è il rapporto, il collegamento fra due o più entità/individui/oggetti (Devoto, 1993). Le relazioni interpersonali sono parte integrante della vita quotidiana. Possono essere di diverso tipo, più o meno profonde, in base al contesto. Si trovano esempi di relazioni interpersonali in ambito familiare nel rapporto genitori-figli o moglie-marito e in quello lavorativo. Per relazione si intende quel legame che si crea tra due o più persone i cui pensieri, sentimenti e azioni si influenzano vicendevolmente. In una relazione interpersonale si crea quindi un vincolo di interdipendenza.

Lo Verso (in Rossi, 2009) sostiene che la relazione è il luogo centrale del mondo psichico e che lo strumento principale, per poter curare tale mondo, non può che essere relazionale.

Nella dinamica delle relazioni, che cambiano e si riorganizzano nel corso del tempo, ogni famiglia si muove secondo il tempo, che è caratterizzato da eventi che mettono in crisi la stabilità del sistema relazionale. La risoluzione di una crisi individuale costringerà alla ridefinizione delle relazioni, che sorreggono un dato sistema, ed avrà ripercussioni anche su altri sistemi più vasti. Infatti, non sarà soltanto un problema individuale perché ogni membro del sistema dovrà rivedere se stesso in rapporto alle relazioni che lo legano alla persona che manifesta la crisi, rivisitando ruoli e norme in chiave più funzionale (Devoto, 1993).

Dobbiamo affrontare la crisi che fa parte di essa, cercare la composizione nella relazione. Tutti

insieme possiamo confrontarci perché abbiamo altri aiuti relazionali che sono il gruppo, il gruppo allargato, ecc. (Devoto, 1993).

Il carattere fondamentale dell'essere umano si esprime nella nostra capacità di creare vincoli di relazione, collaborazione ed aiuto reciproco (Madara, 1998).

L'importante è che non ci si fermi, ma che si continui a dire: devo cambiare in relazione a.

La cosa fondamentale è esserci nel presente; l'esserci non è primariamente una relazione, ma è luogo dell'esperienza qui-e-ora. Questa esperienza si intesse di relazioni, di parole, di gesti e quindi fa venire fuori un mondo di esperienza che non esisterebbe mai, se non essendo insieme agli altri.

Se siamo presenti totalmente riusciamo a dare un senso a ciò che sta succedendo; da lì comincia una relazione e, non si smarrisce il legame tra noi e gli altri, se rimaniamo in osservazione attenta dell'altro (Devoto, 1993).

Prendersi cura e aiuto

Il termine stesso inglese *to care*: prendersi cura rimanda ad ascoltare, accogliere, conoscere.

Quando pensiamo poi all'aiuto facciamo riferimento all'atto dell'assistere, del sostenere, del collaborare, dell'adoperarsi a favore di; difendere e proteggere (Devoto, 1993).

Assume quindi rilevanza trattare del concetto di Auto-Aiuto: per auto-aiuto si intendono tutte le azioni intraprese da persone comuni (non professionisti della salute) per mobilitare le

risorse necessarie a promuovere, mantenere e ristabilire la salute degli individui e della comunità (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1987).

Il concetto di auto-aiuto compare nella cultura anglosassone del IX secolo. I precursori sono le Gilde, le *Friendly Societies* inglesi, gruppi di lavoratori uniti per fronteggiare le necessità quotidiane, e i *Mutual Aid Groups* americani, ovvero il Mutuo Appoggio, il cui riunirsi in gruppo rappresenta l'arma migliore di sopravvivenza (Benifei, 2007).

Negli U.S.A. nel 1935 nasce il primo vero gruppo di auto-aiuto: *Alcoholism Anonymous*, che poi diventerà il gruppo più conosciuto nell'immaginario collettivo (Coghe, 2008).

Auto-aiuto come emancipazione e risorsa personale. Ci si aiuta non solo ricevendo, ma dando aiuto, in modo paritario: chi riceve aiuto è sullo stesso piano di chi lo dà e si trasforma da soggetto passivo a protagonista attivo (Arete, 2009).

In Italia i gruppi di auto-mutuo-aiuto, si sviluppano a partire dagli anni '70, hanno un modo di trattare con i problemi che ciascuno si trova a fronteggiare nella vita: malattie, separazioni, dipendenze, lutti, disturbi alimentari, disturbi dell'umore, tensioni e problemi affettivi. Parlare di questi problemi con altre persone, che hanno attraversato tali esperienze, può aiutarci ad affrontare le difficoltà quotidiane e ad imparare a riconoscerle in futuro.

Lo studio dei fenomeni mentali, relazionali e gruppalmente coincide quasi con le prime forme documentate del pensiero umano. L'uomo, per sua stessa indole, tende a vivere in comunità, con gli altri. Vi è infatti una spontanea voglia di stare insieme.

Il gruppo è luogo dove incrociare storie, culture, destini, qualcosa che non contempla solo una ragione comune per stare insieme, finalità, obiettivi, ma ha a che fare con una naturale ricerca estetica.

Il tema dell'elaborazione dei conflitti, per evitare ed uscire dal degrado delle relazioni, viene posto in termini di una recuperata esperienza relazionale all'interno dei vissuti delle persone (Rossi, 2009).

La relazione vis-à-vis è accentuata nei gruppi di auto-aiuto; quest'ultimi forniscono un sostegno

emotivo e informazioni riguardo allo specifico problema di cui si occupano.

All'interno dei gruppi di auto-mutuo-aiuto si dà e si riceve aiuto. Secondo il principio dell'*helper-therapy* esiste un effetto di ritorno: chi ha dato aiuto, in realtà lo riceve al tempo stesso e chi cerca di modificare/cambiare una persona, in realtà cambia se stesso e spesso si migliora (aiuto riflesso). Infatti opera su tre livelli (Coghe, 2008):

1. controllo, chi ha la possibilità di osservare il proprio problema da un altro punto di vista dovrebbe riuscire a gestirlo meglio;
2. soddisfazione interiore, che deriva dal fatto che contribuendo a migliorare la vita degli altri ci sentiamo arricchiti;
3. senso di utilità, partendo dal presupposto che aiutando gli altri le persone si percepiscono efficaci socialmente.

La relazione con l'altro cura grazie alla condivisione di esperienze vissute direttamente; infatti, "non esiste felicità se non è condivisa" (Sean Penn, 2007).

La presenza di persone che manifestano obiettivi simili determina una situazione molto stimolante: favorisce il rispecchiamento, il confronto, la nascita di idee nuove, l'arricchimento personale.

Inoltre, nel corso di un lavoro di gruppo, si generano, da parte dei partecipanti, intense risposte emotive, verso le espressioni offerte dai vari membri e ciò rende spesso possibile affrontare alcuni problemi specifici e blocchi emotivi, in modo molto più diretto, praticamente nel momento stesso in cui essi si manifestano nei rapporti relazionali all'interno della realtà grupale (Rossi, 2009).

Alla solitudine e allo svuotamento emotivo, che contraddistinguono la malattia, il gruppo contrappone forza, calore, vicinanza umana. Il dialogo che si instaura tra i vari partecipanti è spesso illuminante e trasforma, fa sentire meglio, sia chi parla sia chi ascolta (Arete, 2009).

C'è un'ampia evidenza che i gruppi di auto-aiuto migliorano le capacità di relazione: i soggetti imparano a esprimere le proprie idee, spiegarsi meglio, argomentarle, riferire i propri stati d'animo e sensazioni ai familiari e agli amici. Inoltre l'auto-aiuto favorisce ed incrementa l'empowerment, processo mediante il quale i

partecipanti possono ampliare il senso di padronanza verso i propri problemi in favore del proprio cambiamento (Coghe, 2008).

Ho avuto modo di sottoporre ad intervista doppia due partecipanti di un gruppo di auto-aiuto sull'ansia e la depressione.

Riporto le domande loro poste e le risposte avute. Il primo intervistato è un utente, la seconda una facilitatrice del gruppo preso in esame, proprio per prendere a confronto i diversi punti di vista rispetto all'esperienza e gli elementi comuni ad entrambi.

Domande	Utente	Facilitatrice
Dove ha conosciuto l'auto-aiuto?	“Ho trovato un volantino presso la sede del quartiere vicino casa, riguardava la tematica dell'ansia, ho pensato che mi sarebbe stato utile partecipare e ho chiamato il numero di telefono”	“Ho conosciuto l'auto-aiuto quando ho fatto il secondo semestre del tirocinio post lauream della Facoltà di Psicologia al Coordinamento Regionale dei Gruppi di Auto-Aiuto di Firenze”
Come ha deciso di intraprendere questo percorso?	“Dopo averci un po' pensato, ho deciso di intraprendere quel percorso, perché nella mia situazione ritenevo di aver bisogno di parlarne con altri”	“Avevo sentito parlare di auto-aiuto da una psicoterapeuta del reparto di oncologia dell'ospedale di Ponte a Niccheri, dove stavo svolgendo il servizio civile nazionale; mi è sembrata una metodica di sostegno molto affascinante e coinvolgente di cui ancora non si parlava durante gli anni di università”
Come si è sentita/o nel gruppo?	“Il gruppo è stato molto caloroso e rispettoso, mi sono sentito ascoltato e apprezzato. Penso di aver dato il mio contributo anche agli altri”	“Come facilitatrice mi sono sentita inizialmente un po' impacciata e timorosa all'interno del gruppo, ma dopo poco ho imparato a sentirmi a mio agio e a sentire il gruppo come una risorsa prima di tutto per me stessa”
Quanto è durato?	“Dura da circa tre anni”	“Il gruppo esiste ancora ed è cominciato circa tre anni fa”
Che esperienza ha avuto?	“L'esperienza è stata unica, perché c'è stato, tra di noi, un bel confronto sempre”	“Come facilitatrice di un gruppo di auto-aiuto è stata un'opportunità di crescita professionale, ma prima di tutto personale. All'interno di un gruppo di self-help si acquisiscono strumenti di relazione con gli altri, di capacità di ascolto e di espressione del proprio disagio che difficilmente si possono ritrovare in altre esperienze di vita. Il gruppo per me ha rappresentato l'opportunità di mettermi in gioco nel mondo dell'auto aiuto, mi ha regalato emozioni sempre nuove e spazi di condivisione che mi hanno profondamente arricchita”

<p>Quali sono state le maggiori soddisfazioni ottenute?</p>	<p>“La soddisfazione più grande è stata vincere quella timidezza che avevo nel parlare in pubblico”</p>	<p>“Le maggiori soddisfazioni le ho avute dalle persone che hanno deciso di affacciarsi al gruppo e che, continuando a frequentarlo, ne hanno capito il valore traendone molti benefici e decidendo di parlarne anche all'esterno per diffondere l'utilità di questa metodica”</p>
<p>Quali sono state invece le difficoltà incontrate?</p>	<p>“Ho trovato difficoltà nel buttarmi inizialmente con persone nuove e di età diversa dalla mia”</p>	<p>“Le principali difficoltà le ho incontrate nei momenti in cui al gruppo eravamo pochissimi e non arrivava più nessun nuovo utente; in quei momenti ho percepito la fatica di portare avanti questa esperienza senza demoralizzarsi e in qualche modo è stato difficile non sentirsi responsabile di ciò che stava accadendo”</p>
<p>Cosa è cambiato in lei?</p>	<p>“È cambiata sicuramente la mia forza di volontà nel prendere delle decisioni e di conseguenza ho potuto affrontare molte situazioni che avrei evitato”</p>	<p>“È cambiata la mia prospettiva rispetto al disagio e alla delega ai professionisti di quest'ultimo; ho capito che i primi ad essere responsabili della nostra salute siamo proprio noi e che le regole dell'auto-aiuto sono norme che dovremmo usare anche nella vita quotidiana per migliorarci e migliorare le nostre relazioni con gli altri”</p>
<p>Pensa di creare, a sua volta, un nuovo gruppo di auto-aiuto?</p>	<p>“Mi piacerebbe un gruppo che si confronti sulle dipendenze”</p>	<p>“Sarei felice di facilitare altri gruppi di auto-aiuto, ma mi piacerebbe molto poter partecipare ad un gruppo come utente”</p>
<p>Proporrebbe ad altri conoscenti questa possibilità?</p>	<p>“Sicuramente lo proporrei a chi ne ha veramente bisogno perché è stata un'esperienza che mi ha cambiato, per sempre”</p>	<p>“Certamente! Ritengo che ognuno di noi possa aver bisogno di un gruppo di auto-aiuto in una fase della sua vita; mi trovo spesso a consigliare questo tipo di esperienza a chi vive un disagio ed è capitato anche a me di sentire il desiderio di affacciarmi ad un gruppo come utente”</p>

Confrontando le risposte, domanda per domanda, emerge la necessità della condivisione e allo stesso tempo del sostegno, che viene fornito e garantito all'interno del gruppo; cosa che è assente nella vita quotidiana perché spesso

manca proprio uno spazio o un momento di aggregazione e di ascolto in cui sentirsi riconosciuti come singoli e portatori di un disagio. Il disagio ha maggiore possibilità di essere compreso, discusso e quindi affrontato se vi è modo di confrontarsi, scontrarsi col gruppo.

Il confronto, rispetto a modi di affrontare una situazione e gli stessi insuccessi, offrono l'opportunità di sfruttare e scoprire l'effettiva presenza di determinati strumenti di relazione con gli altri.

Il gruppo stesso rappresenta una risorsa unica e restituisce emozioni di calore ed empatia. Le persone via via si abituano ad un'ambiente protetto, garantito dalla presenza di ognuno, e da questo traggono notevoli benefici per se stessi e riescono contemporaneamente, offrendo il loro aiuto, a riconoscerlo, per poi estenderlo all'esterno nella vita quotidiana o in contesti sociali di intervento.

Sicuramente in una metodica di questo tipo, che ha una continuità nel tempo e presenta evoluzioni delle relazioni, non mancano le difficoltà nel poter continuare un percorso e la fatica che esso comporta.

Si evidenzia l'effettivo cambiamento della prospettiva di fronte al disagio, non più mascherato e vissuto come elemento di discriminazione, ma piuttosto come momento di sfida in vista di un benessere sociale.

Riferimenti bibliografici

Coghe, V. (2008). *Il sostegno reciproco è terapia: un gruppo di auto-aiuto come esempio di supporto alla genitorialità nell'affido familiare*. Tesi di Laurea, Corso di Laurea in Servizio Sociale, Facoltà di Scienze Politiche, Università degli Studi di Firenze.

Devoto, A. (1993). *L'Incontro con l'altro. Per un'esistenza libera dalle dipendenze*. Firenze: Promozioni Culturali.

Grana, D. (2005). *Impariamo a conoscere l'affido dei minori. Buone prassi per l'accoglienza*. Tirrenia: Del Cerro.

I quaderni di Arete Onlus. (2009). *I gruppi d'auto-aiuto*. Testo disponibile al sito: www.depressionearete.it.

Madara, E.J. (1998). *El grupo de autoayuda*. Testo disponibile al sito: <http://gruposdeautoayuda.org/>

TRA MASCHILE E FEMMINILE

di Noemi Garofalo

Dottore in Psicologia, Tirocinante Scuola di Psicoterapia Comparata

L'ordine del mondo così com'è, con i suoi obblighi e le sue sanzioni, con i suoi rapporti di dominio, i suoi diritti e i suoi abusi, i suoi privilegi e le sue ingiustizie, si perpetua abbastanza facilmente, e le condizioni di esistenza più intollerabili possono apparire spesso accettabili e, addirittura, naturali (Bourdieu, 2014).

È difficile non vedere l'autonomia delle strutture sessuali rispetto a quelle economiche, che permette il perpetuarsi del dominio maschile attraverso i secoli, malgrado le trasformazioni travolgenti dei modi di produzione e delle organizzazioni sociali. L'esistenza dell'oppressione di classe viene data per scontata, ma le osservazioni rispetto ai comportamenti delle donne nella società americana ed europea contemporanea vengono correttamente contestualizzate rispetto all'appartenenza a una o all'altra determinata classe sociale (Bourdieu, 2014).

Bourdieu (2014) focalizza l'analisi di questa oppressione su una dimensione simbolica. Attraverso questa chiave di lettura, dice, è più facile la comprensione di tutte quelle dinamiche di dominio non riducibili a una lettura economicista quali il razzismo, l'omofobia, l'oppressione nazionale e così di seguito. Il dominio maschile è l'esempio per eccellenza di questa sottomissione paradossale, che risulta essere effetto della violenza simbolica, ovvero una forma di violenza che si esercita normalmente in modo invisibile attraverso le vie puramente simboliche della comunicazione e della conoscenza.

L'autore, per svelarne i meccanismi, analizza le strutture di una società distante dalla cultura

europea: quella dei berberi di Cabila, nell'Algeria contemporanea. L'ordine simbolico su cui si fonda la cultura cabila, e insieme ad essa molte altre, è organizzato intorno alle opposizioni maschile/femminile che danno una struttura di pensiero attraverso cui percepire, cogliere, comprendere l'intero universo e con esso lo spazio, il cosmo e il tempo. Si vengono a creare così schemi di pensiero di applicazione universale in cui si ritrovano sia differenze di natura, iscritte nell'oggettività, sia a scarti e tratti distintivi che contribuiscono all'esistenza di un sistema di differenze (Bourdieu, 2014).

Da ciò deriva che le anticipazioni generate da questi schemi sono costantemente confermate dal corso del mondo e da tutti i cicli biologici e cosmici. Alla base di questi schemi c'è il rapporto sociale di dominio, che si è affermato storicamente e che si mantiene a costo di un incessante lavoro di riproduzione delle strutture sociali e delle attività produttive e riproduttive, organizzate secondo la divisione sessuale del lavoro. Si può, quindi, secondo Bourdieu affermare che la differenziazione dei generi maschile e femminile è una costruzione sociale arbitraria, costantemente perseguita attraverso la riproduzione di schemi di pensiero che oppongono maschile e femminile. La divisione dei sessi trova la sua forza nell'apparire naturale nell'ordine delle cose, dal sembrare così ovvia da non dover essere giustificata. Le strutture sociali determinatesi storicamente (strutture "oggettive" della realtà) concordano con gli schemi di pensiero e di percezione (strutture cognitive), con cui vengono osservate; questo perché sono quelle strutture sociali che hanno imposto quelle strutture cognitive e che

continuano a forgiarle in forma precocissima e continua in tutti i soggetti (Bourdieu, 2014).

Da ciò deriva che i dominati guardano il mondo con gli occhi dei dominatori e la loro conoscenza si risolve in un riconoscere l'ordine dato secondo gli schemi appresi. In questo modo, dice Bourdieu (2014), si instaura un rapporto di causalità circolare che rinchiude il pensiero nell'evidenza di rapporti di dominio iscritti a un tempo nell'oggettività, sotto forma di divisioni oggettive, e nella soggettività, sotto forma di schemi cognitivi che, organizzati secondo tali divisioni, organizzano la percezione di quelle divisioni oggettive. Quindi è un'illusione credere che la violenza simbolica possa essere sconfitta solo con le armi della coscienza e della volontà; ancora più ingenuo è addebitare l'oppressione solo alle costrizioni esterne.

È quindi necessaria un'analisi dei limiti imposti dai dominanti sulle possibilità di pensiero e di azione delle oppresse, allo scopo di provocare una rottura del rapporto di complicità tra i dominanti e le vittime di tale dominio simbolico, che sarebbe possibile ottenere solo attraverso una trasformazione radicale delle condizioni sociali di produzione e riproduzione del sistema lavorativo. Dunque risulta necessaria una trasformazione della struttura del mercato dei beni simbolici (Bourdieu, 2014).

Levi Strauss (Bourdieu, 2012) ha il merito di aver scoperto per primo che il principale bene oggetto di scambio tra le tribù conosciute è la donna, che circola tra i gruppi sanzionando alleanze e rapporti tra i maschi. Il tabù dell'incesto regola questi scambi. Tutta l'organizzazione familiare, sociale ed economica dei gruppi ruota attorno a queste transazioni in cui gli uomini sono i soggetti e le donne l'oggetto di scambio. Il valore di questo bene è sicuramente materiale ma anche fortemente simbolico. Tutto il lavoro di socializzazione delle ragazze tende ad imporre loro dei limiti che riguardano il corpo, stabilendo che l'atteggiamento senza difetti è inseparabilmente corporeo e morale. Gli atti di conoscenza e di riconoscimento dei limiti imposti assumono spesso la forma di emozioni fisiche come vergogna, umiliazione, timidezza, ansia, senso di colpa, o di passioni e sentimenti quali l'amore, il rispetto, l'ammirazione. Queste emozioni si

manifestano spesso fisicamente, ovvero attraverso tutti i modi di riconoscere e sottomettersi al giudizio dominante, vincendo la resistenza del proprio corpo, magari a prezzo della scissione dell'Io. L'apprendimento è silenzioso e, di solito, si impone attraverso una disciplina di ogni istante che investe tutte le parti del corpo, attraverso i vincoli dell'abbigliamento e dell'acconciatura, nei diversi modi di atteggiare il corpo, camminare e volgere lo sguardo. Le donne sono chiuse in una sorta di recinto invisibile dice Bourdieu (2014) il cui velo è solo la manifestazione visibile. L'eccesso simbolico non si limita a nascondere il corpo perché venga reso non visibile dai vestiti, ma lo richiama continuamente all'ordine.

Ciò non è molto dissimile da quello che accade nei paesi occidentali, senza bisogno del velo, quando ci si trova a camminare su tacchi altissimi, con gonne strette e scollature con la continua preoccupazione di aggiustarsi i vestiti perché non scoprano il corpo più dei limiti consentiti (Bourdieu, 2012).

In altri termini, i modi di atteggiare il corpo sono associati al contegno morale e l'esibizione controllata del corpo che si offre e si nega è tale da fare onore agli uomini al cui punto di vista si subordina. Le donne esistono innanzitutto per e attraverso lo sguardo degli altri, afferma l'autore (2012), cioè in quanto oggetti attraenti, accoglienti, disponibili e la pretesa femminilità non è spesso altro che una forma di compiacenza nei confronti delle attese, maschili, evidenti o presunte, soprattutto in materia di celebrazione dell'ego.

Il mercato dei beni simbolici è, quindi, quello in cui gli uomini si misurano, si scambiano riconoscimenti e onori, si valutano, disputano i loro giochi di potere, prestigio e riconoscimento delle gerarchie. Alle donne, con tutto ciò che concorre alla loro apparenza, è affidato il capitale simbolico della famiglia, la gestione della sua immagine pubblica, la sua rispettabilità etica-estetica. Le donne, dice ancora Bourdieu (2012), si fanno strumenti di esibizione del capitale simbolico. I rapporti sociali di dominio vengono iscritti nei corpi, somatizzati. Il corpo viene socialmente differenziato in maschile e femminile, e ciò avviene solo in minima parte tramite un'azione pedagogica esplicita ed espressa; infatti, sono molto più efficaci le

ingiunzioni tacite presenti nella routine dei riti, collettivi e privati, e nella divisione del lavoro. Anche nelle società dove sono scomparsi da molto tempo i divieti formali che impedivano alle donne di accedere a determinate occupazioni, c'è, comunque, una tendenza di massa del genere femminile a scegliere lavori e professioni consoni alla loro vocazione. Disposizioni ritenute femminili come sottomissione, gentilezza, docilità, devozione e abnegazione, incontrano facilmente le corrispondenti possibilità lavorative a cui le donne hanno possibilità di accedere; in più, il posto di lavoro autorizza e favorisce certe condotte sessualmente connotate (Carera e Coppola, 2014). Ad esempio, alcuni luoghi professionali, quali il reparto ospedaliero o l'ufficio ministeriale, che funzionano come quasi famiglie in cui il caporeparto, quasi sempre un uomo, esercita un'autorità paternalistica, fondata sul coinvolgimento affettivo o sulla seduzione e offre una protezione generalizzata a un personale subalterno in gran parte femminile. Le professioni tradizionalmente maschili in cui le donne hanno accesso sono o già squalificate o in declino e, a parità di titolo di studio, sono meno pagate e più a rischio di precarizzazione. Il ricorso al lavoro part-time ha l'effetto sicuro di escludere la donna dai giochi di potere e dalla possibilità di carriera (Bourdieu, 2012).

Oltre alla divisione sessuale del lavoro, i richiami all'ordine muti vengono comunicati attraverso i cosiddetti "riti di istituzione". Essi sono presenti come riti di passaggio nella famiglia e nelle comunità, nelle chiese, nella scuola, nello Stato e sanciscono non solo il passaggio ad esempio del giovane ad una condizione di esclusione e minorità al mondo adulto, ma anche la separazione tra maschi e femmine. Il marchio distintivo dato dal rito separa da chi non è ancora socialmente degno di riceverlo ma, soprattutto, da chi non sarà mai degno, cioè le donne. I maschi celebrano la rottura col mondo esterno da cui le figlie sono esentate. Questi riti, nelle culture occidentali contemporanee, si esprimono, spiega l'autore, in certe forme di coraggio: per appartenere al gruppo dei veri uomini e rafforzare la solidarietà virile bisogna rischiare, sfidare il pericolo, respingere le misure di sicurezza. I comportamenti temerari esibiscono così una forma di eroismo che nasce

piuttosto dalla viltà, dalla paura di perdere la stima del gruppo, di non essere giudicato all'altezza di appartenervi (Bourdieu, 2014).

Il maschio, sottolinea infine Bourdieu (2014), è allenato a riconoscere i giochi sociali che hanno come posta una qualsiasi forma di comando e in cui è designato molto presto, soprattutto attraverso i riti di istituzione, come dominante. Le donne, invece, hanno il privilegio, tutto negativo, di non lasciarsi irretire dai giochi che hanno per posta i privilegi, di non lasciarsene coinvolgere. Da tutto ciò si può trarre che, ancora oggi, la profondità dell'oppressione di genere è radicata nella nostra cultura; molte sono le illusioni da smascherare e difficile è trovare soluzioni plausibili (Bourdieu, 2014).

La relazione: esiste o non esiste?

Nella società Occidentale, il dominio ha letteralmente forcluso dalla storia l'altra metà del genere umano ed è la ragione fondamentale, secondo Paola Zaretti (2014) di quella che oggi si può definire una vera e propria guerra di genere tra uomo e donna. Nell'apparato simbolico in cui viviamo, abitato da un genere unico con esclusione dell'altro, non ci si limita soltanto ad escludere ogni possibilità di relazione tra i sessi, ma viene istigata la conflittualità e incrementata la violenza di genere. È di questa violenza, che segna la relazione uomo-donna, che è importante tener conto. La parola relazione viene usata, nei diversi contesti discorsivi in riferimento al genere, da surrogato ad una relazione assente, a un rapporto inesistente e il suo ritornare vuole supplire al buco scavato da questa assenza (Zaretti, 2014). Marina Valcarengi (2009) sostiene che la paura che gli uomini e le donne esprimono reciprocamente, l'uno verso l'altra, ha origine nell'evidente diversità del modo di capire, di sentire, di immaginare. L'autrice afferma che la diversità, soprattutto quando è insondabile, è sempre inquietante, ma nello stesso tempo, e proprio per lo stesso motivo, esercita una particolare fascinazione. E proprio la paura irriducibile e la definitiva diversità sono due espressioni che mettono particolarmente in evidenza la difficoltà di relazione tra i sessi, anche se le complicità non finiscono qui ed arrivano ad invadere la sfera dell'amore.

L'autrice, infatti, afferma ancora che in una relazione d'amore si manifestano difficoltà che derivano dal modello sociale e quindi dallo stile di vita, ma vengono alla luce anche difficoltà di carattere archetipico che riguardano tutti e in ogni tempo.

Ciò non si discosta molto dal punto di vista di Lacan (2011) che sostiene che non c'è rapporto sessuale nella relazione uomo-donna ma ciò non significa che non ci sia l'atto sessuale (p. 58). In altre parole, Lacan sostiene che l'amore, scindibile dal sesso, è talmente inscindibile, invece, dalla relazione da fungere da sostituto del rapporto sessuale mancante.

Forse è proprio perché questa relazione non c'è, dice ancora Paola Zaretti (2010), che se ne parla: per farla esistere; per la resistenza che si pone all'accettare la verità di questo impossibile che la vita a due fa vedere ogni giorno, anche se si fa di tutto per occultarla.

Importante è chiedersi se la scissione fatta tra atto sessuale e rapporto caratterizza in modo indifferenziato entrambi i sessi o se esistono differenze nella modalità di relazionarsi all'altro/a tra il comportamento maschile e femminile. Per cogliere questa esperienza estrema di scissione tra amore e bisogno è necessario, afferma Jole Baldaro Verde (2010), analizzare la pratica estrema del non-incontro e della non-relazione considerando anche la pratica della prostituzione, molto diffusa nel mondo maschile, e che ci aiuta a capire la modalità estrema, dell'uomo, di relazionarsi all'altro sesso chiamata da Lacan godimento fallico (o dell'idiota). La pratica della prostituzione, però, non è il solo modo utilizzato per sottrarsi alla relazione; bisogna allora chiedersi, dice Maria Micozzi (2010) cos'è che rende la relazione uomo-donna così difficile, così impossibile? Dove dobbiamo cercare l'origine di questa impossibilità? Perché gli uomini fuggono dalla relazione? Di chi o di cosa hanno paura?

La sentenza di Lacan (2011) sull'impossibile del rapporto sessuale forse deve essere contestualizzata e considerata all'interno del contenitore che è il nostro ordinamento simbolico, la cui misoginia è indiscutibile. L'apparato simbolico in cui viviamo e dal quale siamo plasmati/e e forgiati/e dispone di un solo significante unico: il fallo. Quest'ultimo ha la funzione di rappresentare in modo

indifferenziato ma tutt'altro che neutro, entrambi i sessi. Quello che manca in questo ordinamento è, quindi, un significante della differenza, che rappresenti la donna. Poiché a fondare la relazione è proprio la differenza, questo è ciò che serve per comprendere che la relazione tra i sessi, prima che risultare impossibile nel reale del vivere quotidiano, è impossibile nello stesso ordine simbolico di cui questa realtà è il riflesso (Zaretti, 2010).

In questo ordine simbolico patriarcale, vige e governano la logica dell'Uno e dell'opposizione binaria, che ha da sempre contrapposto maschio e femmina, e la logica delle gerarchie e delle esclusioni (Zaretti, 2010). Una volta che si viene a conoscenza di questo disfunzionamento può essere più facile capire che l'impossibile della relazione uomo-donna e le conflittualità di genere che in questa relazione sono attivate e incrementate non sono altro che l'immagine incarnata e riflessa di quel sistema di pensiero andro-fallico su cui il nostro ordine simbolico è stato edificato. Da ciò si può dedurre, afferma ancora Paola Zaretti (2010), che è difficile, partendo dall'assioma di un genere unico maschile, creare relazioni armoniche, non dicotomiche, non oppostive e non rivendicative tra i sessi; la nostra cultura, infatti, dall'educazione familiare alla formazione scolastica, è letteralmente inquinata da un assioma che proprio sull'opposizione e sulla rivendicazione di genere ha fondato se stesso. Esiste una profonda differenza tra la posizione di un genere (maschile) che si è storicamente opposto all'altro genere (femminile) e la posizione di un genere (femminile) che si è opposto non all'altro genere (maschile) ma all'opposizione da esso perpetrata.

Sembra chiaro, quindi, che l'inesistenza del rapporto sessuale e le difficoltà che concretamente ne derivano per uomini e donne nel quotidiano, non va imputata alla malvagità dei singoli ma sono l'esito prevedibile di una guerra di genere ultramillenaria prodotta e trasmessa nei secoli dalla metafisica dell'Uno che, escludendo il Diverso, ha escluso anche ogni possibilità di relazione. Non c'è, né ci può essere, relazione tra donne e uomini se non si modifica in profondità il modo di pensare (Zaretti, 2010). Per Lacan (2011) un rimedio c'è: se non c'è rapporto sessuale, donne e uomini possono tuttavia accontentarsi di qualcosa di

meno o ambire, a seconda dei punti di vista, a qualcosa di più, come ad una “relazione temperata e vivibile tra i sessi”.

È proprio la centralità di questa relazione e dell’interdipendenza tra soggetti l’unica possibilità di riscatto dalla distruttività del mondo, sostiene Butler (in Bernini e Guaraldo, 2009).

La visione dal punto di vista maschile e femminile

Il rapporto/non rapporto tra uomo e donna può essere considerato da un doppio versante: maschile e femminile.

Sul primo versante, maschile, la difficoltà di relazione con la donna può essere individuata, secondo Zaretti (2010), in quell’estraneità-alterità, inquietante per un uomo, legata al fatto di nascere da una donna e, quindi, di poter comparire nel mondo solo grazie ad un essere differente, altra da lui. Da qui deriva una posizione ambivalente di desiderio e rifiuto, di amore e odio verso la Madre come figura invocata e maledetta, generosa e possessiva, necessaria e rischiosa come creatura creatrice, la quale testimonia e alimenta il deino, il tremendo e meraviglioso (Digioni, “Di tutti i nomi il più bello” in “Madri”) di questa vita. La Valcarenghi (2009) descrive un comportamento archetipico dell’uomo di fronte alla diversità: egli sceglie di riuscire ad assimilare gli aspetti differenti e quindi depotenziarne gli effetti per non averne più paura, o deve sopprimerli. In questo modo viene riconosciuto al supremo gesto d’amore materno, che consiste nel dare la vita, anche il suo lato oscuro, il suo risvolto tragico di affidare un/a figlio/a al proprio destino mortale. È possibile ipotizzare che la differenza che passa tra uomo e donna nel rispettivo modo di vivere e di rapportarsi alla propria finitudine, accettazione da parte dell’una e rigetto da parte dell’altro, possa essere ricondotta e collegata a questo gesto femminile-materno in cui vita e morte, creazione e nulla convivono (Zaretti, 2010).

Se ora consideriamo la difficoltà di relazione dal versante femminile, Zaretti (2010) suggerisce di chiedersi se il difficile approccio della donna all’uomo, sia da riferirsi alla fase pre-edipica della bambina e alla sua resistenza al cambio d’oggetto

che comporta la perdita del suo primo oggetto d’amore omosessuale, cioè la madre, per rivolgersi al padre e, più tardi, all’uomo. Freud (1931) sembra avallare questa ipotesi quando scrive che l’amore della bambina per il padre e, successivamente, per l’uomo, è solamente un debole surrogato dell’amore rivolto prima alla madre. Con questa scoperta sembra che Freud voglia dire che il pre-edipo della donna la renderebbe portatrice di ostilità nei riguardi dell’uomo. Egli, infatti, scrive che, nel suo primo legame coniugale, la donna riversa sull’uomo tutta la carica di ostilità e di odio accumulata nei riguardi della madre che fu costretta ad abbandonare per scegliere il padre, come viene atteso dal copione della normativa eterosessuale che la psicanalisi ha fatto propria; le cose andrebbero poi meglio col secondo partner (1931).

Differenze tra maschile e femminile

Maria Micozzi (2010) dichiara come la differenza primaria su cui poggia il sessuale è data dalla coppia maschio-femmina e si configura sulla base delle modalità con le quali il maschio e la femmina si rapportano, rispettivamente, al fenomeno della generatività. La differenza di paradigma corporeo che distingue la femmina dal maschio conduce a categorie di grande rilevanza (Micozzi, 2010).

Innanzitutto l’autrice sostiene che nella femmina il sé contiene l’altro da sé. Il rapporto del maschio con la generatività, invece, è di tipo indiretto in quanto tale rapporto si realizza solo attraverso la femmina. L’altro da sé è all’esterno di; ciò significa che la relazione primaria non richiede al maschio particolari atteggiamenti nei confronti dell’interiorità, ma lo spinge piuttosto a muoversi ed agire oltre il proprio confine corporeo. Il processo si struttura come tensione automatica al fuori e il fuori diventa, per necessità, il “luogo” da vincere, possedere e controllare per la definizione del sé e per il suo mantenimento; la mancanza e il limite si riducono ad ostacoli da eliminare. Le ostilità di un ambiente naturale caratterizzano la parte più antica e lunga della storia umana, facilitando, in una sorta di conferma autoreferenziale, la propensione alla conquista e al possesso con la

quale il maschio umano tende a rapportarsi con l'esterno (Micozzi, 2010).

Valcarengi (2003) tratta proprio la differenza tra maschile e femminile a riguardo del pensiero, del sentimento e della sessualità. L'autrice pensa che questa non sia tanto una differenza di funzioni e, quindi, maschile = pensiero e femminile = sentimento, quanto due differenti forme di pensare e sentire, due forme aggiuntive di prendere contatto con l'esperienza e non di due modelli, entrambi mutilati, di vivere l'esperienza.

Per quanto riguarda il pensiero, quello maschile è analitico, logico-deduttivo o penetrativo: è orientato a un obiettivo e lavora per separazioni. Serve a mettere a fuoco i particolari, ad orientarsi e delimita l'oggetto di indagine, per penetrarlo, e funziona con il principio di causa-effetto, lineare, per successive conclusioni. È lucido, rapido, preciso (Valcarengi, 2003).

Il pensiero femminile opera, invece, con la contemplazione di un insieme, assorbe l'oggetto della conoscenza, cioè raccoglie, riceve e poi mette insieme le informazioni esaminando le relazioni reciproche tra i diversi aspetti arrivando alla conclusione. Fa sintesi, unisce, con-tiene insieme, collega per analogie: è induttivo e recettivo. Il processo che fa questo pensiero non è evidente, visibile, rimane nascosto per portare fuori le conclusioni. È diverso dall'intuizione perché mentre quest'ultima è inconscia, il pensiero femminile conosce il perché e la volontà che l'ha creato (Valcarengi, 2003).

La Valcarengi (2003) sostiene inoltre che queste due forme di pensiero non si escludono a vicenda ma devono coesistere. Infatti proprio perché sono complementari hanno bisogno l'uno dell'altro per dar vita a una funzione mentale completa e armoniosa, non solo nella vita collettiva ma in ogni essere umano. Aggiunge poi che ciò che è accaduto nella cultura occidentale è, invece, il fallimento di una forma mentale, quella femminile, che ha consentito l'inflazione dell'altra, quella maschile, diventato autocrate convinto che l'universo conoscibile sia modellato come sua forma, e, quindi, ossessivo, dispotico e qualche volta paranoico. L'autrice sembra perciò dire che femmine e maschi stanno male perché nell'inconscio di entrambi i sessi abitano sia il potenziale creativo sia distruttivo del pensiero femminile, che non avendo mai diritto di parola, quando eccezionalmente può

farlo si esprime male ritrovandosi nel disordine mentale, nell'indifferenziazione caotica e in crudeli tratti castranti. I sintomi più diffusi di questa rimozione sono ansia in forma di agitazione e insicurezza, anestesia in forma di tranquillità e lentezza inerti, nonché l'adesione acritica e unilaterale al pensiero maschile come unico praticabile.

Diversamente dal pensiero, il sentimento, secondo l'autrice, è riconosciuto nell'opinione comune nella sola forma recettiva, ossia femminile. In generale la differenza tra sentimento maschile e femminile, pur avendo entrambi a che fare con responsabilità, coraggio, rischio-egoismo, vigliaccheria, crudeltà, è che il primo si dirige verso l'oggetto, al nucleo di una situazione, il secondo contempla e si lascia permeare (Valcarengi, 2003).

Infatti, mentre il sentimento femminile rappresenta l'amore capace di fare i conti con il dolore, quello maschile, invece, che è fatto di azione, intervento, progettualità, che organizza e dirige la sua energia, l'impegno sociale, l'attaccamento al proprio lavoro, il desiderio di conoscenza, le attività di sperimentazione e ricerca nella loro dimensione progettuale, non è riconosciuto come tale ma viene per lo più ricompreso nella definizione di pensiero. L'espressione dell'emotività che è consentita ai maschi, secondo l'autrice, sembra essere solo quella parziale, che li trasforma in uomini dolci e aggiunge che sembrano donne e che risultano morbidi, accoglienti (ed erotici) come un vecchio cuscino dimenticando per la strada la loro bella energia di sentimento, così fondamentale per il loro equilibrio. E anche per il nostro. La Valcarengi (2003) individua cioè dei modi maschili di portare l'amore nel mondo: la passione per il cambiamento, responsabilità, progetti e decisioni che non sono solo, come qualche volta si crede, conseguenze di pensieri e ragionamenti, ma anche di sentimenti e di emozioni.

Se la passione per il cambiamento è autenticamente maschile, il terrore che esso provoca in realtà può essere letto allora come un sintomo del maschile patologico. L'ombra nel maschio produce vanità, settarismo e violenza; nella donna incapacità di schierarsi e di rischiare, l'esigenza di giustificare sempre e comunque chiunque pur di non aprire conflitti emotivi e la

difficoltà ad assumersi la responsabilità morale di una scelta (Valcarengi, 2003).

Rispetto alla sessualità l'autrice (2003) propone la differenza maschile = penetrare, femminile = accogliere.

Il conflitto tra desiderio e colpa è all'origine della patologia femminile; il senso di colpa agisce a livello inconscio, in quanto è radicato nell'inconscio collettivo occidentale fin dall'antichità e se ne sono perse le tracce nella coscienza individuale. Essendo, quindi, in agguato il senso di colpa, la paura di perdere il controllo fa scattare il blocco che spegne quel desiderio e quel piacere. L'istinto sessuale maschile, al contrario di quello femminile, non è stato represso ma amplificato (Valcarengi, 2003).

Le conseguenze più evidenti a ciò sono i comportamenti compensatori che comprendono una serie di "sintomi" tra cui quello che la Valcarengi (2003) definisce una sottile perversione, cioè l'incollare l'amore alla sessualità. Ritrovare/riconoscere la propria pulsione di vita indipendente dall'oggetto è accedere alla forza del proprio desiderio. Vivere in pienezza la sessualità consegna definitivamente alla condizione di soggetti, mentre vivere la sessualità in dipendenza dal desiderio altrui costringe nella posizione di oggetti e quindi deprivati di identità, di desideri e inevitabilmente di aggressività, dice la Valcarengi (2003).

Secondo Freud (Adler, 1992) le ragioni teoriche del rigetto del femminile sono presto dette protesta virile per lui, cioè l'insieme delle modalità, lineari e artificiose, con cui la volontà di potenza si propone di superare o aggirare un sentimento o un complesso di inferiorità, invidia del pene per lei. Nessuna differenza, dunque; né lei né lui vogliono saperne nulla della femminilità e questo rigetto condiviso è considerato da Freud un elemento del grande enigma del sesso. Enigma di facile soluzione. Non c'è nulla di misterioso e di cui stupirsi se all'interno di un ordine simbolico, semplificato e lineare, che è fondato su un unico assioma a misura d'uomo, mentalmente votato all'unicità, identità, totalità, in cui a rappresentare uomo e donna in modo neutro e indifferenziato, c'è un unico simbolo di genere maschile, il fallo, uomini e donne rifiutino, per ragioni diverse, la femminilità.

Questo rifiuto del femminile è indotto dallo stesso sistema che lo produce; perciò, non c'è da stupirsi se, in una cultura fondata sul mito della potenza, lui difende la sua virilità traballante e lei, per trovare posto in un simbolico monogenere che da sempre la esclude, è costretta a sgomitare e a virilizzarsi, al prezzo della sua alienazione e, non da ultimo, del sacrificio materno (Valcarengi, 2003).

Si può così ben capire, come dice Paola Zaretti (2008) che il furto del femminile, con gli effetti di perdita di femminilità, è opera, in definitiva, di un sistema che nel creare le condizioni per l'estinzione del femminile ha finito per danneggiare se stesso promuovendo l'involuzione di una società uni-sessuata sempre più povera di donne, sempre più avara di madri. E aggiunge che la trasformazione delle donne nella versione, duplice, di infelici maschere in carriera prive di grazia o in corpi scarnificati o debordanti per rifiutare un femminile mercificato, è il culmine e il declino di quel sistema totalizzante che è il patriarcato.

Come già detto, nell'ordine simbolico, c'è il primato di un unico significante universale, il fallo, incaricato di rappresentare uomo e donna, sottolineando al tempo stesso la mancanza, l'assenza, di un simbolo equivalente atto a rappresentare la donna. Se si può dire che l'uomo c'è ed esiste e che la donna non esiste (Maja, 2014), ciò è dovuto al fatto che il significante è il solo a non poter significare nulla in quanto esiste un unico simbolo che vale per entrambi i sessi. L'antecedente teorico di questa unicità è nota e datata: lo troviamo in Freud là dove egli postula l'esistenza di una libido unica maschile per uomo e donna.

Per comprendere meglio l'enunciato, bisogna tener conto, tuttavia, di un altro aspetto importante: questo simbolo unico per rappresentare i due sessi, oltre ad essere uno, è anche onnicomprensivo e, come tale, è anche un Uno-Tutto. Il primato-privilegio di genere è già pienamente dominante e operante nella nostra lingua e nella nostra grammatica e ciò non va senza conseguenze sullo sviluppo evolutivo e sulla formazione mentale degli individui che decide e incide, a sua volta, sul loro comportamento individuale e sociale. L'assorbimento del femminile nel maschile, l'inclusione della donna, che è Altro dall'Uno,

nell'Uno-Tutto, comporta, inevitabilmente, quanto alla sua rappresentabilità, una forma di esclusione-cancellazione del femminile dall'ordinamento simbolico in cui viviamo (Zaretti, 2011).

Il patriarcato muore, si auto s-termina, come dice Galimberti (Zaretti, 2011) non per colpa delle donne ma in ragione di questo suo artistico ruotare a vuoto su se stesso, e questo circolo vizioso è il prezzo da pagare all'esclusione dal suo uni-verso di tutto ciò che è "Altro da sé", differente da sé. Per uscire da tutto ciò l'unico modo è amare la differenza, "l'Altro dall'Uno", scommettere sulla differenza. E se è vero quello che dice Lacan che quando si ama lo si fa sempre e solo da una posizione femminile, a prescindere dall'anatomia, è questa posizione, odiata e agognata, che uomini e donne devono acquisire con un paziente lavoro individuale di ristesura di e su se stessi (Zaretti, 2011).

Per concludere e, in parte, riassumere, possiamo prendere in considerazione ciò che viene trattato ne "La paura degli uomini" (2009) di Leiss. Gli uomini incutono paura perché sono divorati dalla paura. La radice della violenza maschile non risiede in un'indistinta e neutra violenza generale della società capitalistica, ma nella salutare crisi della società patriarcale. Da questa crisi non si esce senza un mutamento di paradigma radicale, senza l'assunzione della teoria e della pratica della differenza. Per l'universo maschile inizia l'arduo percorso del riconoscimento della propria parzialità, percorso che segnala solo timidi e circoscritti episodi che vanno in questa direzione. È in un contesto culturale e psicologico che vanno scandagliati i dati impressionanti di violenza contro le donne, perpetrati prevalentemente nella sacralità della famiglia. Il maschio in crisi sfugge alla messa in discussione e cerca, con l'ausilio della propria forza, di ripristinare un equilibrio, fondato sulla primazia, ormai irreversibilmente perso. La sua virilità e potenza vengono messe in crisi persino dall'innovazione tecnologica che ridimensiona significativamente la sua forza fisica annullando così vantaggi consolidati. C'è perversa complementarità tra le pulsioni violente maschili e le residue tracce di dipendenza femminile verso quelle drammatiche sopraffazioni. È la ferita narcisistica quella che sanguina nella psiche maschile e che produce un

istinto proprietario. Da sempre gli uomini, fin dalla nascita, si specchiano negli sguardi confermativi delle donne, siano esse madri o sorelle; sguardi amplificati dall'assenza dei padri. L'egocentrismo del genere maschile produce effetti distruttivi. È evidente che la fuoriuscita da questo contesto allude ad una alternativa culturale e nel pieno dispiegamento del "mondo per due". La violenza non è dunque segnata dal censo né dalla collocazione politica, è maschile, e solo un processo di riconoscimento autonomo della propria colpevolezza da parte degli uomini può segnare l'avvio di una fase nuova (Paolozzi e Leiss, 2009).

Il conflitto tra i sessi non è eliminabile, ma può darsi come non mortifero, non violento. Un incontro-scontro inedito (Paolozzi e Leiss, 2009).

L'interdipendenza nel rapporto tra uomo e donna

Ogni essere umano, affermano Di Nicola e Danese (2008), è dotato di risorse specifiche, di talenti e limiti che costituiscono il suo DNA, non solo in senso genetico ma anche psichico, intellettuale e spirituale. La maturità consiste nel prendere coscienza di queste risorse e gestirle e, quindi, nell'orientare il proprio comportamento tenendo conto della dotazione di cui si dispone e facendola fruttare al meglio. La differenza sessuale rientra in questa dotazione di base che costituisce una persona già dalle prime settimane di vita come maschio o come femmina (Di Nicola e Danese, 2008).

Un tempo, continuano gli autori, ad una data conformazione fisica corrispondevano modelli comportamentali precisi e rigidi del maschile e del femminile, riproposti dall'ambiente circostante: un modello maschile ispirato alla forza, all'autorità e alla razionalità e uno femminile ispirato, invece, all'emotività, all'obbedienza e all'intuizione. Oggi, questi stereotipi rigidi sono stati superati e cedono di fronte al cambiamento del profilo maschile e al protagonismo delle donne. L'ideale relazione tra i sessi, comunque, stenta a realizzarsi nella storia, se non a tratti e in trasparenza. I due autori sostengono (2008) che il travaglio della realtà rispecchia quello del pensiero, che fatica a declinare la differenza uomo-donna senza, però,

incappare nelle trappole dell'uguaglianza e della differenza assolutizzate. La tendenza è, invece, piuttosto quella di ridurre ad *unum* l'uniduale originario. La categoria antropologica di Uomo riassume tutte le differenze, con l'occultamento inevitabile della donna. La pluralità, continuano gli autori, viene riassunta dalla ragione entro categorie generali e sintetiche, la differenza è organizzata gerarchicamente, status e ruoli prevalgono sulla comunicazione, le definizioni sulla reciprocità, la sintesi sulle relazioni e l'astrazione sulla ricchezza del reale (2008).

Caterina Wolf (2000) afferma che quando lei stessa pensa all'essere uomo e all'essere donna fa riferimento naturalmente alla prima grande differenziazione dell'umanità in due gruppi distinti, e riduce questa distinzione fondamentale al carattere fisiologico e biologico di ciascun gruppo, e pensa insieme all'irrinunciabile interdipendenza di questi due grandi gruppi distinti, che insieme appunto costituiscono l'umanità. Attorno a questa distinzione si è costruita una rete di attribuzioni di ruoli, comportamenti, qualità, sentimenti ed emozioni che sono di derivazione culturale, sociologica e antropologica e che variano con il tempo, le culture e i luoghi. Con la crisi della società patriarcale, continua l'autrice, è diventato ancora più evidente che la differenza sessuale è stata per millenni oggetto di discriminazioni strumentali e di distinzioni che non avevano altro fondamento e giustificazione che l'esercizio e l'organizzazione del potere.

Dice la Wolf (2010) che la donna del patriarcato ridotta al silenzio come soggetto collettivo si è trovata confinata, a volte magari anche felicemente, dentro l'ambito privato. Ma la scelta non è stata concordata. La nostra psiche porta ancora i segni di queste modalità di relazione; infatti, la discriminazione e la scissione esposte, sottolinea l'autrice, si sono riprodotte nella nostra psiche inconscia perpetuando, anche in contrasto con la nostra intenzionalità, problemi di relazione e di identità. È necessario quindi, suggerisce, prendere coscienza delle reciproche proiezioni sull'altro sesso, responsabili sia di grandiosi investimenti amorosi e idealizzazioni, sia di rifiuti e ambivalenze e di parzialità e pregiudizi, che oltre a distorcere la percezione dell'altro, deturpano la nostra potenziale interezza e integrità (Wolf, 2010).

Da tenere in considerazione è che la nostra identità si fonda sulla differenza biologica, nell'esperienza del corpo, ma si costituisce anche su un'infinità di elaborazioni di esperienze e di acquisizioni, che si articolano a partire dalla nostra relazione con il mondo, e che di volta in volta vengono inclusi, o esclusi dalla percezione che abbiamo di noi stessi, del nostro modo di definirci, o di confrontarci con le percezioni che gli altri hanno di noi quindi esiste la possibilità di entrare ed uscire da un'identificazione troppo esclusiva e rigida con aspetti maschili o femminili; i confini della nostra identità possono essere elastici e capaci di includere e di potenziare, quando la situazione lo richiede, qualità e risorse che si ritenevano inaccessibili, forse perché troppo a lungo colonizzati.

Ci troviamo sostanzialmente di fronte ad una duplice esigenza, affermano Di Nicola e Danese (2008): se da una parte c'è l'esigenza di mantenere, in qualche modo, una differenza originaria indispensabile per la reciprocità, dall'altra è importante riuscire a creare un rapporto di interdipendenza che possa aiutare nel mantenimento di una parità tra i sessi ed impedisca, in questo modo, il dislivello spesso presente nei giochi di potere.

Riferimenti bibliografici

- Adler, A. (1920). *Praxis und Theorie der Individual Psychologie*, Fischer Taschenbuch (trad. it.: *La Psicologia Individuale*. Roma: Grandi tascabili economici Newton, 1992).
- Bourdieu, P. (2014). *La domination masculine*, Paris: Edition du Seuil, 1998 (trad. it.: a cura di A. Serra, *Il dominio maschile*. Milano: Feltrinelli, 1999).
- Bernini, L., e Guaraldo, O. (a cura di) (2009). *Differenza e Relazione. L'ontologia dell'umano nel pensiero di Judith Butler e Adriana Cavarero*, Verona: Ombre corte.
- Carera, A., e Coppola, A. (2014). *Ponti invisibili. Voci di donne, storia della Cisl 1950-2012*. Roma.
- Freud, S. (1970). *La vita sessuale*, Torino: Boringhieri.
- Di Ciaccia, A. (a cura di) (2011). *Jacques Lacan, Il Seminario. Libro XX, Ancora*, Piccola biblioteca Einaudi.
- Micozzi, M. (2010). *Il femminile e i femminili – il sessuale negli assiomi, nelle procedure di congruenza e nelle strategie della cultura*
- Paolozzi, L., e Leiss, A. (2009). *La paura degli uomini. Maschi e femmine nella crisi della politica*, Milano: Il Saggiatore.
- Valcarengi, M. (2003), *Aggressività femminile*, Milano: Mondadori.
- Valcarengi, M. (2009), *L'amore difficile. Relazioni al tempo dell'insicurezza*, Milano: Mondadori.

Sitografia

- Zaretti, P. (2008). Il furto del femminile e le traversie del materno. Inventare la Donna. Testo disponibile al sito: http://www.oikos-bios.org/IL_FURTO_DEL_FEMMINILE.pdf, 2008.
- Maja, S. (2014). La donna non esiste, le donne invece sì. Testo disponibile al sito: <https://rassegnafp.wordpress.com/2014/07/01/la-donna-non-esiste-le-donne-invece-si-2/>, 2014.
- Di Nicola, G.P., Danese, A. (2008). Donna e uomo: creati l'uno per l'altra. Testo disponibile al sito: <http://www.laici.org/index.php?p=danesedinicola>, 2008.
- Zaretti, P. (2014). Tabula rasa. Il femminismo ritrova la strada. Testo disponibile al sito: <http://femminismoinstrada.altervista.org/il-femminismo-ritrova-la-strada-tavola-con-la-psicanalisi/>, 2014.
- Lezioni su Lacan. La sessuazione femminile e il legame sociale. Testo disponibile al sito: <http://www.psychiatryonline.it/node/3470>.
- Bourdieu, P. (2012). Riassunto del saggio di Pierre Bourdieu, *La domination masculine*, Edition du Seuil, Paris 1998 - tradotto ed edito da Feltrinelli. Testo disponibile al sito: <http://freeforumzone.leonardo.it/lofi/Pierre-Bourdieu/D10282221.html>.
- Zaretti, P. (2010). L'impotenza sessuale e lo stupro. Metafore per l'indicibile. Testo disponibile al sito: <http://www.universitadelledonne.it/zaretti3-10.htm>.

Per ulteriori approfondimenti

- Recensione riassunto del saggio di Pierre Bourdieu (1998) Editto da Feltrinelli. Testo disponibile al sito: <http://www.ecn.org/reds/donne/cultura/culturadominiomaschile.html>
- Zaretti, P. (2011). Maschile patologico. La vocazione suicida del Patriarcato. Testo disponibile al sito: http://www.unive.it/media/allegato/dep/n16-2011/Ricerche/3_Zaretti_c.pdf
- Coyaud, S. La scienza: una passione femminile Scienziate grandi e grandissime nella storia e nell'attualità. Testo disponibile al sito: http://dialogaredonna.altervista.org/Dialo_Activ_testi/D_085_091.pdf

IL NARCISISTA: TRA SUCCESSO E FALLIMENTO

di Noemi Garofalo

Dottore in Psicologia, Tirocinante Scuola di Psicoterapia Comparata

Narciso era figlio della ninfa Liriope, che si era rivolta al veggente Tiresia per sapere del destino del figlio. Tiresia aveva risposto che Narciso avrebbe vissuto purché non avesse conosciuto se stesso. Narciso era molto bello e di lui si innamoravano giovani di ambedue i sessi che egli puntualmente respingeva. Fra questi vi era la ninfa Eco, che rifiutata si ridusse ad una pura voce di lamento, e Arminio, che respinto si uccise con una spada invocando gli dei perché vendicassero la sua morte. La madre di quest'ultimo, Artemide, fece in modo che Narciso potesse rispecchiarsi nelle acque di uno stagno e, così facendo, Narciso si innamorò della propria immagine: egli cercava di toccarsi ma ogni volta che lo faceva increspava l'acqua facendo scomparire la sua immagine. Alla fine si uccise trafiggendosi il petto con una spada e dalla terra inzuppata del suo sangue nacque il fiore, che prese il suo nome (Graves, 1992).

Il termine narcisismo venne utilizzato per la prima volta nel 1898 dall'americano Havelock Ellis, che, con la locuzione *narcissus-like*, aveva indicato l'atteggiamento psicologico del ripiego su se stessi. L'anno successivo Nacke introdusse il termine *narcissismus*, come espressione di una perversione sessuale.

La prima accezione freudiana di narcisismo riguardò l'assunzione della propria persona come oggetto d'amore, stadio intermedio necessario fra l'autoerotismo infantile e l'amore oggettuale. Questa idea, già comparsa nel 1912-13 in *Totem e tabù*, consentiva all'individuo di orientare su se stesso l'indirizzo delle diverse pulsioni sessuali, che, inizialmente risultano unificate. Nel 1914 Freud scrisse l'*Introduzione al narcisismo* in cui spiegava le modalità con cui

nevrotico e psicotico investono la libido e di conseguenza anche il diverso modo con cui compiono il distacco dalla realtà esterna: mentre il nevrotico distoglie la libido dagli oggetti reali e la rivolge agli oggetti della fantasia, pur mantenendo una libido oggettuale, nello psicotico la libido è ritirata sull'Io ripristinando uno stato primitivo infantile e conservando l'onnipotenza del pensiero.

Freud introdusse anche il termine "nevrosi narcisistica" per indicare un disturbo psichico caratterizzato dal ritiro della libido interamente sull'Io. La nevrosi narcisistica si identificava con la psicosi, detta funzionale, derivante, cioè, da un'affezione non somatica dell'apparato psichico.

Freud introdusse anche una distinzione fra narcisismo primario e narcisismo secondario: il primario costituisce uno stadio precoce in cui il bambino investe tutta la libido su se stesso; il secondario designa invece un ripiegamento sull'Io della libido, sottratta agli investimenti oggettuali.

Successivamente nell'opera *Introduzione alla psicoanalisi* del 1916-17, Freud sostenne la localizzazione del narcisismo primario ad un primo stadio della vita antecedente la formazione dell'Io il cui modello sarebbe quello della vita intrauterina e di cui il sonno rappresenterebbe una riproduzione perfetta. In tal modo, il narcisismo primario indica una posizione indifferenziata nei confronti dell'oggetto senza distinzione fra soggetto e mondo esterno (Mangini, 2001).

Il narcisismo oggi e la sua quotidianità

Generalmente si pensa che il narcisismo coincida con un eccessivo e smodato amore di sé e che il narcisista sia troppo vanitoso e sicuro in tutto ciò che fa. In realtà il narcisismo patologico nasconde uno scarso amore di sé, esso implica infatti il rimanere prigionieri di un'immagine talmente ideale di sé da sentirsene paralizzati col bisogno di essere costantemente rassicurati. Il narcisista rimane intrappolato nel disperato bisogno di conferma e, non sapendo in che modo tollerare le frustrazioni, reagisce con eccessiva rabbia e sconforto. Malgrado le occasionali illusioni di onnipotenza, il narcisista attende e pretende la conferma del proprio valore e deve legarsi a qualcuno pur di sentire di valere qualcosa.

Il tentativo di colmare l'angoscia attraverso un oggetto esterno origina da un'eccessiva paura della dipendenza: egli sente di esistere poiché è l'altro che gli fa da specchio.

Il narcisista soffre quindi di violente oscillazioni che vanno dalla stima di sé alla completa svalutazione della sua intera immagine (Kernberg, 1976).

Questa breve descrizione del narcisismo risulta riduttiva poiché non coglie una molteplicità di significati, rischiando così di percepire soltanto l'aspetto patologico della personalità narcisistica; esistono infatti anche aspetti adattivi del narcisismo ai fini della sopravvivenza, ad esempio lo sviluppo di capacità che provvedono alla cura della propria salute, l'acquisizione di una forza sufficiente ad affrontare la realtà, la stima nelle proprie potenzialità, la capacità di instaurare relazioni affettive soddisfacenti. In altre parole, la giusta attenzione per noi stessi, negli anni si trasforma in un vero serbatoio dove attingere energia sufficiente a poter fronteggiare le sconfitte e i dolori che l'esistenza ci offre sotto forma di perdite affettive, delusioni, rinunce in campo lavorativo e sentimentale, che ci costringono a riequilibrare il nostro psichismo.

L'esperienza di delusione, con cui tutti prima o poi ci confrontiamo, non si trasforma in arresto del processo di crescita personale perché il rispetto che abbiamo sviluppato verso noi stessi ci consente di trovare i mezzi in grado di cicatrizzare le ferite che riceviamo, senza però annullare la capacità empatica.

L'esperienza di un affetto spontaneo da parte dei propri genitori conduce il bambino a compiere passi fondamentali per il suo sviluppo psichico: dallo stato di onnipotenza, da cui origina un senso di sé grandioso, si evolve verso una valutazione di sé e dell'altro e quindi del mondo reale che ne esce così ridimensionata, ma non impoverita. Questo ridimensionamento risulta costruttivo per il bambino poiché gli permette di instaurare confini solidi.

Un ulteriore aspetto adattivo del narcisismo è che per quanto l'individuo possa imbattersi in situazioni difficili riesce a compiere comunque delle scelte volte al suo beneficio e ad esprimere un livello di aggressività tale allo scopo di proteggere se stesso senza danneggiare l'altro.

Il narcisismo si manifesta nella sua quotidianità in soggetti carismatici che hanno un buon livello di autostima, una buona fiducia nelle proprie capacità e una tendenza a credere di essere sempre nel giusto.

Il narcisista di successo corre però il rischio di perdere il contatto con la realtà in quanto, nonostante venga collocato su un piedistallo dai suoi ammiratori, rischia comunque di cadere e spesso non ne possiede la consapevolezza.

Colui che subisce il crollo dell'immagine di se stesso sente che la propria vita è finita e solo togliendosela potrà essere ancora una volta protagonista della propria esistenza.

Il fallimento riguarda spesso non tanto la sfera sociale, quanto piuttosto quella privata e personale, egli infatti agisce guidato da un'insaziabile voglia di ottenere fama a livello sociale, trascurando però la vita privata.

Quanto descritto non è generalizzabile in quanto una buona dose di narcisismo è necessaria al raggiungimento del successo; l'individuo deve semplicemente riuscire a non esserne schiavo.

Il narcisismo si esprime anche nella vita quotidiana: ne costituiscono due esempi la fissazione e la regressione. La fissazione consiste nel considerare l'altro come specchio di una propria attività psichica, un esempio potrebbe essere incontrare un'altra persona e rapportarci ad essa rimanendo ancorati ad un pregiudizio senza tener conto della persona reale che si ha davanti. La regressione ha finalità reintegrative: a volte per poter ritrovare noi stessi abbiamo bisogno di regredire, di ritrovare e sperimentare modi di essere narcisisticamente riusciti; un esempio può essere costituito da un incontro

con un nostro vecchio amore che ci permette di ricordare un vecchio stato di innamoramento e quindi di rivivere quelle emozioni e sentirci di nuovo vitali.

Il narcisismo normale comporta un livello di considerazione di sé che sviluppa nel soggetto un senso di orgoglio tale da impedirgli di mettere in atto comportamenti di dipendenza infantile, evitando così sia di perdere la propria dignità di fronte a persone o situazioni, sia di cadere in forme di svilimento per se stessi, come invece accade quando esiste una fragile fiducia nelle proprie capacità, ricorrendo a forme di sottomissione, rinunce e non a scelte (Semi, 2007).

L'individuo dotato di una dose funzionale di narcisismo riesce a provare soddisfazione più facilmente per le sue azioni, ad accettare le posizioni che riveste nella società in cui vive, tollerando le frustrazioni, e a sopportare il peso che possono comportare, a scherzare con i propri difetti, a riconoscere i limiti posseduti senza che costituiscano un impedimento all'evolversi delle esperienze di vita. Colui che ha sviluppato questa condizione di accettazione di se stesso prova sentimenti di comprensione e di empatia verso l'altro che gli consentono di strutturare rapporti interpersonali sia nelle relazioni di amicizia che in quelle d'amore. Il narcisista sano ha un Io integrato che prevede un sistema di difese organizzate a livello elevato, un sistema di valori solido, la capacità di raggiungere la soddisfazione dei propri bisogni attraverso scambi interpersonali e di condivisione, la messa in atto di comportamenti finalizzati al suo benessere senza che risultino né una forma di prevaricazione né di sfruttamento dell'altro. Tuttavia, le esperienze di vita possono mettere in discussione i valori di riferimento di tale personalità, senza però alterarne l'identità (Freud, 1936).

Narcisismo e sviluppo

La qualità delle relazioni primarie e quindi il successivo sviluppo psichico sono caratteristiche di fondamentale importanza per la formazione della personalità.

Lo sviluppo dell'universo psichico che conduce alla formazione di una patologia è basato sul

vissuto di esperienze affettive non soddisfacenti rispetto ai bisogni del bambino che profondamente incidono sulla sua organizzazione narcisistica (Kohut, 1971).

Se il narcisismo del bambino non è sostenuto da un'unione solida con l'adulto, viene meno la fiducia di base per se stesso in quanto essa risulta proprio dall'esperienza determinante del sentirsi oggetto d'amore. Il genitore funge da specchio per il proprio figlio: l'insieme dei comportamenti che vengono messi in atto nella relazione genitore-figlio contribuiscono alla costruzione dell'immagine di sé del bambino in quanto le azioni del caregiver influenzano il vissuto del figlio.

La nascita comporta per il bambino un cambiamento profondo: nella vita prenatale il feto sperimenta uno stato di completa soddisfazione dove i bisogni vengono subito appagati, ciò corrisponde ad una fase narcisistica assoluta. La nascita è un trauma in quanto comporta un riequilibrio del proprio narcisismo, la sopravvivenza del bambino è infatti legata alle cure prestate dall'ambiente e lui deve fare i conti per la prima volta con la propria vulnerabilità. Il crollo dell'universo narcisistico, segnato dalla nascita, deve essere sostenuto e arginato dall'ambiente attraverso le cure che fornisce al bambino: la madre, con il suo amore, con le sue attenzioni, gli conferma il suo valore attraverso le risposte fisiche e il sostegno psichico.

Se nel vissuto materno il bambino è percepito come individuo autonomo, la relazione sarà di sostegno reciproco, in grado di consentire al bambino di poter vivere la propria dipendenza che all'inizio è totale, per poi avviarsi verso un processo di emancipazione. Riconoscere la dipendenza significa poter riconoscere non solo i propri bisogni, ma anche la necessità dell'oggetto che ci consente di percepire in modo adeguato il nostro stato, ed è proprio da questo che si sviluppano i mezzi psichici per poter fronteggiare la frustrazione che si origina dall'assenza e dalle carenze di cui l'oggetto ne è l'artefice.

Nonostante il rapporto con la madre sia fondamentale, il bambino non resterà chiuso poiché anche il padre entrerà immediatamente nel rapporto che si trasformerà dunque da relazione duale a ternaria.

L'altro si configura come l'esterno, l'apertura di un nuovo spazio che apre la realtà al di là del

rapporto materno spaccando quindi la simbiosi. Il passaggio dallo stato di dipendenza a quello di autonomia è dovuto alla forza dell'Io, la quale consente all'individuo adulto di gestire la propria vita fisica e mentale.

I bambini precocemente mettono in atto comportamenti finalizzati ad attirare l'attenzione della madre su di loro. In uno sviluppo psichico adeguato queste manifestazioni sono contenute, nel senso che il bisogno di attenzione e di ammirazione rimane limitato, si svolge cioè entro i limiti imposti dalla realtà; in questo caso l'atteggiamento messo in atto dai genitori nei loro confronti è rassicurante. Riconoscere i limiti imposti dalla realtà è molto importante perché significa riconoscere le differenze, le regole che la governano e ciò fa dell'individuo un essere in grado di provare empatia e di stabilire legami affettivi (Winnicott, 1974).

Un bambino amato è un figlio compreso e riconosciuto nella sua indipendenza di individuo; tutto questo avviene in modo istintivo, senza alcun progetto ragionato poiché è il mondo emotivo interno dei genitori che agisce in modo da pensarlo come individuo separato da loro.

Ogni buon legame parte da questo presupposto condiviso emotivamente e non solo razionalmente e ciò costituisce per il bambino un profondo appoggio che gli consentirà, a sua volta, di poter esprimere e, quindi, di vivere emozioni di ogni intensità e qualità, perché la buona madre agisce allo stesso tempo da contenitore e filtro, accogliendo le sue emozioni e restituendogli le filtrate.

Un periodo particolare dello sviluppo è l'adolescenza in cui le componenti narcisistiche si evidenziano notevolmente e danno un supporto determinante nel definire la futura personalità. A quest'età l'individuo è soggetto al rimaneggiamento intrapsichico per cui possono verificarsi comportamenti che indirizzano la personalità verso un assestamento patologico oppure normale.

I cambiamenti fisici che l'adolescente deve integrare nella sua unità psichica, oltre alle spinte sessuali a cui è soggetto, lo sottopongono a tensioni elevate e rimettono in discussione l'organizzazione narcisistica del soggetto. L'adolescente è infatti impegnato in operazioni psichiche come il disinvestimento delle figure onnipotenti dell'infanzia, e quindi

un'emancipazione dai legami infantili, con un investimento successivo in nuovi oggetti d'amore. Tale separazione comporta un rivisitare le prime interiorizzazioni dell'infanzia: i soggetti che non riescono a effettuare tale cambiamento, in realtà non hanno mai veramente goduto di un rapporto emotivo appagante in grado di garantire stabilità all'Io. L'incapacità di sostenere i cambiamenti evolutivi che la crescita comporta mette in atto forme regressive, la crisi diventa patologica quando l'adolescente non riesce a fare nuovi investimenti con il rischio di un ritiro dal mondo esterno (Lingiardi e Madeddu, 2002).

Narcisismo e relazioni

L'uomo e la donna, reciprocamente attratti, costituiscono una coppia e cioè una nuova sfera emotiva che può rivelarsi per entrambi fonte di crescita o di annullamento reciproco. Le due personalità concorrono nell'edificare un nuovo spazio psichico, mettendo in gioco non solo le qualità, ma anche le incapacità personali.

Il legame intimo dovrebbe sostenere la relazione, ma si tratta di un legame che in realtà attiva aspetti inconsci, dalle esperienze affettive ma anche dalle carenze del passato, facendo riemergere le lacune affettive e narcisistiche di ciascuno. Nell'incontro con l'altro ognuno proietta una parte di sé, delle proprie aspettative, ma, affinché la relazione sia funzionale, questa proiezione non deve essere eccessiva dimenticando altrimenti i bisogni e le aspettative dell'altro.

Il nuovo spazio psichico di coppia origina dall'avvicinamento delle due sfere emotive e, a questo punto, possono verificarsi avvenimenti di portata differente che decideranno sul futuro della coppia in quanto l'incontro fra due narcisismi può rivelarsi fonte di sostegno o di annientamento.

La scelta del partner è dovuta ad una molteplicità di fattori che sfuggono all'osservazione conscia, in quanto insiti nelle dinamiche profonde del soggetto. Lo spazio di coppia che si viene a determinare dovrebbe rispecchiare entrambe le personalità e le differenze che lo caratterizzano dovrebbero trovare posto senza disequilibrare il funzionamento psichico di ciascuno. È in questo modo che si gettano le fondamenta per un legame saldo.

La capacità di strutturare un legame profondo deriva dal funzionamento psichico di ciascuno che a sua volta dipende dai modelli di coppia e di ruoli appresi in famiglia, in seguito tali ruoli potrebbero scatenare conflitti sul piano relazionale, conflitti che l'altro alimenta con richieste, atteggiamenti e aspettative. Le situazioni conflittuali si manifestano attraverso attacchi ad aspetti personali che possono concretizzarsi in attacchi all'identità, entrambi si procurano così ferite profonde che coinvolgono stima e sicurezza in sé. Queste sono le coppie incapaci di costruire una storia in comune dove non si costruirà mai la vera unità poiché l'altro viene vissuto come un pericolo che invade il proprio spazio intimo; in questi casi lo spazio di coppia non assolve la funzione di spazio comune e aperto: per creare uno spazio di coppia dinamico, è necessario che i due universi confluiscono senza annientarsi, entrambi i partners devono dunque muoversi senza imporre i propri atteggiamenti all'altro.

Nelle coppie con funzionamento narcisistico uno dei due deve accettare e quindi subire il modello oggettuale inconscio dell'altro, in questo caso è inevitabile l'esclusione e lo schiacciamento dello stile di vita di uno dei due membri della coppia, si sviluppa così la lotta per la sopravvivenza che all'esterno si manifesta con lo scontro.

La componente narcisistica è presente in tutti i legami umani accanto alla componente libidica che investe l'oggetto e, costituisce anche il legame di alleanza che nella coppia viene espresso con l'attrazione che spinge i partners a cercarsi portandoli in un primo momento alla fusione, per giungere poi all'individuazione che consiste nella capacità dei membri della coppia di delineare sia uno spazio comune, sia uno personale; ciò permetterà di vivere in modo funzionale il rapporto di coppia. Il legame narcisistico, al contrario, mira al possesso per cui lo spazio individuale dell'altro viene invaso, il funzionamento di una coppia a stampo narcisistico è infatti caratterizzata da un livello di scontro elevato.

La struttura di queste coppie rivela l'incapacità di sopportare le differenze, i partners non tollerano i cambiamenti e negano l'individualità dell'altro poiché vissuta come una minaccia al proprio equilibrio interno e quindi la svalutano. Spesso nelle coppie narcisistiche si viene a delineare un

meccanismo del tipo sfruttatore e vittima, o meglio narcisista e masochista (Mangini, 2008).

I comportamenti di queste coppie sono contraddistinti da atteggiamenti di aggressività e di rabbia e le personalità evidenziano caratteristiche decisamente infantili, mostrano sempre il desiderio di essere al centro dei pensieri dell'altro per tacitare il vuoto profondo che li attanaglia e, come è facile capire, l'altro diventa un mezzo per sedare la propria angoscia. Generalmente queste coppie passano direttamente dalla fase di idealizzazione a quella di crisi in quanto non si verifica il passaggio all'esperienza che consente di vedere l'altro, di percepire la sua realtà, di scoprirne i difetti e di integrarli e infine di comprendere e rispettare i suoi bisogni.

In sintesi, il narcisista idealizza l'altro per potenziare se stesso ma, allo stesso tempo, teme che il successo di quest'ultimo lo adombri. Tutto ciò deriva dalle prime relazioni con i genitori che, nel caso del narcisista, lo vedevano come mero strumento al fine di realizzare i loro bisogni, egli rappresentava dunque la loro estensione: tutto questo condiziona l'evoluzione successiva riguardo la capacità di sperimentare affetti.

L'uomo se ama un oggetto lo accoglie nel proprio Io, nel caso del narcisista non si tratta di accoglienza ma di controllo.

Nella coppia che funziona con equilibrio narcisistico il controllo dell'altro è molto sviluppato perché il controllo ripristina l'equilibrio della personalità narcisistica allontanando l'angoscia e ciò si ottiene con la svalutazione e il disprezzo per l'altro quando non risponde alle nostre richieste.

Per le personalità narcisistiche l'incontro con l'amore è fonte di ansia poiché l'incontro con l'oggetto è stato improntato su carenze affettive e per difesa hanno sviluppato la svalutazione dell'oggetto d'amore chiudendosi in una propria corazza.

Negli uomini con personalità narcisistica si rileva un'intensa svalutazione della donna sottoforma di odio e di invidia e tutto questo si origina dal carente legame avuto con la madre, ma la caratteristica principale che si manifesta nelle relazioni è l'incapacità di sperimentare empatia per l'altro e ciò determina gli atteggiamenti di incomprendimento per il proprio partner.

Il vero problema è che questi individui non riescono ad amare perché non amano

innanzitutto se stessi. Per innamorarsi l'individuo deve essere in grado di sostenere il lutto, cioè staccarsi dagli oggetti infantili e investire nuovi oggetti d'amore e vivere la separazione che consente di riconoscere la propria indipendenza e di conseguenza quella altrui (Kernberg, 1978).

Riferimenti bibliografici

- Freud, A. (1936). *L'Io e i meccanismi di difesa*. Tr. It. (1978), in *Opere*, vol. 1. Torino: Bollati Boringhieri.
- Graves, R. (1992). *I miti greci*. Milano: Longanesi.
- Kernberg, O.F. (1980). *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri (ed. or. 1976).
- Kernberg, O.F. (1978). *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Bollati Boringhieri (ed. or. 1975).
- Kohut, H. (1971). *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Lingiardi, V., e Madeddu, F. (2002). *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica*, Milano: Raffaello Cortina.
- Mangini, E. (2001). *Lezioni sul pensiero freudiano e sue iniziali diramazioni*. Milano: LED Edizioni Universitarie.
- Mangini, E. (2008). *Lezioni sul pensiero post-freudiano. Maestri, idee, suggestioni e fermenti della psicoanalisi del novecento*. Milano: LED Edizioni Universitarie di Lettere Economia Diritto.
- Semi, A.A. (2007). *Il narcisismo*. Bologna: Il Mulino.
- Winnicott, D.W. (1974). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando (ed. or. 1965).

ESPERIENZE CHE CURANO

di Luisa La Ferla

Dottore in Psicologia, Tirocinante Scuola di Psicoterapia Comparata

Bandura sostiene che i modelli specifici di competenze che le persone sviluppano sono il prodotto di doti naturali, esperienze socioculturali e circostanze fortuite che alternano il corso delle traiettorie evolutive personali. Anche le conoscenze personali dipendono molto da queste influenze formative. Attraverso i mille modi possibili di crescita e le infinite variabili che si incontrano durante il cammino, si determina lo sviluppo e il futuro del singolo. In campo scolastico un'organizzazione lavorativa funzionale può rappresentare il terreno favorevole per far sentire un alunno in grado di progredire nel suo sviluppo scolastico, così come un'organizzazione scolastica disfunzionale può essere la causa o rappresentare il terreno favorevole per l'insorgenza di un caso di burnout nell'alunno. Infatti l'impegno dei dipendenti condiziona fortemente il raggiungimento e/o il mantenimento di determinati standard di qualità e di competitività sia nel processo di lavoro che nel servizio offerto.

Questa è la storia di una bimba, T., frequentante la quarta classe di una scuola primaria di primo grado. L'educatrice viene inserita nella scuola per seguire T.

T. è una ragazzina di 8 anni, di origine slava, ma nata in Italia. Ha diverse difficoltà scolastiche, non possiede le competenze minime: non sa leggere, riconosce a malapena le lettere dell'alfabeto, nell'area matematica ha grosse lacune, non sa contare fino a 10. Non conosce i mesi dell'anno, le stagioni, e non si ricorda la data e il mese del suo compleanno. È molto timida, soprattutto durante i primi incontri, ma ha voglia di imparare e di lavorare. Ha paura di non essere

all'altezza, spesso utilizza la parola "stupida" riferita a se stessa. Seguita poco dalle maestre, giustificate dalle troppe assenze della bambina e dal poco tempo che hanno da dedicare, singolarmente, a ogni alunno. Per i primi quattro anni, la sua unica fonte d'insegnamento e supporto, è stata un'insegnante di sostegno che segue un altro bambino della classe, che quando lo porta fuori dall'aula, porta fuori anche T.

T. vive in un campo Rom con i genitori e un fratello più grande di lei di 6 anni; il fratello maggiore, di 20 anni, è sposato e ha un bambino di un anno, è senza lavoro e si sposta tra la Serbia e Firenze. La situazione economica della famiglia è critica, lavora solo il padre.

T. non è aiutata a fare i compiti dai genitori, non riescono poiché entrambi i genitori non sono di L1 italiana, ma parlano il serbo. Ogni tanto il pomeriggio vanno degli educatori a dare una mano coi compiti all'interno del campo, ma i bambini sono tanti e le difficoltà enormi.

Gli incontri con l'educatrice e T. sono con cadenza settimanale per una durata di due ore. La bambina è felice e non vede l'ora di trascorrere del tempo con lei. Parlano tanto, ma fanno anche tanti compiti. Nel giro di qualche mese, T. impara a leggere le parole bisillabi e conta fino a 100. Ha imparato anche a fare due delle quattro operazioni, l'addizione e la sottrazione. Conosce i mesi dell'anno e i giorni della settimana, ha anche imparato la data del suo compleanno!

All'inizio la relazione tra l'educatrice e la bambina era esclusiva, T. non sopportava che l'educatrice parlasse con i suoi compagni o li aiutasse, voleva l'attenzione tutta per sé. Dopo diversi mesi aveva recuperato davvero tanto,

soprattutto in termini di autoefficacia e motivazione.

Non è stato difficile lavorare con T. La bambina ha delle potenzialità, doveva solamente e semplicemente tirarle fuori e aveva bisogno di qualcuno che le vedesse e l'educatrice in questo caso è stata funzionale. Ora è a fine quinta, legge non perfettamente ma abbastanza bene, stanno lavorando con le moltiplicazioni e le tabelline e su tutta l'area grammaticale, concentrandosi sulla pronuncia corretta delle parole e la loro scrittura. A volte giocano, anzi, spesso giocano, studiano giocando e il gioco preferito di T. è in assoluto quello in cui fa la maestra e l'educatrice l'alunna.

Non sappiamo se il suo sogno si realizzerà mai, a volte la vita di certe bambine di certe culture è segnata da altri progetti. Ma T. ha avuto una possibilità. Magari non subito, ma quando un giorno dovrà leggere dei documenti per firmarli proverà a prestare più attenzione, avrà la possibilità di decidere, seppur in minima parte, delle sue scelte future.

Cos'è cambiato in T. relativamente al suo approccio allo studio? Cosa non andava? Cos'ha permesso alla bambina di rimettersi in gioco? Che tipo di relazione si è instaurata tra la bambina e l'educatrice?

La piccola T. ha sperimentato, per diversi anni, una discrepanza tra le domande che l'ambiente esterno le poneva (in questo caso la scuola) e le sue possibilità di risposta. I bambini hanno poco in termini di abilità preesistenti che possano servire come fonte di efficacia percepita. Tale senso di efficacia viene istillato a livelli differenziali attraverso la variazione sistematica delle influenze educative applicate in un periodo esteso di tempo. Gli alunni, di fatto, possono avere cattive prestazioni o perché mancano delle abilità necessarie o perché possiedono tali abilità ma difettano di un'efficacia personale che permetta loro di farne un uso ottimale.

La seconda opzione è quella più vicina alla nostra bambina.

Il concetto di sé è la percezione che una persona ha di sé e si forma attraverso le esperienze con l'ambiente il quale, a sua volta, influenza. In questo caso, cioè in un contesto scolastico, le persone importanti di riferimento sono gli insegnanti e le percezioni e le sensazioni che questi hanno nei confronti degli alunni, oltre che

di se stessi. Se i bambini percepiscono poca fiducia nelle loro capacità, e poco investimento nei loro confronti e magari non possiedono altri strumenti o supporti necessari a riscattarsi da questa situazione, rischiano di partire svantaggiati. Come la legge del più forte prevede, gli alunni dotati di buone capacità cognitive e di una motivazione adeguata apprendono velocemente e ricevono un servizio adeguato dalla scuola. Per molti altri, invece, la scuola non riesce a realizzare il suo scopo.

Esistono alcune pratiche, nel caso di alunni meno dotati o svantaggiati, che tendono a trasformare le esperienze didattiche in situazioni di apprendimento per l'inefficacia. Si tratta di sequenze di insegnamento rigidamente prestabilite, che non si scostano dalla rigidità poco diversificata dei programmi ministeriali. Inoltre, suddividere gli alunni in gruppi diversificati per livello di capacità, indebolisce ulteriormente il senso di autoefficacia di coloro che sono assegnati ai corsi di livello più basso, dove ci si aspetta poco da loro; così dal punto di vista scolastico essi continueranno a regredire. Le procedure di valutazione correnti, inoltre, si basano sulla competizione sociale e trasformano l'istruzione scolastica in un'esperienza in cui molti sono predestinati al fallimento per il trionfo di pochi (Bandura, 2008).

Studi di letteratura dimostrano che il profitto degli studenti a tutti i livelli di istruzione sia correlato alla qualità delle relazioni che vengono instaurate con i propri insegnanti. L'insegnante non scrive su materia inerte, ma sull'anima degli alunni, e al di sopra della competenza tecnica o della conoscenza scientifica - la cui importanza nessuno nega o disdegna - ciò che maggiormente lascia un'impronta nell'alunno è l'entusiasmo, la vicinanza, la flessibilità personale, la comprensione, l'empatia e il senso di giustizia dell'insegnante.

Nei rapporti interpersonali, che si instaurano tra docente e alunno, prende forma la "comunicazione dell'umanità" che si realizza pienamente, quando entrambi sono consapevoli del valore incondizionato della persona dell'altro, della sua dignità. Di conseguenza ogni attività didattica dovrebbe tendere sempre alla valorizzazione delle caratteristiche personali di ogni alunno.

La relazione esistente tra insegnante e alunno non va quindi data per scontata ma costruita e negoziata durante il “tempo scolastico” che si ha a disposizione.

Riferimenti bibliografici

- Bandura, A. (2008). *Autoefficacia: Teoria e applicazioni*, Trento: Erickson.
- Pajares, F, e Urdan, T. (2007). *L'autoefficacia degli adolescenti*. Trento: Erickson.

I Disturbi del Comportamento Alimentare

Clinica e trattamento multidisciplinare dei DCA

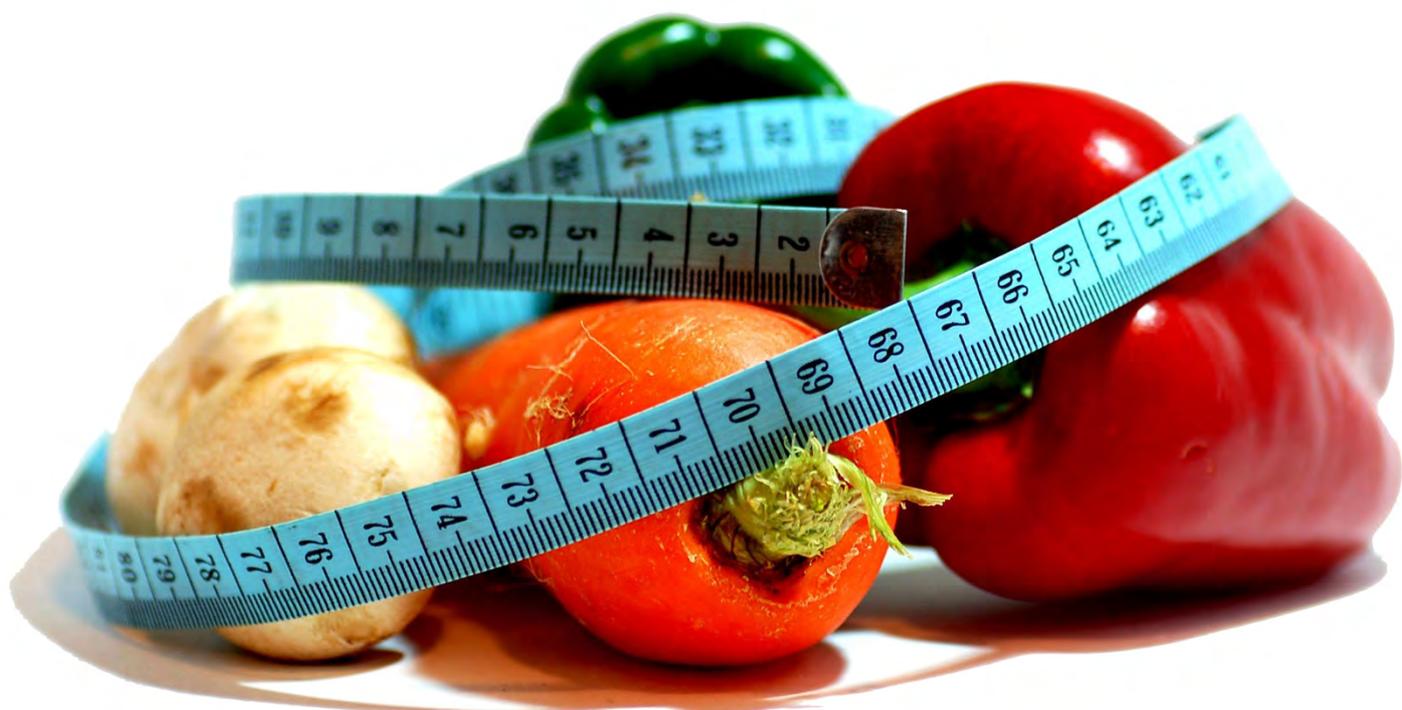
2 weekend - 32 ore - riservato ad operatori sanitari, assistenti sociali, insegnanti,
educatori professionali, laureati e laureandi in psicologia e medicina

prossima edizione: 22-23 ottobre, 5-6 novembre 2016

accreditato da

richiesto
accreditamento

in collaborazione con



SIAMO TUTTI VULNERABILI: RELAZIONI DIPENDENTI

di Luisa La Ferla e Vincenzo Santagata

Dottori in Psicologia, Tirocinanti Scuola di Psicoterapia Comparata

Qual è la relazione che s'instaura tra un essere umano e la sua dipendenza? Che cosa comporta essere dipendenti e perché si sente la necessità di legarsi così profondamente a qualcosa? Le dipendenze sono tutte uguali? Si può definire, la dipendenza, relazione? Se la parola dipendenza fosse sinonimo di relazione, sarebbe curativa?

Sin da piccoli instauriamo tanti tipi di relazioni, con la madre, il padre, i nonni, fratelli e sorelle e così via, in ogni caso, la prima relazione privilegiata e dipendente con un adulto che si prende cura di noi è quella con la madre (o chi ne fa le veci). Hinde (1992) parlava di sviluppo interattivo, uno schema basato sulla riorganizzazione nella vita mentale del bambino che si verifica periodicamente nel corso dei primi due anni di vita. Il bisogno più urgente nelle prime due settimane di vita è quello di regolare i processi biologici di base come l'alimentazione e il sonno, ed è intorno a questi bisogni che molti dei primi incontri sociali hanno inizio. In questa fase il bambino è totalmente dipendente dalla madre, manda dei segnali e se questa non è sufficientemente buona da accorgersene tale meccanismo perfetto subisce le prime inclinazioni. Philip Larkin sosteneva: "Ti rovinano, tua madre e tuo padre. Forse non vorrebbero, ma lo fanno. Ti trasmettono i loro difetti e ne aggiungono degli altri adatti a te". Solitamente siamo portati a concepire un dipendente come una persona malsana, sfigata, emarginata. Il dipendente non è uno come me, funzionante e funzionale in modo "normale"

nella società. Il dipendente non sono io, i miei genitori, i miei fratelli. In verità, invece, la dipendenza è un fenomeno trasversale, colpisce chiunque, non importa di che razza, sesso, colore o stato sociale.

Ciò che cambia da dipendenza a dipendenza, da caso a caso, da persona a persona è come il disturbo, la patologia, si manifesti e come ci si ponga di fronte ad essa. La dipendenza è la causa della patologia oppure una sua conseguenza, un sintomo, tra i tanti, di un altro disturbo (per esempio un disturbo di personalità). Ciò che rende difficile per un dipendente riconoscersi come tale è il fatto che di dipendenze ce ne sono talmente tante che non gli sarà difficile trovare una compulsione più grave e più distruttiva di cui non è schiavo e fare il paragone con la propria che apparirà meno grave e più sopportabile.

Vi sono sicuramente dipendenze che sono più pericolose e distruttive di altre, non è importante dunque chiedersi quanto dipendiamo, ma come. Secondo la definizione del dizionario Treccani, la dipendenza è la condizione in cui si trova un individuo di incoercibile bisogno di un prodotto o di una sostanza, soprattutto farmaci, alcol, stupefacenti, a cui si sia assuefatto e la cui astinenza può provocare in lui uno stato depressivo, di malessere e di angoscia (d. psichica), e talora turbe fisiche più o meno violente, cioè nausea, dolori diffusi, contrazioni, ecc. (d. fisica).

Possiamo dire quindi che è considerabile dipendenza qualsiasi comportamento di cui una persona non riesce a liberarsi nonostante i risvolti negativi e le cattive conseguenze di questa.

La più semplice definizione di dipendenza parla di un comportamento abituale la cui interruzione provoca un senso di mancanza. Possiamo azzardare che le nostre stesse abitudini siano forme di dipendenza: per esempio, molte persone si alzano al mattino e prendono il caffè; di certo, la sua mancanza non crea delle crisi di astinenza violente, però se ne sente il bisogno di assumerlo per iniziare bene la giornata. Ciò che si definisce dipendenza è l'urgenza di agire la compulsione quando questa si presenta e l'incapacità di smettere nonostante i danni che questa comporta. Il criterio su cui la maggior parte dei profani si basa per definire una dipendenza è la quotidianità: se lo fai tutti i giorni probabilmente sei dipendente. Ma la cosa più pericolosa di questo assioma è la sua inferenza opposta, la non quotidianità: se non lo fai tutti i giorni non è possibile che sia una dipendenza. La verità è che la quotidianità dell'evento non è un indice affidabile per determinare se una persona è dipendente oppure no. La maggior parte dei dipendenti, infatti, non ha una compulsione quotidiana ma indulgono in comportamenti occasionali, sporadici, definiti "binge". C'è una linea sottile tra abitudine e dipendenza, l'una non esclude per forza l'altra, di sicuro la differenza più evidente è lo scopo per il quale si compie un agito, se bere, per esempio, serve a ridurre la tensione interiore esistono delle buone probabilità che non sia una semplice bevuta tra amici; così come se una persona intrattiene una relazione affettiva o di amicizia solo per non rimanere da sola, è verosimilmente una dipendenza.

In breve, se la sostanza o l'attività servono come "upper" (cioè per alzare l'umore) perché l'umore è basso o perché le pressioni interiori sono intollerabili, allora questa sostanza o questa attività possono condurre verso la dipendenza.

Anche nelle dipendenze, come in altre patologie, i sintomi possono essere riconosciuti, descritti e decodificati, il problema è che la diagnosi, per essere fatta bene ed essere valida, dovrebbe essere fatta dal soggetto che ha la dipendenza; ma se questi non è pronto per affrontare la situazione può succedere che nasconda i sintomi e i segni, che sfugga il confronto, o che si risenta del tentativo di etichettatura.

Per riconoscere le dipendenze sono stati individuati dei sintomi e segni fondamentali.

Il primo sintomo caratterizzante è l'*ossessione*. L'ossessione corrisponde ad un comportamento estremamente compulsivo e distruttivo. Quando una persona è dipendente da qualcosa o da qualcuno il pensiero è talmente intrusivo che difficilmente l'oggetto del desiderio può essere estromesso o ignorato e diventa impossibile non pensare alla prossima dose o alla prossima occasione per compiacerlo. Se si è dipendenti si tende, automaticamente e inconsciamente, ad aggiustare le proprie abitudini di vita e la propria agenda in modo da facilitare l'attuazione della compulsione.

Attuare la compulsione però, ci porta direttamente alla seconda caratteristica fondamentale, quella delle *conseguenze negative*. Infatti, ciò che rende una dipendenza tale è che prima o poi si rivolge contro il dipendente. Si inizia per via dei benefici che se ne traggono, proprio come un'abitudine, ma poi il comportamento compulsivo inizia a sortire effetti negativi sulla vita della persona che, però, continua a portare avanti la compulsione influenzando molte aree della sua vita come le relazioni, il lavoro, le finanze, la salute fisica e mentale, il comportamento, ecc. Tutto questo è aggravato dalla *mancanza di controllo*, un dipendente, di qualsiasi sostanza, oggetto o comportamento, sarà incapace di controllare e fermare la compulsione. Il vero marchio distintivo della dipendenza è che la forza di volontà non è abbastanza e, in questo caso, è la compulsione a controllare la dipendenza e non il contrario.

Man mano che la compulsione si rafforza e la dipendenza si radica, i problemi iniziano ad accumularsi e via via che questo accade la persona dipendente inizierà a negare due cose: la prima cosa che negherà è che la dipendenza sia un problema; la seconda negazione sarà quella di non attribuire alla dipendenza le conseguenze negative della sua vita.

La *negazione*, ultimo ma non meno importante sintomo del dipendente, può assumere diverse forme. Secondo Terence Gorsky possiamo trovare:

- *negazione assoluta*, "io non ho alcun problema";
- *minimizzazione*, "ma va...non è grave come sembra";
- *evitamento o colpevolizzazione*, "certo che lo faccio! Anche tu lo faresti se dovessi

convivere con mia moglie/figli/marito/ecc;

- *razionalizzazione e intellettualizzazione*, “beh... io non sono messo male come Tizio”.

Poiché la negazione è un fatto dissociativo, attivando un meccanismo simile la persona diviene letteralmente distaccata dalla realtà. Un dipendente non si limita a cercare di manipolare la situazione e “farla franca”, ma nel momento della negazione, è convinto realmente di dire la verità, scatenando a catena un altro effetto distruttivo del negare, quello di impedire un intervento per una correzione del comportamento.

Per comprendere qualsiasi forma di dipendenza dobbiamo renderci conto che è ben più di una cattiva abitudine. La dipendenza ha una funzione, uno scopo psicologico (Dodes, 2002). Alcuni si riferiscono alla dipendenza come un comportamento anestetico, un modo per uscire dal mondo. Altri si riferiscono alla dipendenza come un comportamento edonistico; un modo per cercare un piacere continuo. Nella maggior parte dei casi tali approcci sono validi entrambi. O almeno quello è il modo in cui tutto inizia, poi la dipendenza e il suo oggetto, sia esso alcol, droga, fumo, sesso, gioco, cibo ecc., creano i veri problemi e anziché portare piacere nel momento in cui la compulsione viene attivata, portano sofferenza quando questa non può trovare soddisfazione.

Alcuni potrebbero opporre il fatto che tutto il comportamento umano è basato sul piacere personale e che tutto ciò che facciamo è mirato ad aumentare le sensazioni positive ed arginare quelle negative, che noi siamo programmati per ricercare il piacere ed evitare il dolore. Ciascuno di noi ha molteplici meccanismi e un’infinità di metodi per risollevarsi il morale e calmarsi quando è agitato. Nella maggior parte dei casi sono meccanismi innocui, come la preghiera, lo sport, cucinare, fare le pulizie e così via. Le persone che sviluppano una dipendenza non sono diverse, cambia l’oggetto della loro dipendenza, che è diventato l’unico sistema di coping e che tende ad attivarsi sempre più spesso e con stimoli sempre minori. Diventa l’unico modo per sopravvivere in un mondo che, altrimenti, sarebbe insopportabile.

Il piacere non è qualcosa di solamente psicologico, ma è anche un processo fisiologico

che viene attivato da alcuni neurotrasmettitori, quali dopamina, endorfine e adrenalina. Questi veicoli chimici hanno una vita propria che ha sviluppato una dipendenza, si attivano più velocemente e in modo diretto rispetto a chi la dipendenza non ce l’ha. È un po’ come avere un dispenser nel cervello e poterlo attivare quando si vuole attraverso l’azione o semplicemente attraverso la fantasia dell’azione.

Il cervello è formato da milioni di connessioni attraverso cui passano i messaggi che ci permettono di pensare, sentire, agire e ci sono reti specifiche per il trasporto di specifiche informazioni, tra cui il piacere. Se noi attiviamo la via del piacere sempre allo stesso modo questa diventerà sempre più efficiente, forte, veloce rispetto ad altri circuiti che invece andranno indebolendosi. Ma mentre i primi circuiti si rinforzano e si stabilizzano diventano anche più resistenti per cui il dipendente si troverà a doverli stimolare sempre di più e sempre con maggior forza per ottenere lo stesso effetto (Blum et al, 2002; Duvauchelle et al, 2000). Tale meccanismo è chiamato *craving*.

Le persone più soggette a sviluppare delle dipendenze sono coloro che presentano disturbi comportamentali ed emozionali, e manifestano un comportamento più propenso al rischio. Coinvolgono tutte le età, dall’adolescenza all’età adulta e il fattore rilevante non è tanto l’età, bensì i vissuti esperienziali della tenera infanzia, perché è proprio dalla diade madre-bambino e dalle relazioni affettive ambientali carenti che scaturiscono vere e proprie psicosi.

La dipendenza quindi è una malattia neuro-psico-fisiologica. Il principale neurotrasmettitore coinvolto è la dopamina. Quando sperimentiamo qualcosa di piacevole viene liberata dopamina che agisce sul nucleo accumbens che abbassa la sua inibizione verso la corteccia prefrontale. Man mano che sperimentiamo qualcosa di inebriante per noi si assiste ad un aumento della produzione di dopamina. Per avere la sensazione di piacere avuta in precedenza occorre però più sostanza per poter produrre una quantità maggiore di dopamina, qui inizia la dipendenza.

Il processo diagnostico e curativo delle dipendenze prevede che si debbano prendere in considerazione una serie di aree di valutazione. La prima riguarda lo stato di salute e le caratteristiche del paziente. La seconda area

riguarda i fattori di vulnerabilità e di resilienza, includendo la storia pregressa della dipendenza. La terza valutazione è quella relativa al comportamento attuale al fine di determinare esattamente l'indice di gravità, partendo dall'oggettivazione della frequenza, dal grado di compulsività, dalla tipologia di espedienti utilizzati, dal volume di spesa mensile dedicato alla compulsione, dal grado di focalizzazione cognitivo-comportamentale che il quadro generale crea inibendo altre fonti di gratificazione e socializzazione.

Nell'approcciare le cure e la riabilitazione di questi pazienti, è necessario tenere in considerazione che gli interventi per essere efficaci, dovrebbero agire su due livelli: il primo riguarda le funzioni cognitive e quindi la mente, al fine di poter controllare i disordini comportamentali; il secondo livello riguarda le neuro-strutture e la compresenza di patologie psichiatriche che possono trarre a volte un beneficio da contemporanei o integrati interventi farmacologici di supporto, agli interventi psicologici e socio-sanitari.

La richiesta di aiuto da parte del paziente è il primo e più importante passo che questi possa fare verso se stesso. Come sappiamo, spesso, il dipendente non si rende subito conto di avere un problema e molto spesso la motivazione al cambiamento comportamentale risente poco dei fattori deterrenti esterni quali la conflittualità con i familiari o le problematiche legali, la socializzazione, la negazione e così via.

Le opzioni di intervento finalizzate alla riabilitazione possono essere molteplici e devono prendere in considerazione la cessazione dell'attività compulsiva (evitando anche i minimi stimoli e qualsiasi tipo di tentazione), il counseling individuale, il trattamento ambulatoriale (di gruppo o individuale) e i programmi residenziali nei casi più gravi. L'intervento deve prevedere anche la gestione della comorbidità psichiatrica, se presente, e la gestione della dipendenza da sostanze. I trattamenti dovrebbero essere personalizzati sulla base delle caratteristiche del paziente e delle sue aspettative.

Sarebbe stato interessante soffermare l'attenzione su ogni singola opzione d'intervento, ma abbiamo scelto di parlare delle comunità, che fanno parte del trattamento

residenziale a medio o lungo periodo, analizzandone la nascita e le varie caratteristiche. Il concetto di comunità viene introdotto in sociologia verso la fine dell'Ottocento da Ferdinand Tönnies utilizzando la dicotomia comunità-società. L'autore sostiene che la comunità è caratterizzata da un tipo fondamentale di relazione sociale che si esprime nella solidarietà, nel consenso e nella volontà comune, di atteggiamenti e comportamenti, di proprietà e di beni. La società, invece, si fonda sull'individualismo, su interessi singolari e privati e su scambi contrattuali di servizi e merci. Nel linguaggio corrente il concetto di comunità si riferisce "alla popolazione (generalmente, ma non necessariamente, suddivisa in famiglie) insediata su un determinato territorio e che affronta, sia in modo cooperativo sia conflittuale, i medesimi problemi per soddisfare i bisogni di vita affettiva, sociale, culturale ed economica" (Polmonari, 1999).

In ambito sociale si rilevano nuove realtà di tipo comunitario, che evidenziano come sia difficoltoso trovare una definizione univoca. Per esempio, in ambito socio-sanitario sono denominate comunità quelle strutture sociali di convivenza volte alla riabilitazione psicologica di individui con gravi difficoltà psichiche e sociali ed al loro reinserimento nella società. Infatti, "soltanto un'esperienza socio-psicologica di particolare intensità (cognitiva e affettiva), vissuta nel contesto di un rapporto interpersonale significativo ed intensamente coinvolgente, può innescare un processo di cambiamento "positivo" della persona" (Polmonari, 1999).

La comunità, quindi, si configura come un luogo di accoglienza dove alla persona è permesso di esprimere le sue difficoltà e i suoi problemi di relazione con la realtà circostante rispetto invece alla società che attua repressione ed emarginazione nei confronti della persona.

Secondo Polmonari (1999), la vita di comunità costituisce "lo strumento fondamentale perché l'individuo che ha smarrito la propria continuità nel tempo e nelle relazioni con gli altri, che ha perduto i riferimenti essenziali per sentirsi una persona dotata di valori, capace e degna di comunicare con gli altri, ritrovi la strada e i mezzi per ricostruire se stesso in quanto persona".

Synanon (1989) identifica i fattori affinché un'organizzazione possa definirsi una vera comunità terapeutica:

1. entrata volontaria;
2. uso di vari metodi di gruppo, specialmente il processo del gruppo d'incontro;
3. uso appropriato di tossicodipendenti nel programma come co-terapeuti;
4. una struttura sociale aperta che permetta al tossicodipendente che vi entra di salire i gradini dell'organizzazione fino ad occupare posizioni terapeutiche di responsabilità all'interno della comunità terapeutica.

Accanto a questi fattori comuni, ciascuna comunità nel corso del tempo si è caratterizzata dal tipo di proposta diversificandosi per le diverse modalità d'intervento, per gli strumenti utilizzati e per la visione antropologica condivisa. Cagossi (1988) differenzia le comunità in base al loro "punto di applicazione, poiché danno preminenza ora alla sofferenza intrapsichica e al lavoro d'insight, ora ai disturbi delle relazioni interpersonali e al lavoro attraverso il gruppo, ora alle transazioni familiari e al lavoro con la famiglia, alle "reti" sociali e ai processi di socializzazione secondaria"; ritiene inoltre che tutte le comunità offrono comunque una "struttura di relazione" dove il giovane si sente accolto. Tuttavia, l'autore individua tre tipologie di comunità:

1. comunità terapeutiche, dove si pratica psicoterapia;
2. comunità di accoglienza, che offrono un gruppo contenitore non espulsivo, tollerante, delle relazioni dirette e solidali;
3. comunità di vita, fondate sul lavoro, sulla responsabilità e sulla reciprocità.

Le comunità, inoltre, possono essere classificate in base al modello a cui fanno riferimento.

Pinkus (1995) individua comunità che si basano su un *modello psicoanalitico* che valorizza la psicoterapia di gruppo e l'elaborazione dei conflitti; comunità che seguono le *teorie rogersiane*, il cui focus è sulle modalità relazionali esplicite e orientate al consolidamento dell'autonomia personale a livello cosciente; comunità che enfatizzano l'azione trasformativa della

convivenza stessa e fondano il loro programma comunitario sul ritmo quotidiano e sul lavoro con particolare attenzione al mantenimento dei rapporti formali e autoritari tra operatori e utenti.

Ciascuna comunità terapeutica stabilisce a priori le tipologie di utenza che ritiene di accogliere, può essere composta da individui che fanno abuso di sostanze stupefacenti, con alle spalle precedenti insuccessi, alcolisti, tossicodipendenti detenuti.

L'obiettivo auspicabile, osserva Cagossi (1988), è uniforme per tutte le comunità, ossia la formazione di una persona "capace di fronteggiare le richieste della realtà, senza ricorrere alla mediazione della droga o di relazioni inadeguate, inserito nel mondo del lavoro, con affetti stabili e socialmente sufficiente"; in altre parole, una persona autonoma, autodiretta e stabile nelle relazioni col mondo, ovvero, diventare adulto.

Per realizzare questi obiettivi ciascuna comunità elabora un proprio metodo. Alcune comunità basano il loro lavoro su un *metodo centrato sui modi di mettersi in relazione*. La capacità relazionale si misura nella relazione con gli oggetti, nella relazione col corpo, nella relazione col compito, nella relazione col tempo, col mondo esterno e nella relazione con gli affetti. Altre comunità utilizzano un *metodo centrato sul gruppo* attraverso le dinamiche proprie dei gruppi informali al fine di garantire una socializzazione in contesti controllati in vista di un reinserimento sociale. Per esempio il gruppo dei pari è capace di provocare dei comportamenti adeguati alle situazioni, promuovere la condivisione di regole e processi d'identificazione.

Il termine "terapeutico" che utilizzano le comunità è mutuato dall'ambito medico considerando la terapia quella "branca della medicina che si occupa della cura delle malattie individuando modalità, tecniche e strumenti per portare il paziente alla guarigione" (enciclopedia pedagogica). Le comunità hanno mantenuto la terminologia "terapeutica" perché riconoscono la dimensione patologica della dipendenza e si pongono come risultato un certo tipo di cambiamento dell'utenza.

Un primo elemento a valenza terapeutica comune a tutti i modelli di comunità è costituito da una serie di norme e limitazioni comportamentali e possibili sanzioni positive o

negative come semplici richiami o l'allontanamento dell'utente dalla struttura.

Il rispetto delle norme comunitarie e l'applicazione delle sanzioni positive o negative è garantito dalla forza della pressione positiva dei pari in quanto in una comunità terapeutica ciascun residente è ritenuto essere responsabile non solo di se stesso ma anche dei propri compagni controllando il loro comportamento.

Secondo Cagossi (1988), le comunità differiscono nel modo di concepire il gruppo. Per alcune comunità assume una dimensione terapeutica poiché il gruppo è inteso come luogo di confronto e di prova; in altre, invece, è inteso quale gruppo di appartenenza, per cui prevale il processo d'identificazione ed è vissuto come mediatore tra sé e la realtà.

Molte comunità organizzano il loro intervento terapeutico intorno all'attività lavorativa in quanto il lavoro permette di affermare la competenza dell'individuo come persona sociale. Il riconoscimento delle proprie capacità da parte di se stessi e degli altri fornisce la formazione di un valore personale.

Tutte le comunità terapeutiche si organizzano come strutture autonome filtrando ogni contatto con il mondo esterno, specie nelle fasi iniziali della permanenza; tuttavia, un eccessivo isolamento impedisce un corretto reinserimento sociale, pertanto, in determinate fasi dell'intervento terapeutico, diviene positivo avere contatti esterni anche se sorvegliati.

Attraverso una struttura volutamente isolata viene perseguita l'autosufficienza del gruppo dei residenti. Infatti in molte comunità la manutenzione dell'edificio o la gestione quotidiana è affidata agli ospiti. Alcune comunità riescono ad essere addirittura autonome dal punto di vista finanziario in quanto i residenti con il loro lavoro contribuiscono alla loro sussistenza.

In questo modo vengono ad intensificarsi le dinamiche di gruppo la responsabilizzazione sociale e l'indipendenza degli interessi individuali.

Negli ultimi anni nelle comunità si è consolidata l'attività di counseling rivolta sia ai residenti durante il processo comunitario o dopo la conclusione del programma terapeutico, sia alle loro famiglie. Il counseling, ritenuta una "terapia della comunicazione" tra il terapeuta e l'utente, può aiutare chi lo riceve a ottenere un più chiaro

insight riguardo a se stesso, alle motivazioni e ai conflitti. L'attività di counseling risulta essere meno importante nelle prime fasi del trattamento ma diviene fondamentale nelle fasi intermedie o finali.

Riferimenti bibliografici

- Aceranti, A., Bonforte, A., Ferrante, A., e Vernocchi, S. (2014). *Nella tela del ragno. Neurofisiologia e psicobiologia delle dipendenze*. FBI.
- Bloom, P. (2010). *La scienza del piacere. L'irresistibile attrazione verso il cibo, l'arte, l'amore*. Il Saggiatore S.P.A.
- Cagossi, M. (1988). *Comunità terapeutica e non*. Roma: Borla.
- Lobba, G. *La metodologia educativa nelle comunità terapeutiche per tossicodipendenti*. www.pinocchiogroup.it
- Schaffer, R.H. (1998). *Lo sviluppo sociale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Teodori, L. (2006). *Un ago puntato a mezzanotte. Conversazioni di orientamento su dipendenza e droghe*. Edizioni Cadmo.

ACCOGLIENZA E CURA DEI MIGRANTI: L'APPROCCIO ETNOPSICHIATRICO

di Alessio Grana

Psicologo Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Comparata, Educatore presso la Comunità Educativa per minori "Casa Sassuolo", Bagno a Ripoli (FI)

Osservando il continuo e incessante arrivo di migranti nel nostro Paese, e in tutta Europa, non possiamo evitare di fare alcune importanti riflessioni. In quanto esseri umani e operatori della salute mentale il nostro pensiero viene indirizzato al dramma della traversata e al trauma conseguente all'incontro con la nuova cultura, entrambi possono essere causa di insorgenza di problemi psicopatologici. Partendo da un'analisi dell'accoglienza "agli sbarchi", nella quale si osservano numerose lacune, si passa all'analisi delle possibili strategie terapeutiche. L'inefficacia delle terapie classiche individuali, nella cura di soggetti provenienti da un mondo "lontano" dal nostro, conduce allo studio di modelli poco sperimentati nel nostro Paese. Nell'articolo ci occuperemo del modello etnopsichiatrico, teorizzato in Francia da Devereux e sviluppato in seguito da Nathan.

Introduzione

Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento costante e vertiginoso del flusso migratorio verso l'Italia. L'opinione pubblica pare essere ormai al corrente della realtà del viaggio che questi migranti affrontano dalle coste nord africane fino al nostro paese. È ormai appurato che le condizioni di viaggio sono spesso disumane tanto da portare diversi migranti alla morte. In questo articolo ci si vuole occupare di coloro che invece sopravvivono.

Le persone che arrivano in Italia sono fisicamente e psicologicamente ferite. Oltre a provenire da paesi molto poveri, e aver preso la decisione di partire spesso a causa di importanti carestie o di motivi politici, arrivano sulle coste italiane straziati dal viaggio, e a volte anche seviziati e torturati dal personale che si occupa di gestire la traversata "nei barconi". È dunque intuitivo che queste persone non abbiano solo bisogno di una casa, di stabilità, di cibo e vestiti ma anche di un importante supporto psicologico. Le modalità di accoglienza paiono dunque essere fondamentali, ma ancor più fondamentale sembra essere la strategia di aiuto che lo psicoterapeuta può offrire ai migranti quando iniziano a mostrare eventuali problematiche psicopatologiche legate all'incontro con un "nuovo mondo". L'insorgere di disturbi psicopatologici è intuitivamente molto frequente, ma molto frequente pare essere l'opinione che vi siano problematiche più importanti da risolvere per questi pazienti, senza pensare che la salute mentale è spesso un presupposto fondamentale per un sano adattamento. L'impatto dell'evento migratorio sulla psiche viene spesso sottostimato dall'opinione pubblica, numerosi si soffermano comunque sul trauma dell'emigrazione e sulle conseguenze psicologiche di questa. "A causa della rottura che provoca con l'ambiente di origine, la migrazione comporta indirettamente anche una frattura a livello del contesto culturale interiorizzato dal paziente dal momento che vi è corrispondenza tra la strutturazione culturale e quella psichica dell'individuo" (Moro, 1998).

All'inizio del lavoro saranno riportati alcuni dati sull'immigrazione in Italia e faremo una breve analisi sui sistemi di accoglienza nel nostro paese. Osserveremo come la figura dello psicologo possa essere fondamentale fin dalla prima accoglienza e spiegheremo come è organizzata un'équipe di emergenza. In seguito, e più dettagliatamente, ci occuperemo delle problematiche con le quali i migranti si scontrano incontrando una nuova cultura e i dispositivi messi a punto, soprattutto da autori francesi, per la cura psicologica degli immigrati.

La prima accoglienza

L'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNCHR) ha stimato che nel 2014 sono arrivati in Italia più di 110.000 migranti tra i quali almeno 15.000 minori. L'Italia essendo uno dei paesi più facilmente raggiungibili per la sua posizione geografica, spesso non è la meta prescelta ma un passaggio obbligato per poter accedere ad altri paesi europei. Quasi la totalità dei migranti sono persone in fuga da situazioni di miseria, guerra e persecuzioni, dunque affrontano il viaggio già in una situazione psicofisica spesso molto difficile.

Alcuni reportage giornalistici e alcuni documenti ufficiali hanno puntato il dito sull'incapacità del nostro paese nel gestire la qualità e l'umanità dell'accoglienza dei migranti. Ciò è anche costato diversi richiami formali da parte dell'Unione Europea. Con tutti questi problemi di gestione dei migranti all'ingresso del nostro Paese sembra difficile poter trovare le risorse da investire in progetti che favoriscano la valutazione e il conseguente supporto psicologico ai migranti.

Le strutture finalizzate all'accoglienza sul territorio italiano sono di differenti tipi; vi è il CPSA (Centro di Primo Soccorso e Accoglienza), CDA (Centri di Accoglienza), CARA (Centri di Accoglienza per Richiedenti Asilo), CIE (Centri di Identificazione e Espulsione). La gestione di questi centri è affidata alle Prefetture, che a loro volta delegano enti, cooperative e associazioni per occuparsi delle strutture a 360 gradi. Insieme alle sopra citate realtà operano un numero non stabilito di volontari, presidi delle ASL di riferimento, un numero imponente di mediatori culturali e l'Équipe Psicosociale per le Emergenze

composta da alcuni psicologi. Al momento dello sbarco diverse predisposizioni organizzative richiedono al personale dell'accoglienza di dividere gli uomini dalle donne con i figli, e a questo punto gioca un ruolo fondamentale una figura, che spesso è individuata in uno psicologo, che aiuti a facilitare la comunicazione fra i due gruppi occupandosi dunque degli eventuali ricongiungimenti familiari. Un altro ruolo spesso ricoperto dagli psicologi è quello di accogliere domande dei migranti, dando informazioni riguardo ai loro dubbi e al procedimento che dovranno seguire. Questa ultima operazione pare essere molto importante poiché si tratta di individuare e dare eventuali risposte ai bisogni emergenti dei migranti. Nell'area destinata agli uomini difficilmente vi sono esplicite richieste di ascolto e sostegno, ma qualora vi siano, lo psicologo deve essere pronto ad intervenire con l'aiuto dei mediatori culturali. Spesso viene riportato che in queste operazioni vi è una tale confusione che la richiesta di supporto psicologico da parte dei migranti viene inibita. Nella parte riservata alle donne vi sarà la possibilità dello stesso tipo di supporto tenendo presente che in questo caso però vi sono priorità mediche dal momento che i bambini sono spesso molto piccoli, molti hanno meno di 1 anno. Un altro ruolo importante in questa concitata situazione è la salvaguardia dei diritti umani dei migranti, con particolare attenzione alle cure sanitarie anche per coloro che si pensa possano essere colpevoli di gravi reati (scafisti ecc). Ma ad un certo punto, finita l'odissea del viaggio, dello sbarco, della burocrazia, dell'inserimento nei vari centri, potrebbero venire alla luce quelle situazioni cliniche nelle quali l'emigrazione, traumaticamente, sottrae all'individuo il sostegno del proprio mondo culturale e lo risucchia nelle derive del disadattamento.

L'incontro con il “nuovo mondo”

Vi è un momento cruciale nella vita del migrante ed è lo scontro con una cultura così differente dalla propria, il mondo esterno gli richiede di adattarsi ma il migrante rimane “sospeso tra due mondi” e questo stato di sospensione alimenta una condizione di fragilità identitaria che può declinarsi in forma psicopatologica. Da qui nasce

l'idea di una psicoterapia, elaborata e discussa da molti autori francesi, che rispetti la cultura di origine del paziente, che si attenga al rispetto dei suoi “esseri invisibili” (geni, spiriti, divinità, antenati), dei suoi “modi di fare” (lingua originaria, alleanze familiari, intermediari tradizionali, riti), dei suoi “dottori” (guaritori tradizionali), dei suoi “oggetti di culto” (amuleti, feticci). L'emigrazione può essere considerata una vera e propria perdita di identità. Cambiano i luoghi, gli odori, i suoni e i colori ai quali una persona è abituata e ai quali è stata legata per un lungo periodo, da quando è nata fino a quando in un colpo solo tutto questo è svanito, anzi non è svanito ma è stato sostituito con qualcosa di sconosciuto. Come sappiamo l'insieme di tutte queste esperienze sensoriali permette la costruzione della struttura e del funzionamento psichico. Questo ambiente oggettuale conosciuto garantisce un senso di identità psichica e culturale dell'individuo. È facile dunque immaginare che venendo a mancare questi fondamentali presupposti l'individuo si potrebbe trovare sprovvisto di un'ancora per la propria identità soggettiva, con il conseguente rischio di uno scorretto funzionamento mentale. Nathan (1996) considera la cultura di provenienza “come una struttura specifica di origine esterna (sociale) che contiene e rende possibile il funzionamento dell'apparato psichico. Essa è un sistema che contribuisce alla costruzione del mondo di una persona e la garantisce dalle sue - crisi della presenza -, di origine sia interna che esterna”. In altre parole Nathan pensa che non possa esistere alcun processo psichico senza l'esistenza di un filtro culturale che ordina, governa e fornisce i principali strumenti di interazione della persona con il mondo. Vi sono molte ragioni per le quali un immigrato potrebbe riportare anche importanti problematiche a livello psicologico, bisogna però stare attenti a non voler aiutare il paziente mantenendo gli stessi schemi che lo hanno portato al manifestarsi della sua sofferenza. Dobbiamo dunque tener conto degli elementi costitutivi della sua persona provenienti direttamente dalla cultura di origine, non vi può essere fenomeno culturale che non sia alimentato e in una certa misura determinato dallo psichico. A tal proposito una delle prime problematiche è legata alla lingua parlata. Questa rappresenta una forma specifica del sistema

culturale che serve a determinare il senso di appartenenza dell'individuo e le sue possibilità di scambio sociale all'interno del proprio gruppo, assegnando al soggetto una posizione differenziata rispetto a coloro che non appartengono allo stesso campo linguistico. La lingua per prima possiede il potere di evocare l'universo fisico, affettivo, conoscitivo ed esperienziale del suo locutore. La figura del mediatore linguistico pare quindi essere fondamentale.

L'approccio etnopsichiatrico

È importante sapere che per interagire da un punto di vista clinico con persone che provengono da contesti completamente differenti rispetto a quelli nei quali si opera, bisognerebbe conoscere gli strumenti essenziali dell'altrui costituzione antropologica (lingua, sistemi di cura, miti, religione, concezione politica e sociale ecc). Sarebbe importante collocare intorno al paziente diverse figure professionali che aiutino a operare superando i vincoli culturali e sociali. Un antropologo, un mediatore culturale, un mediatore linguistico ed altre figure si potrebbero incontrare per discutere e capire in che modo aiutare il paziente. L'incontro di queste figure intorno ad un soggetto di cui non si è mai occupato nessuno, senza reddito e che a volte non “risulta nemmeno esistere”, sarebbe di per sé un atto così “potente” da superare molti ostacoli e barriere che spesso vengono imposte dalle modalità di lavoro tese al risultato come dimostrazione di investimenti ben spesi. Le varie interazioni professionali e terapeutiche in diversi contesti socioculturali sono state teorizzate da Devereux, che ha usato il termine *etnopsichiatria*. In questa parola sono presenti tre ben distinti termini. *Etno* indica le differenze culturali dei pazienti ai quali ci rivolgiamo, allo scontro fra la cultura del paziente rispetto a quella del clinico, la necessità di capire il mondo dell'assistito inquadrando le sue origini e le sue dimensioni storiche e mitiche.

Con la classica chiusura *iatra/iatria* (pediatra, odontoiatra, psichiatra ecc) si indica una figura essenziale che si occupa della cura della persona e in questo caso dell'adattamento delle persone che provengono da nicchie socioculturali

differenti. Questa terminazione *iatra* nei paesi occidentali viene spesso riferita ad una persona che ha ottenuto la licenza “dall'università” per esercitare il suo lavoro, ma lo stesso non vale per paesi di culture differenti dove la capacità di cura non viene certificata e spesso nemmeno teorizzata. Colui che cura lo fa a “furor di popolo”, lo fa “perché è il prescelto”, lo fa per doti personali che vanno al di là delle conoscenze teoriche.

Il segmento intermedio *psiche* pare essere quello più complesso da descrivere. Esso non coincide per forza con l'organo che serve per pensare (corteccia cerebrale) e nemmeno con l'apparato psichico inteso come struttura della mente che esegue e controlla le pulsioni (Freud). Il suo significato vuole invece essere più ampio e andare al di là delle concezioni occidentali, la parola *psiche* pare essere dunque più vicina al concetto interculturale di anima. Rappresenta ciò che rende umano un individuo, ciò che produce vita. Questa *psiche* cambia continuamente di stato, può rimanere ed essere generata dal corpo e dunque essere vista nel fegato, nel cervello, nei polmoni o anche in altri organi ma può anche essere trasportata da un corpo all'altro o tramandata da generazioni, è quella presenza che pare esistere in ogni cultura anche se sotto diverse forme. La teoria etnopsichiatrica va dunque in questa direzione, prendendo le distanze da una concezione etnocentrica che escluderebbe la possibilità di comprendere e curare gli immigrati.

Con questi presupposti Nathan ha ideato un dispositivo (dispositivo etnopsichiatrico) specifico di consultazione di gruppo per la presa in carico di pazienti migranti. Secondo il *principio complementarista*, già discusso da Devereux e su cui si fonda l'approccio etnopsichiatrico, il discorso antropologico e quello psicoanalitico vengono entrambi ampiamente utilizzati ma non nello stesso momento. L'antropologia e la psicoanalisi vengono entrambe utilizzate in quanto l'una completa le informazioni dell'altra, Devereux “trasforma il complementarismo da categoria interpretativa a principio metodologico secondo cui le proposizioni enunciate all'interno di ciascuna disciplina non sono tra loro in contraddizione ma contribuiscono a completare le informazioni possibili circa un determinato fenomeno (...) così facendo Devereux assume in

tutta la sua forza il paradigma della pluridisciplinarietà” (Castellani, 2003).

Con questi presupposti teorici di riferimento Nathan, nel suo modello etnopsichiatrico, evita di interpretare i rituali e le iniziazioni eventualmente descritte dai pazienti in termini psicoanalitici, altrimenti perderebbero il loro significato, dal momento che i contesti culturali sono così differenti. Ma grazie a questi racconti Nathan fa un viaggio attraverso la cultura del paziente, parte dunque dal particolare (la cultura) per poter accedere all'universale umano. Come è facile intuire Nathan sceglie dunque il gruppo come setting, solo la presenza di diversi operatori culturali può permettere la pluridisciplinarietà necessaria. Inoltre la terapia di gruppo si avvicina di più alla cultura di origine di molti immigrati provenienti dall'Africa, dove la società tradizionale è spesso improntata sul gruppo e sui rituali di gruppo, l'individuo in queste culture non si trova infatti così al centro come avviene nelle culture occidentali. Il gruppo pare essere inoltre fondamentale per l'analisi del “controtransfert culturale” e per l'emergere del *materiale culturale*. Con questo termine si intendono le teorie culturali del paziente riguardo l'origine e la natura dell'uomo, l'origine della malattia e le modalità di cura. Queste sono infatti le tematiche fondamentali senza le quali andare avanti con la terapia sarebbe veramente difficile. Questo materiale culturale racchiude dunque tre teorie: la prima quella ontologica (origine e natura dell'uomo), la seconda quella eziologica (l'origine delle malattie) e la terza la teoria terapeutica (modalità di cura).

Modalità degli incontri

Come avviene solitamente nelle cure tradizionali dei paesi africani, il gruppo è composto da diverse persone (circa 15) e la disposizione è in cerchio faccia a faccia. Solitamente i partecipanti, oltre al paziente, sono gli eventuali familiari, le figure che lo hanno accompagnato al servizio, eventuali interpreti e mediatori culturali, diversi co-terapeuti di differente nazionalità e cultura e il terapeuta principale. Al paziente viene solitamente richiesta la sua storia e il suo pensiero sulle origini e le cause del disturbo per il quale ha chiesto aiuto. Ogni co-terapeuta analizza il disturbo e fa un'interpretazione

personale a seconda della propria cultura e della propria provenienza. Il paziente a questo punto dovrebbe osservare che tutte le spiegazioni potrebbero essere valide anche se differenti, nonostante quella legata alla sua cultura gli possa sembrare sicuramente più plausibile. Ma ciò che importa è che il paziente inizi a pensare che la propria visione del disturbo non è universale, è in atto dunque un processo di decostruzione dell'interpretazione eziologica del paziente che è profondamente radicata al suo interno e forse profondamente connessa con la formazione e il mantenimento del disturbo. L'importanza di questo confronto con le altre culture sembra quindi essere fondamentale insieme alle prescrizioni del terapeuta. Il terapeuta principale alla fine interverrà dando istruzioni strettamente comportamentali al paziente come quelle di costruire degli oggetti, dei feticci e di nasconderli secondo le usanze di diverse culture africane. In questo modo si entra in contatto con il "mondo degli spiriti" così ricco di risorse e di potenzialità terapeutiche. Il terapeuta sembra sostituirsi all'anziano e saggio capo clan. Il feticcio diventa lui stesso un guaritore. Nathan riferisce inoltre di aver provato ad utilizzare la stessa tecnica anche con pazienti occidentali notando che la prescrizione all'utilizzo di artefatti simbolici abbia comunque ottenuto risultati terapeutici. Questa tecnica sembra "mettere al centro del cambiamento e della cura non tanto l'elaborazione soggettiva quanto invece la fenomenologia dell'esperienza soggettiva e, soprattutto, il rapporto tra contesto culturale e soggetto, rapporto che permette, in alcuni casi, un agire, un fare che porta ad importanti modificazioni, in un certo senso automatiche, del mondo interno. Non si tratta di un comportamento di tipo meccanicistico ma di un'esperienza individuale complessa, che trova il suo senso solo in quanto intimamente connessa con il contesto sociale e che permette profonde ristrutturazioni del sé personale: è l'azione del mondo della cultura che porta ordine e aumento della complessità nel mondo interno individuale" (Inghilleri, 2000).

Conclusioni

Lavorare nei luoghi e nei centri di accoglienza a stretto contatto con coloro che sbarcano da navi

piene di sofferenza e di speranza è un'impresa piuttosto ardua, le istituzioni sembrano non riuscire a tutelare questo tipo di lavoro e nelle Comunità per minori arrivano sempre più immigrati sofferenti e male accolti.

Nel momento in cui "vengono inseriti" nelle varie comunità sul territorio il personale non sa niente di loro. I ragazzi, spesso alla soglia della maggiore età sono confusi e spaventati, presentano disturbi psicosomatici e per i primi mesi non riescono a dormire. Il lavoro fatto dagli psicologi all'accoglienza non è, come abbiamo visto, sufficiente, troppi particolari vengono persi e troppe persone bisognose di supporto psicologico non incontrano nemmeno mai una persona che parli la loro lingua, se non i compagni di viaggio.

Per quanto riguarda l'insorgenza delle psicopatologie negli immigrati sembrano non esserci sul territorio servizi a loro dedicati. Sembrerebbe dunque molto difficile in Italia poter usare uno strumento come quello proposto da Nathan, ma in realtà alcune esperienze italiane, davvero poche, dimostrano che è possibile farlo (Associazione Naga CPS di Bollate). Basterebbe che il Servizio Sanitario si attrezzasse creando sportelli (ancora non presenti) in ogni città. Sarebbe probabilmente difficile reclutare co-terapeuti provenienti da diverse culture ma il percorso tracciato da Nathan sembra lasciare molta libertà e promuove l'uso della fantasia nella pratica del suo strumento terapeutico. Nessuno può escludere che alcuni immigrati potrebbero essere stati nel proprio paese di origine "stregoni" o terapeuti di altro genere, dunque le risorse possono essere trovate confrontandosi con la stessa utenza.

Promuovendo l'integrazione e facendosi trovare disponibili ad un reale dialogo interculturale si eviterebbero varie problematiche di emarginazione, e si potrebbe usare la conseguente terapia anche per la cura di persone occidentali che magari possono avere un "linguaggio psichico" differente da quello comune. I partecipanti al gruppo etnopsichiatrico possono essere educatori, assistenti sociali, psicologi, medici, psichiatri, psicoterapeuti, mediatori culturali ecc. Tutte queste figure, infatti, sempre di più, lavorano a stretto contatto con l'immigrazione (comunità, centri di accoglienza, tribunali ecc) e sempre di

più dovranno imparare ad ascoltare e a comunicare con “altre voci”.

Riferimenti bibliografici

- Castellani, C. (2003). George Devereux , il complementarismo e la fondazione dell'etnopsichiatria. *I folgi di Oriss*, 19/20, 151-157.
- Devereux, G. (2007). *Saggi di Etnopsichiatria generale*. Roma: Armando Editore.
- Inghilleri, P. (2000). Cultura, esperienza soggettiva e nuovi modelli di cura. *Percorsi a confronto. Primo Incontro di Etnopsichiatria*. Milano.
- Moro, M.R. (2001). *Bambini immigrati in cerca di aiuto – I consultori di psicoterapia transculturale*. Torino: Utet.
- Nathan, T. (1996). *Principi di etnopsicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Nathan, T. (2003). *Non siamo soli al mondo*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Sironi, F. (2001). *Persecutori e vittime*. Roma: Feltrinelli Editore.

ADOLESCENZA E SETTING: TRA FLESSIBILITÀ E LIMITI

di Andrea Zucconi

Psicologo Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Comparata

Accostare le parole setting e adolescenza fa immediatamente pensare ad un ossimoro. Come si può immaginare di riuscire a rinchiudere all'interno di un contenitore formale, contraddistinto da coordinate spazio-temporali specifiche e limitate, un individuo che per caratteristiche fisiologiche si trova a vivere un'età spesso contraddistinta da impulsività e rifiuto delle regole? A causa della difficoltà di gestire l'esplosione pulsionale tipica dell'adolescenza gli specialisti del settore si sono domandati per anni se fosse opportuno trattare le difficoltà che emergono in questo periodo e, in caso di risposta affermativa, con quale metodologia. Il dibattito sul setting da adottare con pazienti adolescenti è stato lungo e continua ad essere acceso anche ai giorni nostri. L'ampliamento delle conoscenze teoriche circa questo specifico momento della vita, unito ad una vasta gamma di esperienza clinica sia in istituzioni pubbliche che in studi privati, hanno permesso di tracciare un profilo del setting, anzi dei setting, da adottare per instaurare una relazione terapeutica efficace. Setting in cui la caratteristica fondamentale è la flessibilità unita ad un coinvolgimento attivo del ragazzo e dell'ambiente che lo circonda, senza dimenticare delle regole e dei confini necessari per identificare il rapporto tra terapeuta e paziente come una relazione di cura.

Adolescenza: la bonaccia in attesa di un'identità

L'adolescenza è, per dirlo con le parole di Winnicott (1989; p. 348) "il momento in cui si

diventa adulti nella crescita emozionale". L'obiettivo finale dell'adolescenza è il raggiungimento dell'età adulta cioè essere "capace di identificarsi con le figure parentali e con la società senza adottare false soluzioni" (Winnicott, 1989; p. 348). Per raggiungere questa meta ogni individuo deve attraversare una delicata fase di vita che ha inizio con l'entrata nella pubertà. Un periodo della vita caratterizzato da notevoli cambiamenti fisici, cognitivi, psicologici, molti dei quali legati allo sviluppo dei caratteri sessuali e alla necessità di assumere un'identità legata a questa nuova funzionalità corporea. L'adolescenza è un periodo della vita che per definizione è caratterizzato da agiti, da ritiri in se stessi e da confusione che però porterà l'individuo a strutturare una propria identità e una propria individualità e che per questo va vissuta fino in fondo e non patologizzata. "Questo è un periodo dell'esistenza che deve essere vissuto, ed è essenzialmente un momento di scoperta di se stessi. (...) Esiste solo una vera cura per l'adolescenza. (...) Questa consiste nel tempo che passa e nel graduale processo di maturazione. (...) Questo processo non può essere affrettato né rallentato" (Winnicott, 1965; p. 107-108).

Durante la pubertà la maturità sessuale arriva bruscamente, in modo repentino. L'adolescente si trova catapultato in un mondo estraneo a cui non era preparato. Vive in perenne conflitto tra la sua nuova identità fisica e le esigenze che questo sviluppo comporta e le sue identificazioni infantili, tanto sicure quanto cariche di angoscia per una dipendenza che risulta essere soffocante e castrante ma allo stesso tempo accudente e

confortante. In un mondo che cambia troppo in fretta la tentazione di restare aggrappati al noto è forte ma questa spinta regressiva è controbilanciata, e a volte schiacciata, dallo sconvolgimento emotivo e cognitivo che avviene all'interno del ragazzo che lo porta a voler sperimentare nuove situazioni, a volersi mettere alla prova, a testare le sue nuove potenzialità e a ricercare nuovi oggetti d'amore in sostituzione di quelli tenuti in considerazione fino a questo momento e considerati onnipotenti e infallibili: i propri genitori. Per usare un linguaggio psicoanalitico più preciso possiamo citare la descrizione che Evelyne Kestemberg offre dell'organizzazione psichica caratteristica degli adolescenti così come viene citata da Philippe Jeammet (1992; p. 19-20):

“Ella sottolineò il carattere di transizione dell'adolescenza, marcato dal risveglio massiccio del conflitto edipico e delle difese “forsennate” che questo mobilita. Ciò determina un rimaneggiamento degli investimenti, a tutto vantaggio di quelli narcisistici e a scapito di quelli oggettuali, segnati dal conflitto edipico. L'intensità del conflitto e dei tumulti che esso comporta nell'organizzazione psichica ha un effetto riorganizzatore di quest'ultima e sull'insieme della personalità. Il conflitto si cristallizzerà sulla relazione dell'adolescente con il proprio corpo sessuato, portatore delle sue relazioni con le imago genitoriali. Questo rapporto di estraneità con il proprio corpo collegato ai conflitti d'identificazione, metterà in discussione l'identità stessa dell'adolescente, conferendo a questa età un profondo potenziale depressivo”.

Ciò che emerge chiaramente dalle parole della Kestemberg è il carattere di urgenza che caratterizza questa età. La confusione è così elevata che necessariamente bisogna trovare qualcosa o qualcuno a cui aggrapparsi, su cui fare affidamento. Visto che non soltanto il mondo interno dell'adolescente è in subbuglio ma anche il corpo risulta essere incomprensibile ed estraneo, irricognoscibile rispetto all'immagine precedente, l'unica soluzione su cui può contare l'adolescente è quella di investire su un oggetto esterno, un fattore ambientale su cui proiettare alcune parti di sé attualmente considerate ingestibili e fonte di angoscia. Proiettare questi

aspetti di sé sull'esterno, soprattutto attraverso il meccanismo dell'identificazione proiettiva, permette al ragazzo di riacquistare la sensazione di avere il controllo della situazione e di salvaguardare il proprio narcisismo che altrimenti andrebbe in pezzi sotto le spinte del suo mondo interno. Proprio a questo proposito Jeammet (1992; p. 25) parla di uno “spazio psichico allargato”: “questa costante sollecitazione dell'ambiente (...) è voluta e ricercata dall'adolescente, come tentativo di mantenere una relazione oggettuale minacciata e allo stesso tempo come mezzo per alleviare la pressione dei conflitti e della tensione interna che ne deriva, cedendo all'ambiente una parte delle funzioni dell'apparato psichico”.

L'ambiente in cui principalmente ciò si evidenzia è il contesto familiare; il più conosciuto e allo stesso tempo il più temuto dall'adolescente. L'ambiente familiare, proprio per questo, è uno dei fattori da osservare e da tenere sotto controllo sia per scegliere la terapia più adeguata per l'adolescente sia per valutare il grado di coinvolgimento della famiglia all'interno del trattamento terapeutico. Il coinvolgimento legale dei familiari è obbligatorio (consenso informato), ma anche nei casi in deroga in cui le “prestazioni avvengano su ordine dell'autorità legalmente competente o in strutture legislativamente preposte” (Art. 31 del codice deontologico degli psicologi) non si può ipotizzare di strutturare un lavoro terapeutico senza prendere in considerazione l'ambiente familiare del minore, anche se è solo quello riferito dal minore stesso. Nonostante l'esistenza di questa possibilità, la maggior parte delle richieste di aiuto arriva agli specialisti tramite i genitori dell'adolescente.

Paola Carbone (2005; p. 68-70) sintetizza efficacemente le tipologie di richieste genitoriali e le terapie ad esse associate. La prima è “quella del genitore che funge (...) da mediatore nell'incontro tra il figlio e il consulente” (Ibidem) a cui seguirà una terapia individuale incentrata sul ragazzo. La seconda è “quella del genitore che ha bisogno di aiuto per sé e utilizza la preoccupazione genitoriale come occasione per chiedere una terapia” (Ibidem) a cui seguirà, dopo una serie di incontri conoscitivi, la presa in carico del genitore. La terza richiesta è la più frequente nonché la più difficile da gestire: “quella in cui non solo il genitore mostra di avere

seri problemi, ma ci dà modo di capire che anche il figlio è in difficoltà” (Ibidem). L’autrice espone quattro possibili approcci terapeutici per riuscire ad affrontare questa situazione: la terapia familiare, la terapia bifocale, le terapie parallele e la psicoterapia senza il paziente.

Alcuni di questi approcci verranno analizzati nello specifico nel corso della trattazione, per gli altri si rimanda ai riferimenti bibliografici.

Prima di addentrarci nella descrizione delle specifiche soluzioni terapeutiche utilizzate e all’esposizione dei differenti tipi di setting adottati credo sia necessario fare un breve excursus sul concetto di setting e sulla sua evoluzione nel corso degli ultimi decenni.

Setting: spazio condiviso tra esterno ed interno, tra terapeuta e paziente.

Il concetto di setting è stato introdotto per la prima volta all’interno della pratica psicoanalitica da Sigmund Freud. Freud riflette intorno alle modalità più idonee per gestire l’incontro con il paziente e propone dei consigli la cui “applicazione da parte dei suoi seguaci è stata molte volte più rigida di quanto non fosse nelle intenzioni dello stesso” (Collovà, 2013; in *Psicoanalisi Oggi*, p. 23).

È il padre della psicoanalisi a scrivere nel 1913: “Mi sembra opportuno presentare queste regole come “consigli” e non pretendere che vengano accettate incondizionatamente” (Freud; in *Psicoanalisi Oggi*). Tutto ciò sottolinea non soltanto l’importanza del concetto trattato ma anche le difficoltà emerse e incontrate fin dagli inizi della pratica clinica.

Oggi il concetto di setting può essere preso in considerazione da due differenti punti di vista: uno esterno, formale, in cui rientrano elementi legati al tempo e allo spazio della seduta (arredo della stanza, l’utilizzo del lettino o della poltrona, la frequenza delle sedute e la loro durata, l’onorario), e tutti quegli accorgimenti “concordati e comunicati al paziente durante il cosiddetto contratto” (Collovà, 2013; in *Psicoanalisi Oggi*; p. 30); e uno interno, cioè gli “elementi costituiti dall’assetto mentale dell’analista” (Ibidem).

Gli aspetti inerenti alla personalità del terapeuta sono quelli dove si è concentrata maggiormente l’attenzione negli ultimi anni. La pretesa di

neutralità e di osservatore oggettivo esterno è stata pian piano sostituita da un’attenzione sempre maggiore agli aspetti relazionali imprescindibilmente insiti all’interno della cornice psicoterapeutica. Questo spostamento di focus è stato esposto da Loredano e Acri nel 2009 quando hanno descritto il setting come “l’insieme degli elementi, precostituiti dal terapeuta in base al proprio orientamento, che contribuiscono alla strutturazione di una relazione di tipo terapeutico e del processo a cui tale relazione dà vita e, quindi, alle regole che la rendono possibile, la definiscono e la organizzano” (in Chillè e Pecchioli, 2013; p. 32). L’attenzione posta sugli aspetti relazionali della situazione terapeutica e sulla necessità di considerare parte attiva del rapporto non solo il paziente ma anche l’analista, non esclude l’importanza attribuita alle regole che gestiscono tale relazione e che la rendono efficace e curativa. La funzione strutturante e organizzativa riconosciuta al setting ha permesso a Frank nel 1961 di inserire questo concetto all’interno di “quella tradizione clinica e di ricerca definita dei fattori comuni. In questo contesto, il setting è un elemento comune a tutti i modelli, come luogo sicuro e socialmente riconosciuto che potenzia il prestigio del terapeuta e la speranza di ricevere aiuto, e che contribuisce all’efficacia della terapia al di là della tecnica specifica” (Chillè e Pecchioli, 2013; p. 31-32).

La mutata visione del setting e del ruolo del terapeuta al suo interno ha portato la psicologia clinica ad affrontare nello specifico la possibilità di prendere in cura pazienti adolescenti, considerati intrattabili fino agli anni ’70, soprattutto dai sostenitori di un setting psicoanalitico classico e formale. Uno degli effetti evidenti di questo cambiamento riguarda la distinzione tra un setting psicoanalitico e un setting psicoterapeutico. Il dibattito inerente ha subito un affievolimento negli ultimi anni perché “molti psicoanalisti di adolescenti convergono sull’idea che sia l’assetto mentale dell’analista, più che il numero delle sedute, a definirne la prossimità all’analisi” (Molinari, 2013; in *Psicoanalisi Oggi*; p. 294).

Quando si parla del trattamento terapeutico con pazienti adolescenti non bisogna dimenticare un aspetto fondamentale della relazione di aiuto: “Il setting non lo fa l’analista da solo; la natura del

suo lavoro è essere volto all'Altro, quindi la variabile complementare a quella della persona psichica dell'analista non può che essere l'oggetto dell'incontro: il paziente" (Baldini, 2005; in *Adolescenze*, p. 97). Cercare di creare un setting che rispecchi l'unicità del terapeuta consentendo allo stesso tempo al paziente di sentirsi accolto e ascoltato è un tema fondamentale che dovrebbe interessare chiunque abbia deciso di intraprendere la strada della psicoterapia. Se si considerano le caratteristiche dell'adolescenza appare evidente come questi interrogativi risultino ancora più pregnanti.

A questo proposito mi sembrano interessanti le riflessioni espresse da Tito Baldini sul setting e l'adolescenza (in *Adolescenze*, 2005; p. 98-101). La sua ipotesi di partenza è che la sofferenza psichica, attualmente, sia dovuta ad un "primato della problematica narcisistica" (Ibidem). Questo primato comporta una serie di difficoltà legate alla scarsa soggettivazione, alla supremazia dell'agito rispetto al pensiero, ad un investimento corporeo patologico e ad un'esternalizzazione dei problemi all'interno della realtà ambientale. Difficoltà con una tendenza depressiva dovuta alla forte svalutazione di se stessi che esse sottendono. "La vulnerabilità della stima di sé porta una profonda dipendenza dall'apprezzamento da parte degli altri. L'altro non è più valorizzato per quanto è desiderabile (o odiabile) ma per la funzione del garante del narcisismo" (Ibidem). Queste tematiche rimandano da vicino alle tematiche espresse normalmente dagli adolescenti tanto che l'autore ha sottolineato come, secondo lui, "l'umanità si stia avviando verso una condizione psichica di adolescenza illimitata, ove le difese narcisistiche suppliscono alle carenze di elaborazione psichica" (Ibidem). Data la similarità delle problematiche riportate strutturare un setting con questi pazienti implica strutturarne uno per gli adolescenti. Baldini lo intende come "quell'insieme di disponibilità che l'operatore delle professioni di aiuto (...) è in condizioni di mettere in gioco, nel rapporto con il paziente, al fine di organizzare un luogo, fisico e mentale, ove con-tenere (tenere insieme) l'angoscia che fino ad allora il paziente aveva esperito in solitudine, in una solitudine senza possibilità di parole" (Ibidem).

La chiave della cura, per Tito Baldini, sta nel riconoscimento di quell'angoscia come qualcosa che fa parte anche del terapeuta, qualcosa che "egli conosce direttamente (...), lo ha affrontato reso gestibile e ora lo può usare per entrare in sintonia con il suo interlocutore" (Ibidem). Quest'ultimo aspetto è essenziale nel trattamento con gli adolescenti che immediatamente riportano il terapeuta alla sua adolescenza, ai nodi centrali legati a quell'età e alle soluzioni da lui messe in atto per superarli e andare avanti. È come se il terapeuta fosse riuscito a trovare un suo luogo privato, un suo setting, dove abbia potuto vivere la sofferenza, la confusione, l'eccitazione tipica di quella età e che ora volesse "riproporlo (...) ispirandosi al ricordo di ciò che è stato significativo" (Ibidem) per lui. Sentirsi vivo insieme al paziente e mostrarsi come esempio di cura è un aspetto importante che permette al paziente di sentirsi accolto e compreso. Questa vicinanza emotiva non va comunque lasciata da sola ed è necessario istituire dei limiti e dei confini che fanno riferimento alla teoria e alla tecnica che guidano ogni terapeuta. Riflettere sulla tipologia di paziente che si ha di fronte permette di guidare la terapia verso il setting più appropriato ma ciò non deve far perdere di vista un aspetto fondamentale: il luogo della cura è un luogo che deve essere abitato anche dal terapeuta, nella sua costruzione avrà un occhio di riguardo verso le esigenze dei pazienti ma sarà fondamentale che lui stesso riesca a viverlo come luogo intimo, personale, come un suo luogo interno dove allora è davvero possibile "accogliere tra le pareti della sua presenza fisica e psichica, affettiva e tecnica" (Ibidem).

Setting con l'adolescente: soluzioni a confronto

Dopo questa breve, e non affatto esaustiva, trattazione sui due concetti cardine del mio articolo vorrei esporre brevemente le soluzioni elaborate e messe in atto dagli specialisti del settore che hanno trascorso gran parte della loro carriera professionale a contatto con pazienti adolescenti. I lavori che si riscontrano in letteratura tendono a porre l'accento sulle difficoltà evidenziate dal lavoro con adolescenti con grave psicopatologia o breakdown evolutivo.

L'aspetto interessante è la ricerca di idee, innovazioni e riflessioni circa la strutturazione di un setting adeguato ai pazienti adolescenti, o con problematiche filo adolescenziali, che permetta la creazione di una relazione terapeutica e curativa. Nel fare ciò mi riferirò fondamentalmente ad autori che hanno lavorato e sviluppato le loro ricerche all'interno della cornice teorica psicoanalitica. Per prima cosa tratterò la tecnica dello scarabocchio, ideata da Winnicott, che permette di creare uno spazio condiviso, un'apertura e uno scambio autentico e scarsamente mediato tra analista e paziente; poi mi soffermerò sulle soluzioni adottate da Philippe Jeammet che comprendono un coinvolgimento attivo da parte dell'ambiente del ragazzo e l'utilizzo di più figure professionali. Infine, mi concentrerò sulla situazione italiana citando le due scuole italiane che si sono interessate all'adolescenza: l'ARPAd (Associazione Romana di Psicoterapia dell'Adolescente) e il gruppo milanese incentrato sul modello messo a punto da Tommaso Senise. L'ultimo paragrafo sarà dedicato ad una terapia messa appunto da Paola Carbone chiamata "psicoterapia senza paziente" che coinvolge attivamente i genitori del ragazzo.

Prima di addentrarmi nella descrizione di queste tecniche vorrei esporre una riflessione di Molinari, (2013; in *Psicoanalisi Oggi*, p. 288) che possa sottolineare la difficoltà del problema trattato e le resistenze che per anni l'adolescenza ha suscitato nei terapeuti di qualsiasi orientamento.

“L'analisi dell'adolescenza si è definita con una sua specificità circa vent'anni dopo quella del bambino. Tale ritardo esiste quasi a voler rispecchiare, nella difficoltà di definire un setting e modelli teorici specifici, la reticenza dell'adolescente a essere definito. Il concetto di liquidità sembra essere infatti la qualità che meglio descrive sia l'assetto psichico dell'adolescente, sia la disposizione mentale in cui è opportuno si disponga il terapeuta nel prendere in terapia un adolescente”.

Disposizione mentale che mal si accosta alla rigidità di una teoria classica e ortodossa o schematica e ripetitiva e che costringe il terapeuta ad un lungo lavoro su se stesso e ad

una riflessione approfondita sulla tecnica da utilizzare.

Winnicott: un setting tra sogno e realtà

Winnicott ideò il gioco dello scarabocchio per entrare in contatto con bambini e adolescenti. La tecnica consiste nell' eseguire a turno, sia il paziente sia l'analista, uno scarabocchio su un foglio. Entrambi i partecipanti creano il proprio scarabocchio sullo stesso foglio ampliando, correggendo, sostituendo quello dell'altro. “Gli scarabocchi servono a definire gradualmente l'ambiente, a tenere il filo della relazione attraverso un ritmo che diventa setting terapeutico” (Miglioli e Roseghini, 2012; p. 162). Il gioco si struttura sotto forma di botta e risposta che a lungo andare può dare vita ad un disegno di senso compiuto. Ciononostante l'aspetto importante per Winnicott non è la creazione di un qualcosa di interpretabile ma la possibilità di instaurare una comunicazione reale, vera e autentica in cui fosse possibile la massima libertà per entrambi i partecipanti. “Ciò che è importante valutare è l'uso che il paziente sa fare della situazione offerta nonché l'uso che il terapeuta sa fare dell'esperienza del paziente” (Miglioli e Roseghini, 2012; p. 153-154). Il materiale prodotto può essere fonte di uno scambio verbale o restare sullo sfondo come semplice attività ludica svolta insieme in cui entrambi apportano il loro contributo. “L'ambiente che Winnicott costruisce sul suo piacere di esserci e di giocare, favorisce anche nell'altro la possibilità di esserci con piacere. Una situazione di questo tipo ridimensiona lo scarto fra i due partecipanti e li stimola a cercare qualcosa che interessi ad entrambi e che possa essere condiviso (Miglioli e Roseghini, 2012; p. 154).

Winnicott, rispetto al setting di un'analisi tradizionale, si espone maggiormente, si mette in gioco e contribuisce alla creazione di uno spazio unico in cui è possibile essere se stessi senza essere costretti ad un'esposizione forzata e unilaterale, dove si viene accolti e accuditi senza bisogno di chiedere nulla attraverso la comunicazione verbale. Attraverso la tecnica dello scarabocchio si viene a creare un “setting inteso come ambiente facilitante: quell'ambiente sufficientemente buono (...) che precede ogni

distinzione tra sé e l'oggetto, ogni articolazione in parole e rappresentazioni e che è anzi la condizione indispensabile che permette al paziente di rivelarsi a se stesso" (Miglioli e Roseghini, 2012; p. 155).

Questa possibilità di scoprire se stesso senza necessariamente comunicarlo all'analista permette al ragazzo una maggiore libertà, ma anche di sentirsi parte attiva nella costruzione dell'ambiente che ha di fronte permettendogli di ridurre la distanza tra terapeuta e paziente. Entrambi vivono sulla propria pelle la situazione terapeutica costruendone i confini invalicabili e i limiti entro i quali si può sostare. "La relazione terapeutica si muove all'interno del paradosso costituito da un'esperienza basata da una parte sulla fiducia reciproca, sull'autenticità e sulla spontaneità e, dall'altra, su un setting professionale, inteso come holding per entrambi i partecipanti al gioco, senza il quale l'esperienza stessa sarebbe senza significato o sommamente confusiva (Miglioli e Roseghini, 2012; p. 158).

Quello che i due autori sottolineano della teoria winnicottiana è l'importanza, mai dimenticata e mai sottovalutata, data al contesto effettivo della stanza di terapia. Per quanto l'ambiente debba essere il più vicino all'esperienza infantile di un luogo sufficientemente buono, per quanto la comunicazione può essere diminuita al minimo per permettere che avvenga attraverso canali fisici non verbali (come all'interno della diade madre-bambino) non bisogna dimenticare gli aspetti fondamentali che alcune norme assicurano alla relazione terapeutica.

"L'analista sta lì, in modo affidabile, è puntuale, vivo e vitale. Per un tempo limitato stabilito in anticipo (...) l'analista è vigile e si prende cura del paziente. L'analista esprime l'amore tramite l'interesse positivo che assume verso il paziente e l'odio tramite la rigidità dell'inizio e del termine della seduta e in materia di onorario. Amore e odio sono espressi in modo onesto" (Winnicott, 1954; in Miglioli e Roseghini, 2012; p. 156).

In questa frase è racchiuso il senso dell'importanza della tecnica dello scarabocchio come setting condiviso, libero e spontaneo ma allo stesso tempo con delle regole semplici, precise e chiare che entrambi i partecipanti devono rispettare. In una fase della vita in cui il

mondo appare spesso oscuro e inspiegabile, quando lo stesso corpo fino ad ora conosciuto diventa un compagno incomprensibile, dove i rapporti interpersonali antichi non soddisfano più e dove i nuovi sembrano lontani e irraggiungibili, l'adolescente sa che può trovare un posto sicuro, tangibile e vitale dove poter confrontarsi con se stesso senza sentire l'intrusione del mondo esterno e quella fastidiosa sensazione di inferiorità che spesso contraddistingue le sue giornate.

Ciò che l'analista e il paziente riescono a creare è uno spazio in cui è possibile giocare insieme, comunicare attraverso segni grafici e attraverso la mimica facciale o il linguaggio del corpo. Le espressioni verbali sono poco articolate, spesso elaborate sull'impulso del momento. Tutto ciò contribuisce a creare uno spazio di fantasia, un'illusione condivisa che costruisce la base per imparare a giocare, a stare in contatto reale con un altro essere umano e di conseguenza anche con se stessi. "Interessarsi tanto alla realtà che alla fantasia (...) vuol dire sostare su un terreno intermedio, in cui occuparsi del reale significa porre le condizioni per occuparsi del mondo interno e in cui costruire immagini concrete, fantasticando, significa dare la possibilità al paziente di accedere alla dimensione della fantasia inconscia e della rappresentazione" (Miglioli e Roseghini, 2012; p. 175).

Philippe Jeammet: il terzo dentro l'ambiente psichico allargato

Philippe Jeammet è uno psichiatra e psicoanalista francese che ha dedicato la sua vita professionale alla cura degli adolescenti e al sostegno delle loro famiglie. I suoi interventi terapeutici si inseriscono all'interno di un contesto psichiatrico istituzionale e hanno saputo conciliare insieme spunti ed innovazioni provenienti da tecniche prese in prestito da svariate correnti teoriche. Novelletto (1992) in *Presentazione per il lettore italiano* (p. 6) al saggio *Psicopatologia dell'Adolescenza*, descrive così il metodo di lavoro di Jemmet:

"Il suo approccio psichiatrico si avvale (...) oltre che degli interventi psicoanalitici classici e rigorosi, di una vasta gamma di tecniche e di sussidi, dallo psicodramma analitico alle terapie di gruppo,

dell'ospedale diurno all'ospedalizzazione a tempo pieno. Questo pluralismo, lungi dal tradursi in un eclettismo di maniera, trova invece una sua cornice, scientificamente impeccabile ma allo stesso estremamente duttile, nell'impostazione psicopatologica che la sottende”.

In un lavoro focalizzato sulle modificazioni apportate al setting all'interno di una terapia con pazienti adolescenti, le ricerche e le intuizioni di Jeammet appaiono fondamentali soprattutto per l'introduzione del mondo esterno all'interno della stanza dello psicoterapeuta e della relazione a due che necessariamente si instaura. “Le terapie (...) hanno in comune il fatto di essere centrate sul mondo interno e di svolgersi a due. (...) Comportano il rischio di accrescere l'eccitazione pulsionale dell'adolescente, favorendo la dedifferenziazione pulsionale delle imago, a causa dell'unicità dell'oggetto d'investimento rappresentato dall'analista” (Jeammet, 1992; p. 34).

L'autore sottolinea che, in un periodo cruciale della vita in cui si costruiscono le basi per la futura organizzazione psichica e per la nascita di una solida identità individuale, sia necessario lasciare all'adolescente la possibilità di investire, con la propria confusione e con le proprie immagini interne, più oggetti presenti nella realtà esterna. La mancata differenziazione degli oggetti esterni, rappresentanti delle istanze interne, causano nel ragazzo la fissazione verso oggetti idealizzati e onnipotenti che non permettono una reale attivazione del ragazzo. L'essere dominati da queste figure eccezionali causa svariati comportamenti difensivi, tutti legati alla sensazione di forte dipendenza percepita e all'impossibilità di farvi fronte.

Il setting descritto da Jeammet si colloca a questo livello della sua teorizzazione e mette in evidenza due aspetti che il terapeuta deve tenere in considerazione se vuole improntare una relazione di cura con un adolescente: “l'introduzione di un personaggio terzo” (Jeammet, 1992; p. 35) e l'utilizzo di interventi esterni all'ambito classico della seduta psicoterapeutica. Jeammet con questi accorgimenti cerca di “stabilire un setting che permetta all'adolescente di utilizzare al meglio il suo funzionamento psichico e le sue capacità di elaborazione, e che gli eviti di essere costretto alla regressione disorganizzante e al passaggio

all'atto” (Jeammet, 1992; p. 43). L'obiettivo dello psichiatra francese è quello di rendere il giovane partecipe nella costruzione della terapia evitando i comportamenti di fuga che spesso si manifestano attraverso degli acting out. Questi comportamenti, in maniera del tutto inconsapevole, tentano di delimitare una vicinanza spesso considerata eccessivamente opprimente o di chiamare in causa un terzo che possa diminuire la totalità e l'onnipotenza dell'oggetto investito. La necessità di differenziazione degli oggetti esterni, investiti dalle proiezioni del giovane, ha la funzione di mostrare al ragazzo, e quindi di assimilare dentro di sé, la varietà di aspetti che esistono nella realtà psichica; l'esistenza di immagini differenziate rende sopportabile e accettabile la perdita delle idealizzazioni e permette la crescita e lo sviluppo dell'individualità grazie alla scoperta delle varie caratteristiche esistenti prima all'esterno e poi all'interno dell'ambiente psichico del ragazzo. Nel compiere e trattare questa differenziazione il terapeuta deve stare molto attento a non creare un divario troppo grande tra realtà oggettiva e realtà soggettiva perché ciò causerebbe nel paziente la sensazione di disorientamento e di perdita di punti di riferimento che lo costringerebbero a recidere il legame e a tornare verso ciò che è noto, in una forma che rischia di essere totalizzante e annichilente. Dall'altra parte non sviluppare nel ragazzo la tendenza naturale della differenziazione provoca in lui un tale investimento pulsionale ed eccitatorio e una angoscia così forte che l'unica soluzione risulta essere il ricorso alla regressione verso stadi infantili o il passaggio all'atto con il quale affermare se stesso senza dover ammettere la sua dipendenza da tali immagini egoiche.

“Il terapeuta è (...) sollecitato dalle pressioni del suo paziente a svincolarsi dall'imago indifferenziata proiettata su di lui e a rispondere in modo differenziato. Può farlo per mezzo di un intervento che è in apparenza superegoico (perché comporta l'introduzione di limiti o il richiamo al contratto) ma che mira soprattutto a svolgere un ruolo funzionale di schermo protettivo. Questa forma di interesse rende tollerabile la dichiarazione di interesse del terapeuta per il suo paziente poiché non lo passivizza e facilita l'individuazione di ciascuno dei due” (Jeammet, 1992; p. 38).

L'introduzione di limiti e di confini può fungere da personaggio terzo che il ragazzo non sente estraneo e imposto da un'autorità esterna. Ciò accade perché, nella loro strutturazione, il ragazzo viene chiamato in causa e deve partecipare attivamente: l'orario delle sedute viene scelto in base alle reciproche necessità, il contratto viene sottoscritto dal ragazzo solo dopo averlo messo al corrente sia dei suoi doveri sia dei suoi margini di libertà. Questa modalità di interazione costringe il terapeuta a partecipare più attivamente durante la seduta. Il terapeuta non si può limitare ad esporre le sue interpretazioni, spesso scarsamente utilizzabili dal ragazzo, ma deve permettere al paziente di appropriarsi di quello spazio senza però renderlo esclusivo e totalizzante cioè una riproduzione di immagini idealizzate e onnipotenti. Nel fare ciò il terapeuta collabora insieme al ragazzo cercando insieme soluzioni concrete alle difficoltà presentate dal paziente.

Per raggiungere questo obiettivo Jeammet spesso si serve della realtà esterna del ragazzo: la famiglia, le strutture ospedaliere, la scuola, ecc. Ad esempio nell'esposizione di un caso di una sua paziente egli descrive l'intervento sottolineando come la possibilità di "stabilire con lei dei legami sufficientemente sicuri e stabili" (Jeammet, 1992; p. 45) sia dovuta alla creazione di relazioni diversificate con il personale medico e sanitario presente nella struttura in cui era ricoverata, sia alla partecipazione attiva della ragazza attraverso lo svolgimento di un'attività terapeutica di gruppo sia al coinvolgimento della famiglia con la quale svolgeva regolari incontri mediati dagli operatori. Solo dopo questo periodo in cui la paziente ha potuto comprendere il suo mondo e in cui è riuscita a contenere le sue angosce focalizzandosi sui propri conflitti e riconoscendoli come appartenenti a lei, è stato possibile passare alla seconda fase: l'elaborazione e interiorizzazione del materiale esperito. In questa maniera l'autore è riuscito ad utilizzare "lo spazio psichico allargato" della ragazza portandolo all'interno di un ambito terapeutico e curativo.

Questo approccio, personalizzato e differenziato in base alle esigenze di ogni singolo caso, permette l'utilizzo delle risorse presenti già nella vita del paziente; risorse che spesso sono ignorate o combattute perché rappresentanti di immagini arcaiche e supereogiche insopportabili

e opprimenti. La possibilità di relazionarsi in una modalità nuova, scoprire la capacità dell'ambiente esterno di tollerare le frustrazioni e sperimentare un ruolo attivo all'interno del proprio contesto di vita permettono all'adolescente di iniziare a comprendere ciò che sta avvenendo fuori e dentro di lui, di affrontare i conflitti e di interiorizzarli potendo contare su immagini differenziate. Immagini che all'occorrenza possono rappresentare un sostegno o un avversario da combattere; in entrambi i casi risulteranno utili per poter crescere e maturare. "Ecco perché può essere utile trattare l'ambiente in modo da aprire, partendo da un massiccio investimento narcisistico, una serie di possibili investimenti che presentino tra loro differenze sufficienti a non confonderli totalmente, ma che siano però unificati da un'immagine centrale, intorno ad un funzionamento di gruppo" (Jeammet, 1992; p. 47).

La situazione italiana: ARPAd e Psicoterapia Breve di Individuazione

In Italia due sono i nomi che principalmente si sono occupati di adolescenza: Arnaldo Novelletto e Tommaso Senise. Il primo è il fondatore e rappresentante di maggior rilievo della scuola romana che attualmente raggruppa i suoi appartenenti all'interno dell'ARPAd (Associazione Romana di Psicoterapia dell'Adolescenza); il secondo ha invece svolto la sua attività a Milano e ha elaborato un modello denominato "Psicoterapia Breve di Individuazione" che sta alla base del Centro di consultazione e del Centro studi per l'adolescenza presenti nel capoluogo lombardo. I professionisti afferenti all'ARPAd sottolineano che il setting, pur restando all'interno di un ambito psicoanalitico, subisce notevoli sconvolgimenti. "Il concetto di setting si identifica (...) sempre più con una capacità del professionista, una qualità del suo mondo interno che solo in seguito viene esternalizzata sui cosiddetti elementi formali" (Baldini, 2005; in *Adolescenze*; p. 107).

Il setting perde i riferimenti meramente fisici per diventare espressione di un atteggiamento del terapeuta, atteggiamento che di per sé diventa curativo. "Il setting (...) è già di per sé

trattamento. (...) Si fa processo, cioè dispositivo che si modifica, si sviluppa e determina attivamente l'andamento dell'analisi" (Baldini, 2005; in *Adolescenze*, p. 103-104). Tutto questo implica che il setting più adeguato si modifica non solo in base alle caratteristiche del paziente ma anche ai cambiamenti che intercorrono nel terapeuta durante il suo percorso di crescita personale e professionale. Come abbiamo già accennato nelle pagine iniziali, gli adolescenti obbligano il terapeuta a fare i conti con la propria adolescenza, ma non solo, variando l'età e le esperienze del terapeuta vengono a modificarsi anche i ruoli che quest'ultimo assume e gli atteggiamenti messi in atto. Un giovane terapeuta sarà tentato di avvicinarsi al paziente come un suo pari, una sorta di fratello maggiore; inoltre avrà ancora fresche le sue tematiche adolescenziali, aspetto che lo spingerà verso una collusione e una vicinanza emotiva e ad un tentativo di resistenza che potrebbe collegarsi ad un attaccamento rigido ai dettami appresi sui libri o durante il suo percorso personale. Dall'altra parte un terapeuta esperto rischia di assumere il ruolo genitoriale, ricalcando le medesime dinamiche già attuate dai genitori reali, o di vivere, attraverso le esperienze e i racconti del ragazzo, una seconda gioventù che rischia di scatenare in lui sentimenti di invidia o di romantica nostalgia. Tutto ciò porta la discussione verso uno dei temi da sempre legato al setting e che necessariamente deve essere preso in considerazione: il controtrasfert.

"La dimensione soggettiva dell'analista, nella sua posizione di persona e rispetto alla propria adolescenza, si configura come una conditio sine qua non per la "geografia del sito" (Donnet, 1996) in cui si installa la cura e di cui il setting è una cospicua espressione" (Maltese, 2005; in *Adolescenze*, p. 113). Oramai è assodato che l'analista, con le sue caratteristiche personali, entra di diritto tra gli aspetti che influenzano e modificano l'andamento di una terapia. Con gli adolescenti, il terapeuta deve compiere uno sforzo ulteriore, perché non solo deve monitorare il proprio controtrasfert ma deve anche riuscire a restituire le proprie interpretazioni senza risultare eccessivamente intrusivo e opprimente per il ragazzo. L'analista di adolescenti deve riuscire a restare all'interno della situazione attuale della terapia evitando interpretazioni di transfert ed eccessivi

riferimenti al passato. L'attenzione continua al proprio controtrasfert e la capacità di saper modificare la tecnica, e di conseguenza il setting terapeutico, in base agli affetti elicitati da quel particolare adolescente saranno gli aspetti che risulteranno vincenti per riuscire ad instaurare una relazione significativa. È il "bagaglio di esperienza dell'analista che concorre nella costituzione del setting con l'adolescente (...) c'è una stretta correlazione tra setting e controtrasfert: il setting costituisce, materializza il controtrasfert dell'analista, è il testimone dell'esperienza acquisita in tal senso" (Maltese, 2005; in *Adolescenze*, p. 115).

A tale proposito mi sembra importante l'esperienza pratica riportata da Tito Baldini all'interno del libro *Adolescenze* (2005), curato da Paola Carbone ed espressione del pensiero condiviso dai membri dell'ARPAd, in cui descrive il suo studio e le stanze che lo compongono (p. 101):

"quasi senza avermi consultato, il mio inconscio ha gradualmente allestito tre ambienti diversi: uno è la stanza del setting analitico classico, quello con poltrona, divanetto, libreria, quadri allusivi, radica di noce sui mobili d'antiquariato e così via; poi c'è una stanza che era la cucina, con l'acquaio e il piano in marmo, è calda e accogliente; infine c'è una stanza piuttosto grande e disordinata, senza quadri con ai muri fogli scritti da ragazzi di oggi e di ieri, mille cose messe dove non dovrebbero essere ma che stanno bene per chi ve le ha posate".

L'autore sottolinea come sia l'adolescente a scegliere quale ambiente preferisce abitare per svolgere la terapia. Dall'altra parte è anche vero che i tre luoghi sono stati creati da Baldini e ognuno racconta una sua caratteristica specifica e le sue esperienze maturate professionalmente e personalmente, testimoniando così la sua presenza durante ogni fase della terapia. I pazienti, inoltre, possono scegliere di cambiare stanza quando si sentono arrivati ad un nuovo livello di terapia e quindi di conoscenza personale. Così capita che gli adolescenti, soprattutto quelli più in difficoltà, scelgano prima la stanza disordinata e caotica, per poi passare alla stanza familiare e accogliente per finire sul lettino della stanza d'analisi.

Mi piace descrivere per intero questo approccio perché credo che rappresenti una sintesi di tutta la teoria esposta fino a questo punto: c'è un setting reale formato da stanze, pareti, orari e regole, ma c'è anche una forte presenza dell'analista che espone se stesso e mostra al paziente vari lati della sua interiorità. Ma c'è anche dell'altro, c'è una riflessione approfondita su quali siano le necessità degli adolescenti che si presentano in terapia e su quali possano essere gli atteggiamenti, i comportamenti e i sentimenti che vengono suscitati nell'analista. Sicuramente è una soluzione pratica a cui si può arrivare dopo anni di esperienza e di lavoro sia con i pazienti che su se stessi, ma credo sia un buon esempio di quello che lo stesso Baldini definisce un "campo bipersonale": un luogo vissuto da entrambi, in cui ognuno è presente con la propria individualità e con le proprie caratteristiche, dove ognuno "ha imparato a usare i propri affetti; affetti che grazie alla protezione offerta dal setting, sia esterno che interno, possono circolare liberamente in uno spazio e in un tempo contenuti e possono incontrarsi" (Baldini, 2005; in *Adolescenza*, p. 108).

La tecnica ideata da Tommaso Senise parte dal presupposto che non è possibile effettuare una reale analisi con pazienti adolescenti o con difficoltà filo adolescenziali. Per questo motivo la sua tecnica si basa su poche sedute, un percorso terapeutico che viene definito una lunga consultazione o un breve trattamento, grazie al quale l'adolescente può sentirsi al riparo rispetto all'angoscia causata dall'indeterminatezza temporale. Oltre a ciò il terapeuta contratta con il giovane la durata di questo periodo di osservazione prendendosi il tempo necessario per instaurare una buona relazione con il giovane e consentendo a quest'ultimo di sentirsi responsabile della propria cura. L'aspetto più interessante di questo approccio riguarda la modalità con la quale vengono effettuate le interpretazioni. Durante lo svolgimento della sua pratica clinica Senise ha iniziato a scrivere referti riguardanti i suoi pazienti adolescenti sotto forma di racconti. Questi brani descrivevano ciò che il paziente viveva e narrava di sé in terapia e, inizialmente, restavano ad uso esclusivo delle istituzioni (venivano presentati come referti ai giudici). In

un secondo momento questi brani vennero utilizzati per restituire al paziente un'interpretazione circa le proprie difficoltà e la propria condizione in quel momento.

Elena Molinari nel libro *Psicologia Oggi* (2013) scrive che "impliciti nel metodo (...) si possano estrapolare due elementi di grande attualità: la capacità di saper narrare in un modo che consenta sia a chi racconta sia a chi ascolta di espandere la propria capacità di pensare e la possibilità di usare se stessi come sonda analitica in grado di esplorare l'ignoto" (p. 295). Questa modalità di terapia non solo consente di effettuare delle interpretazioni anche con pazienti adolescenti ma permette di utilizzare in maniera creativa sia la storia e il vissuto narrato dal paziente sia le caratteristiche personali dell'analista che inevitabilmente entrano in gioco durante la stesura di un racconto.

I due approcci appena descritti portano con sé similitudini e differenze.

All'interno dell'ARPA la necessità di interpretare sparisce, l'attenzione è posta alla necessità di stabilire una meta-comunicazione legata agli affetti e trasmessa con i fatti e alla centralità delle caratteristiche dell'analista; nella scuola milanese l'interpretazione rimane un aspetto fondamentale del setting terapeutico ma questa viene elaborata partendo dal vissuto emotivo di entrambi i partecipanti ed è espressa attraverso una modalità pratica e facilmente assimilabile dal paziente. Queste due scuole permettono di fare una riflessione circa la similarità a cui è possibile giungere partendo da esperienze ed esigenze cliniche differenti e da contesti di lavoro non esattamente sovrapponibili. Approfondendo entrambi gli approcci si possono scoprire le differenze e gli aspetti di contrasto ma per quanto riguarda la concezione del setting sembra oramai assodato che è il modo con cui si fa analisi ad essere terapeutico e a costituirsi come setting e che l'esperienza personale sia l'unica che possa fungere da guida all'interno di una relazione che sotto molti aspetti rischia di cristallizzarsi o di essere bruscamente interrotta. "Solo un setting fondato sulla capacità del terapeuta di "avere dentro", e ben solido, il proprio setting riesce ad essere significativo per il ragazzo, e fonte e contenuto del rapporto di aiuto. (...) tale setting può considerarsi esso stesso una sorta di

interpretazione, intesa come quell'intensa comunicazione, anche non verbale, come l'area di quello scambio profondo che (...) rigenera lo psichismo del paziente" (Baldini, 2005; in *Adolescenze*; p. 107).

Paola Carbone: strutturare un setting senza l'adolescente

La terapia messa in pratica da Paola Carbone e denominata "psicoterapia senza paziente" è una tecnica ideata e strutturata per aiutare i pazienti adolescenti che, a causa della gravità della loro condizione psichica (personalità borderline, disturbi alimentari, psicosi), non riescono a sostenere una psicoterapia. "Si può definire una psicoterapia indiretta perché si avvale esclusivamente della collaborazione con i genitori" (Carbone, 2005; in *Adolescenze*; p. 70).

Vista la forte opposizione del ragazzo o la sua impossibilità a partecipare alle sedute la terapeuta decide di prendere in carico i genitori del ragazzo. Attraverso lo spazio offerto ai genitori si cerca di ottenere un cambiamento nelle dinamiche familiari patologiche causa del disturbo: "i genitori (...) riconoscendo il figlio reale e i suoi bisogni, entrano in contatto con una parte di loro stessi: così mentre il figlio si trasforma grazie al cambiamento dei genitori, i genitori si trasformano e curano il figlio" (Carbone, 2005; in *Adolescenze*; p. 71).

Ciò che questo tipo di terapia si propone è quello di rispettare i limiti e le resistenze presentate dal ragazzo e di creare un'alleanza terapeutica con i genitori rispettando anche i loro limiti e le loro difficoltà e aiutandoli a diventare loro stessi i terapeuti del figlio. Tutto ciò si basa sulle considerazioni teoriche di Claudio Modigliani e sui concetti di identificazione proiettiva e di trasmissione transgenerazionale presi in prestito da autori come Shapiro e Cahn.

Per rendere realmente efficace questa terapia è necessario avere bene in mente il tipo di setting che bisogna improntare. Per prima cosa bisogna chiarire chi prendere in terapia e con quale frequenza. Paola Carbone sottolinea più volte come i genitori di questi pazienti spesso hanno loro stessi grosse difficoltà e come tra i coniugi difficilmente ci sia un clima sereno e pacifico. La terapia, per questi motivi, si svolge prevalentemente con la madre dell'adolescente, di solito la figura più vicina e maggiormente

coinvolta nelle relazioni familiari. Questo non vuol dire che il padre debba essere escluso dalla terapia, anzi bisogna cercare di riuscire a creare anche con lui le condizioni per ottenere sostegno e appoggio. Visto che solitamente la terapia ha frequenza settimanale si può ipotizzare di avere degli incontri con il padre più saltuari e distribuiti nel tempo.

Stabilito chi, dove e quando bisogna comprendere entro quali confini il terapeuta si muove e su quale terreno dovrà lavorare. Non essendo presente il paziente designato nonché la fonte, in quello specifico momento, dei problemi e delle preoccupazioni, bisogna necessariamente riflettere sul significato che questa assenza assume. "Il setting offre (...) ai genitori un primo spazio di separazione nel quale poter cominciare a distinguere se stessi dal figlio e il figlio immaginario dal figlio reale. Questo spazio di separazione è (...) accettabile perché i genitori sentono di poterlo personalmente controllare" (Carbone, 2005; in *Adolescenze*; p. 80). Avere a disposizione un luogo dove trattare i problemi del figlio, dove sentirsi ascoltati e compresi e dove poter sentirsi protagonisti della cura fa sì che i genitori riescano a superare le loro resistenze molto più facilmente, riescano ad affrontare i loro nodi problematici, collegati alle difficoltà genitoriali, alle proiezioni, alle delusioni e alle identificazioni senza per questo sentirsi sminuiti o attaccati. La possibilità di avere un proprio spazio consente anche ai genitori di riuscire a far fronte e a guardare le proprie parti sofferenti, legate all'immagine che hanno del figlio, potendo utilizzare le loro capacità e i loro tempi.

Attraverso questa terapia si può evidenziare la possibilità di attuare interventi terapeutici efficaci anche attraverso l'utilizzo di persone che si trovano all'interno della cerchia più stretta del ragazzo. Ciò che mi sembra utile sottolineare è la possibilità di entrare in contatto con un paziente e di aiutarlo prendendo in considerazione altri punti di vista e sfruttando ciò che può essere utilizzato in quel preciso momento.

Un altro aspetto che risulta di grande interesse riguarda la possibilità di creare una separazione effettiva ma non distruttiva tra i genitori e il figlio adolescente. Nelle terapie con adolescenti i genitori giocano un ruolo ingombrante ed invadente e spesso, come i figli non riescono ad allontanarsi dalla situazione familiare a causa

della sensazione di perdere il loro amore, così i genitori non vogliono separarsi dai figli per paura di dover affrontare le loro fragilità e i loro lati oscuri. Questo tipo di terapia mostra che è possibile creare un luogo accogliente e degno di fiducia in cui i genitori possono mettere al centro della loro terapia un terzo, un oggetto esterno, e allo stesso tempo aiutare se stessi e affrontare le problematiche personali ancora irrisolte e che per anni sono state sapientemente rimosse o proiettate all'esterno.

Riflessioni conclusive

Il setting con pazienti adolescenti rimane un tema molto dibattuto che non porta ad una soluzione univoca e globalmente condivisa ma anzi pone molte domande a cui ognuno dà la propria risposta. Questo aspetto fa sì che ogni terapeuta, deciso a cimentarsi con problemi legati all'adolescenza, attivi il proprio lato più creativo, metta in gioco la propria curiosità e decida di sperimentarsi traendo spunto sia dal proprio mondo interno, dalla propria esperienza di adolescente e dai propri sentimenti esperiti durante l'incontro in seduta, sia dal mondo esterno presentato da quello specifico ragazzo, dalla famiglia cui appartiene e dal contesto sociale e culturale che lo circonda. Ecco che allora si immaginano terapie in cui il paziente è solo fantasmatico e interno ai veri protagonisti della terapia, oppure si ipotizza di utilizzare una modalità di comunicazione non verbale per permettere al paziente di esprimersi senza esporsi eccessivamente e ancora si permetta al paziente di scegliere il luogo dove svolgere le sedute o si imposti un lavoro che coinvolga attivamente sia il ragazzo che il suo mondo esterno. Tutte queste forme di terapia sottolineano come sia necessario avvicinarsi al lavoro con gli adolescenti in una forma ancora più libera da pregiudizi e preconcetti. Le teorie di riferimento, baluardo irrinunciabile per ogni professionista che si rispetti, devono essere sapute applicare con modalità nuove, meno rigorose e più flessibili.

Il setting deve risultare sempre di più un luogo sicuro, accogliente e degno di fiducia in cui entrambi i partecipanti possono trovare il proprio modo di stare comodi. Spontaneità, autenticità e presenza reale e vitale sono aspetti

essenziali in ogni relazione di cura, che però i pazienti adolescenti richiedono al terapeuta con forza attraverso agiti violenti o attraverso il ritiro sociale. Questi pazienti cercano nella stanza di terapia un luogo dove poter iniziare a mettere a posto i tasselli del puzzle che compone la loro vita: un puzzle che non sarà mai realmente compiuto ma che se non trova un punto di partenza rischia di rimanere solo un insieme di frammenti senza alcuna soluzione di continuità. Molti pazienti adolescenti sembrano vedere la realtà come un luogo spaventoso, incomprensibile e inafferrabile. Questa paura potrebbe essere la causa del “diffondersi di un mondo di contatti virtuali attraverso i network in grado di garantire letteralmente una rete di protezione rispetto a questo duro impatto con la realtà e di sostenere attraverso una distanza di sicurezza un fragile assetto narcisistico” (Molinari, 2013; in *Psicologia Oggi*, p. 288). Proprio per questo la stanza della terapia deve rappresentare quello spazio in cui si può iniziare ad osservare la realtà senza nascondersi dietro ad un monitor o dietro a amicizie fittizie e ad un avatar. Un luogo protetto dove iniziare a conoscersi e a conoscere, dove è possibile vivere la fantasia, dove si può giocare, sperimentare nuove forme di relazioni, crescere e cambiare. La pratica clinica ha mostrato come molte delle risposte degli adolescenti, anche le più disfunzionali, dipendono in gran parte dagli stimoli ambientali. Per questo motivo il concetto di setting flessibile, adattabile ma allo stesso tempo sicuro e prevedibile è stato introdotto in altri contesti relativi alle professioni di aiuto (psicomotricista, assistente sociale). Anche in questi campi, assimilando le nozioni provenienti dalla psicologia clinica, non si definisce soltanto un luogo fisico, non ci sono soltanto orari da rispettare e parcelle da saldare, il setting in queste professioni sta diventando il luogo della “meta-comunicazione che circola al di sotto di quella fatta dalle parole. Tale partecipazione sotterranea ha un significato affettivo, legante rigenerante, (...) c'è bisogno che tutti coloro che svolgono professioni di aiuto costruiscano un setting interno, per accogliere coloro che non entrerebbero mai nella “stanza” d'analisi” (Baldini, 2005; in *Adolescenza*, p. 108). Queste esperienze innovative permettono di creare dei luoghi “sufficientemente buoni”, sicuri e affidabili in cui i ragazzi possono esprimere se

stessi attraverso tempi e modalità a loro congeniali.

Il gioco, la fantasia, il sogno sono tutte aree necessarie per riuscire a conoscersi e per riuscire ad entrare in un rapporto reale e sincero con l'altro. Sono i mezzi con i quali è possibile sperimentarsi in situazioni nuove ma sono anche i mezzi con cui è possibile comunicare e condividere delle esperienze non traducibili in parole e azioni razionali. Forse è proprio questa esigenza di fantasia e di creatività che spinge i terapeuti ad affrontare tematiche adolescenziali e probabilmente è questa stessa necessità di vivere in una dimensione più giocosa e rarefatta che ne spaventa tanti altri.

“La psicoterapia ha luogo là dove si sovrappongono due aree di gioco, quella del paziente e quella del terapeuta. La psicoterapia ha a che fare con due persone che giocano insieme. Il corollario di ciò è che, quando il gioco non è possibile, allora il lavoro svolto dal terapeuta ha come fine di portare il paziente da uno stadio in cui non è capace di giocare a uno stato in cui ne è capace” (Winnicott, 1971; in *Sulle orme di Winnicott*, p. 117).

Riferimenti bibliografici

- Carbone, P. (a cura di) (2005). *Adolescenza. Percorsi di psicologia clinica*. Roma: Edizioni Scientifiche Ma.Gi. Srl.
- Chillè, E., e Pecchioli, S. (2013). Il setting in psicoterapia comparata, *Quaderni di Psicoterapia Comparata*, Firenze: SPC.
- Ferro, A. (a cura di) (2013). *Psicoanalisi Oggi*. Roma: Carocci Editore.
- Jeammet, P. (1992). *Psychopathologie de l'adolescence*. Paris (trad. it., 2007, *Psicopatologia dell'adolescenza*. Edizioni Borla S.r.l.).
- Miglioli, C., e Roseghini, R. (2012). *Sulle orme di Winnicott*. Milano-Udine: Mimesis Edizioni.
- Winnicott, D.W. (1965). *The Family and Individual Development*. London: Tavistock Publications (trad. it., 1968, *La Famiglia e lo Sviluppo dell'Individuo*. Roma: Editore Armando).
- Winnicott, D.W. (1989). *Psycho-Analytic Explorations*. The Winnicott Trust (trad. it., 1995, *Esplorazioni Psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina.

PSICOTERAPIA DI GRUPPO: IL FATTORE CHE CURA

di Ilaria Bastianelli¹ e Claudia Frandi¹

¹Psicologo Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Comparata

Non importa che ci siano un cervo sul divano, una crostata in forno, un androgino, una donna anziana e un uomo dal viso misterioso, ciò che conta è che siamo tutti qui, in questo momento, e che sta accadendo qualcosa.
Antoni Casas Ros, dal romanzo "Il teorema di Almodovar"

Chi non spera nell'insperabile non l'otterrà
Patrizia Adami Rook

Il cambiamento che avviene attraverso il processo terapeutico è la risultante di un complesso insieme di interazioni di esperienze umane. Per spiegare questa complessità è utile partire elencando i fattori terapeutici elementari individuati dall'enorme esperienza sulla terapia di gruppo fornita da Irvin Yalom (psichiatra alla Stanford University); questi fattori elementari sono:

- *Speranza.* Questo è tra i fattori il primo riconosciuto come importante in quanto trasversale a tutte le forme di psicoterapia che conosciamo; trasmettere e mantenere la speranza offre al paziente di continuare il trattamento, facendo sì che pure gli altri fattori terapeutici agiscano. La Speranza alimenta la fiducia nella terapia; nell'esperienza della terapia di gruppo il vantaggio offerto dalle aspettative positive di una buona risoluzione delle proprie problematiche si giova anche di una fonte di speranza che è specifica della struttura del gruppo. Se pensiamo ai singoli membri che formano un gruppo terapeutico sappiamo che ognuno di loro si trova in un determinato punto del proprio percorso che pone l'individuo all'interno di un continuum tra la capacità di affrontare le

proprie difficoltà e l'assoluta impotenza; l'esperienza di vedere altri membri che attraverso il gruppo sono migliorati, in alcuni casi con problematiche simili alle proprie rafforza il beneficio. La speranza è un fattore tra i più flessibili.

- *Universalità.* L'esperienza di non poter esprimere e sperimentare l'ambiguità dei propri sentimenti nella vita quotidiana ci fa sentire unici a soffrire di un determinato problema, la possibilità di confrontarsi con i membri del gruppo terapeutico permette di sentirsi sollevati rispetto a questa sensazione di unicità, che spesso si accompagna a sensazioni di solitudine e inadeguatezza.
- *Informazione.* Questo fattore comprende "l'istruzione didattica", fornita dal terapeuta conduttore del gruppo, e consiste in un insieme di informazioni riguardanti il funzionamento psichico, il significato dei sintomi, le dinamiche interpersonali e di gruppo sul processo psicoterapeutico. La funzione terapeutica di questo fattore si esprime nella capacità di liberare dall'angoscia molto spesso derivata dai significati personali che i pazienti attribuiscono ai loro sintomi. Proprio per questo motivo spiegazioni e chiarimenti dei disturbi

psicologici forniscono un senso al loro disagio. In fase iniziale è frequente assistere all'utilizzo da parte dei membri del gruppo di "consigli" o "suggerimenti" (situazioni in cui un membro consiglia ad un altro come potrebbe comportarsi in una determinata circostanza) i benefici ottenuti in questo caso rientrano nel dare e ricevere interesse, cura.

- *Altruismo.* Più che un fattore, o meglio una disposizione d'animo, poiché nelle fasi iniziali i pazienti che cominciano la psicoterapia di gruppo hanno bassi livelli di autostima, ridotta anche dalla convinzione di non poter offrire niente all'altro. Ma l'esperienza degli incontri di gruppo ciclicamente ripetuta offre condivisione, reciproco aiuto, confronto delle problematiche simili, e rassicurazioni, tutte situazioni che costituiscono un'esperienza confortante e di notevole potere rigenerativo per la propria autostima.
- *Ricapitolazione correttiva del gruppo primario familiare.* Pazienti che intraprendono la terapia di gruppo hanno in comune una storia personale fatta di esperienze insoddisfacenti all'interno della propria famiglia d'origine. I meccanismi che si instaurano all'interno del gruppo terapeutico tendono a rimettere in scena i conflitti familiari che il paziente ha vissuto, ma proprio la possibilità di riviverli fa sì che siano discussi e rielaborati con l'aiuto dello psicoterapeuta e degli altri membri del gruppo in maniera correttiva.
- *Sviluppo di tecniche di socializzazione.* La partecipazione attiva di ogni paziente al gruppo permette di dare e offrire feedback all'altro del proprio comportamento. Ciò migliora le conoscenze sul modo in cui ci si confronta con gli altri, mettendo in campo modalità relazionali più adeguate e apprendere di nuove, migliorando la propria competenza sociale.
- *Comportamento imitativo.* Questo è un fattore terapeutico molto importante e difficilmente misurabile, consiste nel processo attraverso il quale un membro

del gruppo assume come modello alcuni aspetti positivi del terapeuta oppure di altri partecipanti, solitamente gli "anziani" del gruppo. Questo ha a che vedere con l'importante processo d'identificazione all'interno del gruppo.

Questi sette fattori sono quelli comuni in ogni gruppo terapeutico. La loro presenza all'interno dei gruppi ci fornisce importanti informazioni circa l'andamento del gruppo terapeutico nel suo insieme e gli obiettivi che è possibile raggiungere. Gli altri quattro fattori che verranno spiegati di seguito rappresentano un livello di complessità più ampio e profondo, e richiamano concetti che sono sovrapponibili a quelli della terapia individuale.

1. *Apprendimento interpersonale.* Questo è, tra i fattori terapeutici della terapia di gruppo fino ad ora elencati, quello che più richiama fattori terapeutici individuali quali l'insight, l'elaborazione del transfert, l'esperienza emotivo correttiva. L'apprendimento interpersonale abbraccia diversi aspetti:
 - l'acquisizione di maggior consapevolezza rispetto ai propri atteggiamenti sociali inadeguati;
 - la valutazione e comprensione del proprio comportamento sugli altri;
 - la possibilità di cambiare i propri atteggiamenti verso gli altri;
 - la possibilità di stabilire relazioni gratificanti, libere da distorsioni;
 - la capacità di poter sperimentare le nuove competenze sociali;
 - osservare e valutare le conseguenze delle nuove competenze acquisite all'interno e al di fuori del gruppo.
2. *Coesione di gruppo.* La coesione di gruppo come vedremo in seguito più che essere un fattore di per sé terapeutico rappresenta una qualità necessaria affinché una psicoterapia risulti efficace. In qualche modo favorisce quella condizione necessaria affinché si possano esprimere ed agire nel gruppo tutti gli altri fattori fino ad ora elencati. Facendo un esempio, una buona coesione interna ai membri favorisce lo scambio di comprensione e accettazione, crea l'atmosfera idonea all'espressione e

all'esplorazione di sé, quindi ad una rinnovata consapevolezza e crescita personale.

3. *Catarsi*. Riuscire ad esprimere liberamente ciò che si prova in termini di forti emozioni. la catarsi è una capacità simile alla confessione, utile in quanto libera l'individuo dalle paure e dai sentimenti di colpa di cui è cosciente e nello stesso tempo può rivelare propensioni nascoste che esercitano anch'esse un'influenza sul comportamento (Rogers, 1971).
4. *Fattori esistenziali*. Si intendono tutte quelle situazioni che permettono di aumentare la consapevolezza degli aspetti fondamentali che riguardano la nostra vita. Un esempio è dato dalla rafforzata capacità di assumersi delle responsabilità del modo in cui si dirige la propria vita, oppure riuscire a fare i conti con la propria solitudine, rivedere il proprio senso nei confronti della propria esistenza, e non meno importante riuscire a riconoscere che per quanto posso essere sostenuto dagli altri la vita si deve affrontare da soli.

L'interdipendenza degli 11 fattori

I fattori sopra elencati sono tra loro interdipendenti e nessuno di questi si manifesta o funziona separatamente; tutti possono rappresentare parti differenti nel processo di cambiamento; in altre parole, facendo un esempio, alcuni agiscono a livello cognitivo (esempio la conoscenza di sé attraverso la ri-narrazione) altri a livello di cambiamenti comportamentali (lo sviluppo di tecniche di socializzazione), oppure a livello emotivo e possono essere descritti come condizioni preliminari di cambiamento, come nel caso della coesione. Questo ci indica che tutti i fattori terapeutici stanno in *relazione dinamica* gli uni con gli altri. Ovviamente non tutti hanno lo stesso valore ma l'importanza che questi assumono dipende dal tipo di terapia di gruppo che si pratica. Per fare un esempio, gruppi di terapia breve, di disturbi alimentari, di disturbi da attacchi di panico, oppure gruppi di dipendenze

possono dare importanza a raggruppamenti differenti di fattori terapeutici.

In altri casi ancora alcuni fattori sono importanti nella prima fase della costituzione del gruppo e altri ancora nelle fasi conclusive dell'intervento. La dinamicità dei fattori terapeutici si esprime altresì nel fatto che all'interno dello stesso gruppo per alcuni membri possono essere terapeutici differenti fattori. Con il procedere della terapia di gruppo a seguito di una migliore capacità di sapersi relazionare e aumentate le capacità di discriminare ciò di cui si ha bisogno, assistiamo ad un vero e proprio self-service delle risorse messe in campo all'interno del gruppo, scegliendo ogni volta quale fattore terapeutico attivare. Per esempio la coesione, ossia la semplice esperienza di essere un membro del gruppo accettato e stimato, per alcuni pazienti può rappresentare il maggior meccanismo di cambiamento; per altri, la coesione è importante perché fornisce le condizioni (sostegno e sicurezza) che permettono loro di esprimere affetto, richiedere feedback e sperimentare un nuovo comportamento interpersonale.

Molte ricerche negli ultimi 40 anni hanno tentato di mettere in relazione come variabili indipendenti alcuni fattori terapeutici con gli esiti della terapia (Bednar e Kaul, 1994; Piper e Joyce, 1998; Wing e Geffery, 1999). Tuttavia, sono emerse non poche difficoltà legate soprattutto alla metodologia della misurazione delle stesse variabili prese in esame; di conseguenza poche ricerche sono risultate essere valide nel loro disegno e tra queste alcune si sono rivelate abbastanza fini a se stesse per quel che riguarda la rilevanza clinica.

Un filone di ricerca in particolare ha provato a quantificare e valutare l'insight paragonando gruppi orientati all'insight con altri metodi, per esempio con i gruppi d'interazione nel "qui ed ora" o gruppi di addestramento all'assertività (Abramowitz e Jackson, 1974).

I limiti e le critiche rispetto a queste ricerche sono molti, in primis il fatto che riuscire a misurare l'insight significa scomporlo negli aspetti cruciali dell'esperienza, per esempio nella sua accuratezza, nella prontezza da parte del paziente di poterlo accogliere etc; questo ci pone di fronte al limite dato dalla natura stessa dall'esperienza soggettiva dell'insight che non può essere valutata in maniera oggettiva. Un'altra critica può essere fatta partendo dalla

considerazione che l'insight non è esclusivo monopolio di alcuni "tipi di gruppo", ma trova spazio anche in altri setting gruppali, nonché nella terapia individuale. Un altro metodo per valutare i fattori terapeutici è quello noto come "*evento critico*" utilizzato dallo stesso Yalom e da Bloch e Crouch et al., che prevedeva la raccolta dei dati a partire dal ricordo dell'evento più significativo avvenuto durante la seduta, le risposte venivano in seguito decodificate da valutatori esperti. Tali ricerche mostrano dal punto di vista metodologico una maggiore accuratezza, tuttavia anch'esse rimandano al limite di scontrarsi con il dato di voler oggettivizzare fenomeni soggettivi.

Perciò, non crediamo sia utile pensare di stabilire un'importanza gerarchica assoluta dei fattori terapeutici di gruppo. Più interessante è approfondire il dato che esistono delle forze modificatrici che influenzano l'importanza e la scelta da parte dei pazienti di tali fattori, come:

1. *il tipo di terapia di gruppo*; nei gruppi a composizione omogenea si ripete da parte dei pazienti la scelta di medesime costellazioni di fattori terapeutici; per fare un esempio i membri degli Alcolisti Anonimi mettono in risalto l'infusione della speranza, l'informazione, l'universalità, l'altruismo e alcuni aspetti della coesione, nei gruppi di pazienti psichiatrici ospedalizzati in dimissione, si sono rivelati essere cruciali fattori terapeutici come l'informazione e lo sviluppo di tecniche di socializzazione. Pure i membri dei gruppi di psicodramma in Israele, nonostante le differenze culturali e le differenze di trattamento, preferirono fattori coerenti con pazienti non ricoverati trattati in terapia di gruppo: apprendimento interpersonale, catarsi, coesione di gruppo e comprensione di sé (vedi gli studi di Kellerman, 1985-91). La riflessione rispetto a tali dati di ricerca ci suggerirebbe che la comprensione del modo in cui il paziente sperimenta i fattori terapeutici può condurre a innovazioni nel gruppo molto produttive (Riess, 2002). In un'ottica di integrazione delle discipline, approcciare con un metodo

di gruppo multimodale alla bulimia nervosa consiste nel mettere in sequenza tre trattamenti indipendentemente efficaci: il gruppo dura 12 settimane inizia con un modulo psicoeducativo sull'alimentazione e bulimia (informazione), segue un modulo prettamente cognitivo-comportamentale che esplora le cognizioni distorte riguardo all'immagine corporea (altruismo e comportamento imitativo) e, in fase conclusiva, un modulo di matrice dinamica che lavora sulle ansie legate alle relazioni nel qui ed ora (apprendimento interpersonale). Si trae un notevole vantaggio dall'integrazione di differenti tipi di trattamento rispetto alla complessità dei disturbi alimentari, permette di rendere l'intervento specifico oltre che ottimizzarlo per quel tipo di problematica.

2. *la fase in cui essa si trova*; abbiamo già accennato che esiste un andamento evolutivo nel gruppo che esercita un'influenza sui fattori terapeutici attivati durante il trattamento, nelle fasi iniziali il gruppo si preoccupa principalmente della sua sopravvivenza, di stabilire i confini e mantenere l'impegno e la partecipazione da parte dei membri; perciò si rivelano importanti fattori quali l'infusione della speranza e l'universalità. Altri fattori però operano lungo tutto il processo di terapia come nel caso della coesione; nelle fasi iniziali agisce come fattore terapeutico attraverso il sostegno e l'accettazione, nelle fasi più avanzate della terapia attraverso l'interrelazione tra la stima di gruppo, l'autostima e il ruolo giocato nell'apprendimento interpersonale. Inoltre, ed è un passaggio cruciale nella terapia di gruppo, solo a seguito dello sviluppo della coesione di gruppo i pazienti possono intraprendere l'autosvelamento di sé, nel confronto e nel conflitto fondamentali nel processo dell'apprendimento interpersonale. Questo ci aiuta a comprendere in che modo nella pratica sia utile per il

terapeuta tenere presente come muta l'attivazione dei fattori terapeutici all'interno del gruppo a seconda delle fasi in cui si trova; innanzitutto è utile ad impostare il lavoro di conduzione del gruppo ponendo degli obiettivi che siano congrui dal punto di vista evolutivo, tenendo presente il gruppo come un insieme di persone composto da differenze individuali che rappresentano un grande potenziale da ri-attivare, nonché la capacità di rispondere prontamente ai cambiamenti dei bisogni espressi dai membri al fine di mutare efficacemente i processi terapeutici.

3. *dalle forze esterne al gruppo*; è innegabile che ogni membro facente parte del gruppo è sottoposto ad influenze esterne che nel corso della terapia intervengono e talvolta possono rappresentare degli ostacoli al processo terapeutico. Molti dei pazienti entrano in terapia portandosi con sé modelli di relazione conflittuale dominati da circoli viziosi, questa è una sorta di vera e propria trappola in cui la disforia che si genera in questi legami interpersonali ha come conseguenza l'indebolimento o la recisione dei legami e questo aumenta la disforia. Per tale motivo uno degli obiettivi della terapia di gruppo è quello offrire la possibilità di rompere circoli viziosi per sostituirli con relazioni più libere e soddisfacenti. I pazienti in terapia hanno riportato come evento esterno significativo nuove o migliorate relazioni interpersonali; queste venivano maggiormente indicate come importanti a scardinare circoli viziosi in cui erano prigionieri.
4. *dalle differenze individuali*; vi sono dati che sostengono il fatto che il livello di funzionamento globale dei pazienti sia significativamente correlato alla classificazione dei fattori terapeutici. Per fare un esempio, pazienti ad alto funzionamento valutano l'apprendimento interpersonale (perciò condizioni iniziali ed esiti, catarsi e comprensione di sé) di più rispetto ai

pazienti a basso funzionamento appartenenti allo stesso gruppo. I pazienti che sono dominanti a livello interpersonale assegnano meno importanza a fattori quali l'altruismo e il feedback personale, e sono meno influenzati dal gruppo; mentre i clienti eccessivamente responsabili svalutano la coesione e danno importanza all'altruismo, adducendo da una parte la sensazione di appesantimento rispetto ai bisogni degli altri e dall'altra pressati ad aiutare (Mac-Nair Semands e Lese, 2002). dal punto di vista delle differenze individuali possiamo a ragione sostenere che non tutti hanno bisogno delle stesse cose, né reagiscono alla terapia di gruppo allo stesso modo. Prendiamo per esempio il caso di un paziente depresso con problemi di forti chiusure emotive che può trarre beneficio dall'esprimere forti affetti (catarsi); mentre un paziente con difficoltà a controllare gli impulsi e grande labilità emotiva non trarrà tanta utilità dalla catarsi quanto dall'acquisizione di una struttura intellettuale e dal controllo della sua espressione emotiva. Oppure prendiamo in considerazione il paziente con caratteristiche narcisistiche, l'obiettivo da perseguire sarà essenzialmente quello di imparare a dare e ricevere dagli altri (condivisione), mentre un paziente sfuggente e passivo avrà bisogno di imparare ad esprimere i propri bisogni e diventare più assertivi.

In conclusione possiamo affermare citando le parole di Yalom:

“La forza relativa dei fattori terapeutici è una questione complessa. vengono valutati fattori differenti da differenti tipi di gruppi terapeutici, dallo stesso gruppo in fasi di sviluppo differenti e da pazienti differenti all'interno dello stesso gruppo, a seconda dei bisogni e della forza degli individui...l'interazione e l'esplorazione interpersonali (incluse catarsi e comprensione di sé) e la coesione di gruppo sono la condizione essenziale di un'efficace terapia di gruppo a lungo

termine, ed i terapeuti devono impegnarsi a sfruttare al massimo queste risorse terapeutiche.”

I circoli virtuosi dei gruppi terapeutici

All'interno della società che abbiamo costruito le relazioni interpersonali svolgono una funzione essenziale nello sviluppo della personalità di ognuno di noi. Fino ad ora abbiamo messo sotto una lente di ingrandimento ed elencato i fattori terapeutici che entrano in gioco nella terapia di gruppo, sottolineato la loro interdipendenza e la loro capacità di essere dinamici e adattarsi alle esigenze del gruppo e del singolo in differenti modi anche simultaneamente. Tuttavia ciò che ha molta importanza in termini terapeutici per il paziente è riuscire a condividere con gli altri il proprio mondo interiore affettivo e solamente successivamente a questo l'accettazione da parte degli altri. Fare esperienza nel gruppo di essere accettati e riconosciuti possiede una enorme forza propulsiva al cambiamento ed il bisogno di appartenenza al gruppo, innato in tutti noi, soddisfa tale necessità (Segalla, 2001).

Nel gruppo si instaura un circolo virtuoso, autoconvalidante; fiducia, autosvelamento, empatia, accettazione, fiducia (Roarck e Sarah, 1989). Questo diviene possibile grazie all'esistenza delle norme procedurali del gruppo (regole come la sospensione del giudizio, la riservatezza, l'ascolto senza interruzioni, tempo fisso a disposizione), che se osservate da ogni membro permette di avviare il lavoro terapeutico. Ci sono dei pazienti per cui l'esperienza terapeutica del gruppo rappresenta l'unico profondo contatto umano. Per questo il gruppo può essere terapeutico anche nel far rivivere al paziente quello scambio e accettazione che ormai da tempo aveva dimenticato.

I pazienti possono interiorizzare il gruppo; un esempio di questa funzione lo si trova nelle stesse parole dei pazienti, quando riferiscono di sentirsi nel gruppo come in "famiglia", oppure quando riportano situazioni in cui hanno pensato a come il gruppo avrebbe reagito in una precisa circostanza.

Talvolta l'esperienza di gruppo ricopre un ruolo riparatore rispetto alle precedenti relazioni di gruppo vissute dal paziente: pensiamo all'importanza che ha per la crescita psicologica di un bambino appartenere ad un gruppo di

compagni in condizioni di relativa uguaglianza, e successivamente in adolescenza l'essere accettato nel gruppo dei pari, esperienze che si ri-attivano durante la terapia di gruppo, quindi laddove il paziente ha avuto esperienze negative il gruppo con i suoi membri può rappresentare la forza risanatrice attraverso la quale riscattarsi.

Persino nei casi di pazienti psichiatrici con disturbi del carattere che non sono mai stati a livello di gruppo membri validi integranti o partecipi, la sola appartenenza e adesione alle regole del gruppo è stato di per sé terapeutico.

In effetti, abbiamo già sottolineato quanto sia importante superare in maniera soddisfacente una psicoterapia di gruppo in termini di stima di sé e soddisfazione di bisogni; ogni membro del gruppo che intraprende questa via entra a fare parte di un circolo virtuoso (terapeutico), dove incoraggia e viene incoraggiato, ripone fiducia e viene responsabilizzato, partecipa empaticamente alle vicissitudini degli altri membri e si sente accolto nelle sue problematiche.

Ogni membro contribuisce al benessere del gruppo e interiorizza l'atmosfera di un gruppo coesivo (Braten, 1990). Questa riflessione ci apre ad un approfondimento legato al meccanismo promotore dell'azione terapeutica del gruppo come fattore curante, ossia la coesione.

La coesione nella terapia di gruppo corrisponde alla relazione nella terapia individuale. Sono ormai molte le ricerche che sottolineano l'importanza di una buona relazione con il terapeuta per l'esito positivo della terapia; ma nel caso della terapia di gruppo la relazione è un concetto più complesso di quello della psicoterapia individuale, se non altro a partire dal numero di persone contemporaneamente coinvolte nella terapia. Perciò la domanda da porsi è quale tipo di relazione? Quella tra paziente e terapeuta? Oppure quella tra il soggetto e gli altri membri del gruppo? E ancora, forse quella che mette in gioco l'individuo appartenente al gruppo come singolo e il gruppo come tutto? Di fronte a tali domande, non possiamo certo ritenere esaustiva una risposta che tenga conto solo degli aspetti qualitativi della relazione (pur essendo una caratteristica importante), è necessario analizzare il ruolo della coesione sotto differenti punti di vista?

La coesione di gruppo come fattore terapeutico promotore di cambiamento

Meccanismi di azione della coesione

La coesione, cita una nota frase, “è come la dignità :tutti la riconoscono, ma nessuno riesce a descriverla chiaramente né tanto meno a misurarla”

Bernardo e Kaul, 1994

Le domande di partenza sono tuttavia molteplici. Non solo cos'è la coesione, ma anche in quale modo la coesione di gruppo è un fattore terapeutico, come esercita questa influenza.

Osserviamo come una coesione nella relazione sia necessaria in tutte le forme di psicoterapia. Ciò vale anche per quelle psicoterapie definite meccanicistiche (cognitivo comportamentali o sistemiche).

La coesione è quindi un fattore fondamentale del gruppo ampiamente riconosciuto ed analizzato in molti articoli che tuttavia riportano poca coerenza a causa di un uso eterogeneo non solo di definizioni, ma anche di scale, soggetti e prospettive di valutazione (Burlingame, Fuhrman, Johnson, 2002; Smith, Murphy e Coats, 1999; Forsyth, 2000).

La definizione da noi adottata sarà la seguente (adottata anche da Yalom e risalente a Cartwright e Zander, 2002) “coesione come la risultante di tutte le forze che agiscono su tutti i membri del gruppo per trattenerli nel gruppo”. Se vi è coesione all'interno di un gruppo i membri tendono a difenderlo, percepiscono un calore interno, esperiscono il senso di appartenenza, apprezzano il gruppo e si sentono da questi apprezzati nonché percepiscono sostegno ed accettazione.

La coesione tuttavia una volta raggiunta non è una proprietà fissa: essa ha la caratteristica di essere fluttuante e di doversi rinnovare continuamente. Precisiamo che la coesione del gruppo non rappresenta di per sé un fattore terapeutico, ma una condizione necessaria per una terapia efficace. Infatti, nella terapia di gruppo è la coesione che intensifica lo sviluppo di altri fattori terapeutici (Yalom e Leszcz, 2009). La coesione offre un'importante opportunità per i membri del gruppo: rendersi conto che non

sono solo beneficiari passivi della coesione, ma contribuiscono attivamente a quella stessa coesione creando in questo modo relazioni durature che in alcuni casi sono la prima esperienza di legami creati da loro stessi con esito positivo.

Inoltre questo li rende attori della loro esperienza, togliendoli dalla sterile sensazione di essere osservatori non partecipanti di un processo che li riguarda intimamente, la solitudine viene relegata ad uno spazio più esiguo della propria esistenza ed in questo modo il soggetto si rende conto di quanto sia lui stesso a collaborare al mantenimento di tale solitudine. I soggetti possono arrivare ad interiorizzare il gruppo sentendolo sempre con sé e riferendosi ad esso anche in tempi e luoghi diversi da quelli che vedono dispiegarsi la vita del gruppo stesso. Inoltre il gruppo impone le sue regole, ma da indietro una moneta di valore inestimabile: chi accetta ed aderisce a tali regole ha la sicurezza che non vi è passato di cui può essere portatore che sia inaccettabile dal gruppo.

Come già sottolineato, appartenere ad un gruppo agisce positivamente sull'autostima, incoraggia così l'autonomia e la responsabilità soddisfacendo, tra l'altro, i bisogni di dipendenza (Frank, 1957; Basten, 1990).

Ma come funziona il meccanismo della coesione nel gruppo? In quale modo l'accettazione, la fiducia ed il sostegno da essa generati aiutano il soggetto?

La relazione che si stabilisce in tale coesione è un motore propulsivo per la mobilitazione di altri processi. Vediamo insieme di quali processi parliamo ed in quale modo agiscono sull'individuo.

Di primaria importanza su tale argomento sono le intuizioni avute da Rogers sul rapporto tra terapeuta e paziente in una relazione terapeutica soddisfacente, che hanno preso vita dal famoso psicoterapeuta quasi cinquanta anni fa e sono oggi più valide che mai.

Nella relazione ideale, ci dice Rogers, si mettono in moto processi caratteristici (1959):

1. il paziente esperisce sempre maggiore libertà nel poter esprimere i propri sentimenti;
2. comincia un esame di realtà con la reale possibilità di operare maggiori discriminazioni tra i suoi sentimenti e le

- sue percezioni dell'ambiente, del suo Sé, delle esperienze e delle altre persone;
3. diviene man mano sempre più consapevole dell'incoerenza tra le sue esperienze ed il suo concetto di sé;
 4. diviene consapevole dei sentimenti mantenuti nella negazione o addirittura deformati nella coscienza;
 5. il concetto di sé, ora più completo, diviene più conforme alle sue esperienze;
 6. è più facile per lui accettare la considerazione positiva offerta dal terapeuta e provare egli stesso una considerazione di sé positiva ed incondizionata;
 7. sperimenta la possibilità di avere reazioni alle esperienze meno legate alla percezione della valutazione di sé fatta dagli altri ed invece sempre più legata alla efficacia dell'esperienza nell'intensificare il suo sviluppo.

Ancora Rogers ci ha donato un concetto fondamentale che riguarda la tendenza ad espandersi ed a svilupparsi per tutta la vita insita nell'essere umano (*tendenza alla attualizzazione*), concetto non è del tutto nuovo ma può essere a ragion veduta fatto risalire alle enunciazioni di Nietzsche avvenute un secolo fa. Il terapeuta ha quindi un ruolo fondamentale: quello di creare uno spazio dove questa espansione di sé sia possibile.

Avendo ogni individuo un'inclinazione innata alla crescita il terapeuta non deve operare in tal senso, e a ragion veduta sarebbe impossibile perché fuori dalla sua possibilità, ma deve piuttosto impegnarsi a rimuovere gli ostacoli a tale crescita creando e co-creando con il gruppo un'atmosfera terapeutica ideale innanzitutto per l'esplorazione e poi a cascata per la riflessione, il rafforzamento ed il consolidamento dell'autostima.

Una delle ipotesi di Yalom da noi condivisa è che la coesione sia di vitale importanza poiché molti soggetti non hanno avuto la possibilità di vivere una solida accettazione paritaria durante la loro vita. Inoltre il tipo di accettazione e comprensione che si innesca tra i membri può portare con sé un significato ed una spinta maggiore che non la sola accettazione da parte del terapeuta. Questo si può desumere riflettendo su un'evidenza per tutti i partecipanti

al gruppo: i membri, come lui, non hanno l'obbligo di comprenderlo, non sono pagati per questo né è il loro mestiere. Ciò dimostra come una comprensione da parte degli altri sia possibile e come il mondo interno della persona sia rilevante per gli altri, degno non solo di esistere all'interno di un panorama più allargato, ma anche di essere condiviso.

Sempre Yalom ci ricorda che *“L'accettazione da parte degli altri e l'accettazione di sé, per i membri del gruppo, sono elementi interdipendenti: non solo l'accettazione di sé dipende fundamentalmente dall'accettazione da parte degli altri, ma l'accettazione degli altri è pienamente realizzabile solo dopo che l'individuo è in grado di accettare se stesso”*.

Inoltre si è visto che tanto più il gruppo conta per il soggetto tanto più egli aderisce ai valori del gruppo stesso tanto più è disposto a condividere i giudizi che il gruppo emette (Miller, 1983) anche quelli, che sono quelli di nostro interesse, relativi alla propria persona.

Facciamo un esempio: l'autostima. Si è visto che più un soggetto è coinvolto e attratto dal gruppo più sarà incline a modificare il divario tra la sua opinione e quella del gruppo stesso, poiché vi è un rispetto del giudizio ed un'attenzione che il soggetto accorda a tale giudizio.

Vediamo ora come il soggetto può superare questo divario quando la stima di sé è più alta di quella espressa dal gruppo.

Situazione 1: può negare o deformare le valutazioni espresse dal gruppo. Nel gruppo terapeutico questo ha l'effetto di creare un circolo vizioso. La stima infatti accordata dal gruppo al soggetto rispecchia la sua partecipazione cioè nell'esplorazione di sé e della propria relazione con gli altri. In questo caso se aumentano i problemi di comunicazione e difensivi aumenterà l'abbassamento della stima da parte del gruppo. Per affrontare questo divario un metodo comune è quello di svalutare il gruppo (per esempio paragonandolo sfavorevolmente ad un altro). Questa reazione a catena innesta un circolo vizioso ed in genere si conclude con l'abbandono del gruppo stesso.

Situazione 2: Il soggetto cerca di modificare i tratti criticati negativamente da parte del gruppo. È più facile che ciò avvenga quando il divario tra bassa autostima pubblica e la sua, maggiore, non è alto e quando il gruppo esercita una grande attrazione per l'individuo. In questo caso il gruppo modifica l'opinione e ciò fa sentire il

soggetto più soddisfatto. Ha quindi inizio una spirale positiva adattiva.

In maniera più frequente si hanno quelle situazioni in cui il gruppo rimanda all'individuo un'immagine di sé più positiva di quella che egli ha di sé stesso. Egli può cercare di abbassare la propria stima nel gruppo, ma questo normalmente genera l'effetto opposto (la sua stima da parte degli altri sale poiché egli rivelando delle insufficienze rivela delle inadeguatezze; una norma di gruppo, questa, molto apprezzata). Il soggetto può allora rivalutare il suo basso livello di autostima.

La ricerca in psicoterapia sulla coesione di gruppo

La ricerca sulla psicoterapia di gruppo è da ritenersi facente parte del contesto generale della valutazione delle psicoterapie e rappresenta uno degli ambiti più complessi. Questo è dovuto a diversi problemi (Gullo *et al.*, 2010):

1. la dispendiosità dello studio di terapie a lungo termine;
2. la complessità del disegno di ricerca;
3. la difficoltà di reperibilità dei dati (per il mancato consenso dei terapeuti e/o dei pazienti).

Infatti accade spesso che i terapeuti di gruppo commettano un errore di valutazione nel sottovalutare l'utilità dei dati di ricerca. Inoltre si sono evidenziate resistenze a farsi osservare da parte dei terapeuti che conducono gruppi.

Esiste ad oggi un forte *gap* tra il numero di lavori teorici e clinici relativi alla ricerca empirica ed alla psicoterapia di gruppo effettuata (Barlow, 2008). L'interesse che i ricercatori hanno, impegnati nell'ambito della ricerca in psicoterapia di gruppo, è quello di comprendere come i pazienti in terapia di gruppo possano migliorare e di sapere quali strategie terapeutiche siano efficaci. Oggi esiste un divario consistente tra la quantità di lavori teorico-clinici da una parte e di ricerca empirica dall'altra. Questo anche alla luce del numero crescente di ricerche in tale ambito.

Da una parte infatti la psicoterapia di gruppo si dimostra efficace rispetto ai gruppi di controllo in lista di attesa o a interventi psicologici alternativi (Bednar e Kaul, 1994; Luborsky e Singer, 1975) e rispetto a specifiche categorie diagnostiche (Burlingame, Mackenzie, e Strauss, 2004). Dall'altra la ricerca si è direzionata ad

indagare aspetti metodologici parziali, i quali non consentono di generalizzare i dati raccolti alla varietà di situazioni presenti nella realtà clinica.

Possiamo quindi notare come le rassegne sulla psicoterapia di gruppo analizzino separatamente gli studi all'interno di due ampie categorie (Burlingame, Fuhrman, e Johnson, 2002):

1. gli studi che verificano l'efficacia del trattamento del gruppo (*outcome studies*);
2. quelli che descrivono o predicono i meccanismi teorici di cambiamento all'interno del gruppo (*process studies*).

Attualmente i ricercatori si stanno orientando a non considerare più gli studi sul processo e sul risultato come due ambiti indipendenti, ma a provare a definire quale risultato (in termini di cambiamento) derivi da un determinato elemento processuale (Burlingame *et al.*, 2002; Di Nuovo *et al.*, 1998).

Alla luce di quanto detto non è sufficiente quindi arrivare a riconoscere l'importanza di alcuni elementi relazionali di gruppo (ad esempio coesione, alleanza terapeutica, empatia); diviene invece indispensabile comprendere come questi fattori si sviluppano nei gruppi e in quali condizioni influenzano la buona riuscita della terapia.

È doveroso precisare che i dati empirici che riguardano l'impatto della coesione del gruppo non sono così ampi e nemmeno sistematici come le ricerche effettuate per documentare l'importanza della relazione nella psicoterapia individuale. Infatti è più complesso studiare l'effetto della coesione, in quanto questa implica studi su variabili che alla coesione sono strettamente correlate (ad esempio l'alleanza ed il clima del gruppo). I risultati tuttavia portano alla medesima conclusione: è la relazione il perno su cui si costruisce una buona terapia.

Facciamo alcuni esempi di studi in questo ambito.

Cabra, Best e Paton (1975) hanno effettuato uno studio di sei mesi per analizzare due gruppi terapeutici di lunga durata. È stato valutato il processo delle sedute di ciascun gruppo. Questo è avvenuto assegnando un punteggio ad ogni membro per ciascuna delle seguenti variabili: accettazione, attività, abreazione, miglioramento e minore suscettibilità. Considerando sia il punto di vista dei membri del gruppo che quello degli

osservatori il risultato è stato il seguente: l'accettazione era l'unica variabile collegata in maniera decisiva al miglioramento.

Le medesime conclusioni possono ritrovarsi in uno studio condotto da Kapp Gleser e altri nel 1964 su 47 soggetti i quali avevano partecipato a 12 diversi gruppi psicoterapeutici. I risultati furono in grado di dimostrare che il cambiamento della personalità auto-percepito era correlato in maniera significativa sia al sentimento di coinvolgimento nel gruppo sia alla valutazione della coesione dell'intero gruppo.

Questo ci riporta alla conclusione che la coesione, definita da Pagès (1991) come il legame di gruppo alla cui base è posta l'esperienza affettiva della relazione, è la risultante di tutte le forze che agiscono sui membri del gruppo per trattenerli nel gruppo, nonché l'attrattiva che un gruppo esercita sui suoi componenti (pensiamo appunto alla possibilità del singolo di esperire calore e un senso di familiarità nel gruppo, che sentono di appartenervi, che apprezzano il gruppo e a loro volta sono apprezzati, accettati senza riserva e sostenuti dagli altri membri).

Anche Braaten (1990) sostiene che il fare esperienza di coesione di gruppo accresce il processo di autoaccettazione.

Truax (1961) nei suoi studi si è occupato dei rapporti tra coesione, autoconsapevolezza e autoesplorazione; i dati di ricerca ottenuti rilevano una correlazione positiva tra il grado di coesione di gruppo e la disponibilità a impegnarsi in una profonda esplorazione di sé (misurata con la scala di Rogers-Rablen). Altrettanto positiva è risultata la correlazione tra il grado di coesione di gruppo e la frequenza della partecipazione alle riunioni dei componenti. In uno studio sui gruppi d'incontro si trovò un'alta correlazione tra bassa coesione e abbandono dell'esperienza di gruppo (Lieberman, Yalom e Miles, 1973).

Perciò in conclusione possiamo affermare che i gruppi con alti gradi di coesione manifestano un grado maggiore non solo di accettazione, livello di intimità, solidarietà, ma anche conflitti, aggressività, rabbia verso i membri stessi del gruppo e verso il terapeuta, permettendo uno spazio dove poter affrontare conflitti personali e di trarne beneficio.

Una riflessione sulla coesione all'interno di differenti tipi di gruppo

Analizzato il concetto di coesione come fattore terapeutico, un'ulteriore riflessione si pone dal momento che la osserviamo all'interno di differenti tipologie di gruppo. La coesione all'interno dei gruppi di tipo *supportivo* (finalizzati alla condivisione, al supporto, al contenimento) oppure dei gruppi a carattere *espressivo-interpretativo* (finalizzati alla trasformazione, volti al cambiamento e alla crescita personale) si pone come elemento critico nell'esito della terapia.

La ricerca sui piccoli gruppi sembra tutt'oggi confermare che i gruppi terapeutici omogenei, dotati di compatibilità interpersonale, sviluppano una maggiore coesione. Nei gruppi dove esiste un buon grado di coesione, i loro membri sia che facciano esperienza di un gruppo supportivo o espressivo-interpretativo, riescono ad essere più assidui nel frequentare le riunioni, sono più capaci di esprimere e tollerare l'ostilità, aumentano la loro capacità di influenzare gli altri e a loro volta divengono più influenzabili; oltre a ciò, l'attrazione che il gruppo esercita sul singolo grazie alla forza della coesione permette di giungere al buon esito dell'intervento, nonché ad una significativa riduzione degli abbandoni del singolo rispetto al gruppo.

Facciamo un esempio di terapia di gruppo breve orientata al problema (perciò di carattere più supportivo): può essere facilmente trasformato in gruppo interazionale attraverso la guida adeguata di un terapeuta esperto. Due studi hanno paragonato gruppi omogenei di pazienti bulimici che casualmente erano stati assegnati a differenti interventi di gruppo (terapia comportamentale, terapia di gruppo cognitivo comportamentale, terapia di gruppo interazionale, ovvero non esclusivamente indirizzata ai disturbi alimentari quanto al rafforzamento delle strategie relazionali); i risultati indicarono che tutti gli approcci avevano prodotto risultati efficaci (Fairbairn, Jones et al., 1993; Wilfley, Agras et al., 1993).

Quindi è ragionevole presupporre che, qualsiasi sia il gruppo che vogliamo comporre, la coesione sia il primo fattore terapeutico da considerare come utile alleato nel raggiungimento del buon esito della terapia di gruppo che andiamo ad affrontare.

Come sviluppare però la coesione all'interno del gruppo? Forse ci è utile partire dalla cornice entro la quale ci muoviamo, per esempio nei gruppi di natura più supportiva, dove si lavora nel qui ed ora e dove l'obiettivo è quello di riuscire ad esprimere più facilmente i propri bisogni; per sviluppare il fattore di coesione sarà utile in primis lavorare sulla fiducia tra i membri del gruppo; regole del setting terapeutico di gruppo quali *la riservatezza* dei fatti condivisi nel gruppo, *il non parlare delle tematiche* trattate nel gruppo al di fuori, oppure *l'esclusione di osservatori occasionali* permette al gruppo, libero da interferenze esterne, di raggiungere progressivamente un buon grado di coesione, e non solo ma anche solidarietà, complicità ed intimità.

Chiaramente pure nei gruppi espressivi lavorare sulla fiducia implementa la coesione; tuttavia in questi gruppi dove si utilizzano tecniche analitico-interpretative, in cui gli obiettivi non sono solo un contenimento ma una trasformazione vera e propria della persona nel suo insieme, la coesione svolge un ruolo cruciale nella fase avanzata della terapia (considerando che nei gruppi analitici i tempi della terapia sono molto lunghi rispetto agli altri approcci). Infatti, una volta che i membri del gruppo sono consapevoli dell'azione della coesione (*coscienza collettiva unitaria* di Abrahms, 1949; o *l'integrazione di gruppo* di Whitaker e Lieberman, 1964), il mondo interpersonale del gruppo è fatto di equilibri, risonanza, sicurezza, il morale migliora e la fiducia e l'autosvelamento aumentano (Josselson, 2003). Le maggiori preoccupazioni dei membri del gruppo saranno quindi rivolte alla familiarità e al contatto, al percepirsi e farsi percepire più o meno piacevole agli altri. Questo ci pone di fronte alla questione che la maggior capacità di aprirsi del gruppo va di pari passo alla rimozione degli affetti negativi in nome della coesione stessa. Tuttavia, pure questa fase è destinata ad estinguersi e un buon terapeuta che conduce il gruppo sa che questa fase è un bacino di riserva importante per affrontare l'ultimo passo verso il cambiamento, ossia il condividere da parte di ogni membro con la consapevolezza della diversità che porta con sé (processo di individuazione nel gruppo-dal gruppo).

In generale possiamo affermare che lo sviluppo della coesione passa per due fasi: una prima di sostegno reciproco (difesa dal mondo esterno) e

una più matura ed avanzata di lavoro di squadra vero e proprio, dove le tensioni emergenti rappresentano la lotta di ogni paziente contro le proprie resistenze.

Riflessioni conclusive

La coesione nei gruppi, come abbiamo visto, rimane il caposaldo, il punto di partenza e di arrivo che permette ad un gruppo di essere e di dare ampio respiro al suo interno ai membri che si sentono così in un luogo sicuro dove potersi esprimere ed esporre senza correre rischi avventati.

Ad oggi pensiamo che sarebbe proficuo per chi si occupa della psicoterapia di gruppo approfondire questa tematica e tener sempre presente che la coesione è un percorso non una formula da utilizzare all'evenienza. Un percorso da costruire e co-costruire, da curare e seguire. Possiamo considerare la coesione l'ago sulla bussola che guida il gruppo. Finché questo fattore è presente, vivo, attivo e ben orientato, il gruppo ha una base sicura su cui muoversi ed un percorso tracciato. Si auspicano future ricerche al fine di far luce sugli ancora numerosi quesiti che gravitano intorno a questo concetto. Il futuro ci proporrà sicuramente nuove riflessioni e nuove riletture delle dinamiche di gruppo; ad oggi ci sentiamo di affermare che la coesione merita un posto di primaria importanza così come la sua implementazione continua affinché il gruppo giovi delle possibilità che essa è in grado di mettere in campo.

Riferimenti bibliografici

- Abrahms, J. (1949). *Group Psychotherapy: Implications for Direction and Supervision of mentally Ill Patients*.
 Barlow, S., Burlingame, G., Nebeker, R., e Anderson, E. (2000). Meta Analysis of Medical Self-Help Groups. *Int J. Group Psychotherapy*, Vol. 13, 513-81.
 Bednar e Kaul (1994). *Experimental Group Research: Can the Cannon Fire?*
 Burlingame, Fuhrman, e Johnson (2002). *Cohesion in Group Psychotherapy*.
 Burlingame, Mackenzie, e Strauss (2004). *Small-Group Treatment: Evidence for Effectiveness and Mechanisms of Change*.
 Braaten (1990). The Different Patterns of Group Climate: Critical Incidents in High and Low Cohesion Session of Group Psychotherapy. *Int J. Group Psychotherapy*, vol. 40, 477-93.

- Cabral, Best e Paton (1975). Patients' and Observers' Assessment of Process and Outcome in Group Therapy. *Am. Group Psychotherapy*, vol. 132, 1052-54.
- Forsyth (2000). The Social Psychology of Groups and Group Psychotherapy. *Group*, vol. 24, 147-55.
- Irvin, D.Y., e Leszcz, M. (2014). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Bollati Boringhieri.
- Kellerman (1985-91). Group Psychotherapy and Personality: Intersecting Structures, Grune and Stratton.
- New York Participants' Perceptions of Therapeutic Factors in psychodrama. *J. Group Psychotherapy. Psychodrama Sociometry*, vol. 38, 123-32.
- Piper e Joyce (1996). A Consideration of Factors Influencing the Utilisation of Time-Limited, Short Term Therapy. *Int J. Group Psychotherapy*, Vol. 46, 311-28.
- Rogers (1959). *A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationship*.
- Segalla (2001). Hatred in Group Therapy: a Rewarding Challenge. *Group*, vol. 25, 121-32.
- Riess (2002). Integrative Time-Limited Group Therapy For Bulimia Nervosa. *Int J. Group Psychotherapy*.
- Smith, Murphy, e Coats (1999). Attachment Group: Theory and Measurement. *J. Person. Soc. Psychological*. Vol. 77, 94-110.
- Wing e Geffery (1999). Benefits of Recruiting Participants with Friends increasing Social Support for Weight Loss and Maintenance. *J. Cons. Clin. Psychology*, vol. 67, 132-38.
- Whitaker e Lieberman (1964). *Psychotherapy through the Group Process*. Atherton press, New York.
- Wilfley, Agras et al. (1993). Psychotherapy and Bulimia Nervosa. *Archs gen. Psychiat.*, vol. 50, 419-28.

BIOGRAFIA PER COME LA RACCONTO. RIORDINO NARRATIVO

di Margherita Lardo

Psicologo Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Comparata

Non credere a tutto quello che ti racconti
C. G. Jung

Quali sono gli elementi terapeutici che rendono davvero efficace la terapia? Questa è fra le domande più rilevanti che uno psicoterapeuta neofita possa porsi, ha una mole imponente che si avverte sulle spalle a ricordarci la salienza del nostro compito. Dal mio punto di vista la visuale è penalizzata dal corto raggio dell'inesperienza, ma come i nani sulle spalle dei giganti, mi arrampico sulla letteratura di chi ci ha preceduto per migliorare la visuale. Da questa prospettiva le risposte possono essere diverse, di seguito ne citerò solo alcune.

Sappiamo che in assenza di **alleanza terapeutica** il paziente non può donare buona parte di sé riducendo l'opportunità di poter trarre un esaustivo beneficio dalla relazione terapeutica.

Il **setting** "è un *non processo*, in quanto costituito dalle costanti nel cui ambito il *processo* si svolge" (Bleger, 1967; p. 241). È un altro aspetto rilevante per la terapia, la funzione contenitiva espressa nelle scandite regole che lo costituiscono offre quella necessaria costanza in un processo che si evolve. L'importanza del setting raggiunge una maggiore efficacia quando si allunga nella mente del paziente e diventa "spazio interno": il luogo delle sue parti funzionali.

In ultimo, ma non per importanza, vi è la stessa **relazione terapeutica** che, attraverso la danza dinamica di proiezioni, transfert e controtransfert, costituisce l'*alternativa possibile*. Esiste un aforisma che ha la capacità di

racchiudere in maniera chiara e fruibile la potenza di questo aspetto terapeutico: "*di relazioni ci si ammala, di relazioni si guarisce*" la cui autrice è colei che fondò la Scuola di Psicoterapia Comparata. Le relazioni "malate", soprattutto quelle che si originano alle prime luci del giorno dell'individuo, tendono a determinare le caratteristiche dello stesso. La nostra identità si costituisce sulla base delle esperienze relazionali, anche se disadattive, che tenderanno a riaffacciarsi attraverso schemi che si ripetono, e che spesso fanno soffrire, ma allo stesso tempo offrono la possibilità di riconoscersi entro gli stessi. Tendono a rimanere perché non si conosce un'altra modalità di "stare al mondo" fino a quando non si sperimenta una relazione che garantisce il proprio *riconoscimento* pur respingendo le dinamiche disfunzionali, offrendo l'opportunità di vivere una relazione *alternativa* che apre la possibilità al cambiamento. Alexander, stringe ancora di più l'obiettivo inquadrando il cuore della terapia nell'**esperienza emozionale correttiva**. L'autore sottolinea come i comportamenti e gli atteggiamenti di cui si avvalgono i pazienti hanno radici che affondano nelle esperienze emozionali del passato. Durante la seduta il paziente mette in atto reazioni emotive verso l'analista trasferendo su di esso comportamenti costruiti su esperienze passate. Nella relazione terapeutica il paziente ha l'opportunità di poter esporsi in maniera graduale verso le stesse tensioni emotive che in passato non era in grado di gestire e che hanno viziato il nucleo infantile della sua

personalità. Questo training emotivo in lenta progressione aiuterà il paziente a discriminare la condizione originaria infantile da quella che vive nel qui ed ora della sua vita. La riesposizione sul panorama emotivo che non poté essere adeguatamente gestito in passato, se rievocato in un contesto relazionale più adeguato, permetterà al paziente di sviluppare quelle necessarie competenze che permettono di padroneggiare sui nuclei emotivi disadattivi.

Quelli appena citati sono solo alcuni degli elementi che possono rendere una relazione *curativa*. Se penso alla mia esperienza come paziente ciò che ha stimolato la mia riflessione è stata la difficoltà riscontrata nell'intento di srotolare in maniera chiara e lineare la mia storia di vita. Il proposito di offrire un quadro semplice e coerente della mia biografia, per permettere alla mia guida di poter individuare e lavorare sui nodi più problematici della personalità, ha trovato da subito non pochi ostacoli, le rappresentazioni psichiche che giungevano alla mia consapevolezza con cristalline forme solide di pensieri e sentori, diventavano fumosi e liquidi nel momento in cui dovevano passare per la verbalizzazione. Questa complicità, come un faro, ha puntato la luce su quanto fossi confusa circa le trame che sino ad allora avevano tessuto il tappeto su cui poggiava la storia della mia vita, e quanto la consapevolezza di questa confusione intensificasse il mio senso di smarrimento. Rimozioni, scissioni, dinieghi ed altre difese si alzavano a schermire la luce che mi avrebbe permesso una dolorosa ma necessaria ed illuminata visuale.

Nel proseguo terapeutico ho considerato l'importanza e l'utilità di stilare la cronistoria della mia vita; con questo intento sono inciampata in buchi neri, nei quali secondo la mia memoria c'era un'assenza di vissuto.

Questo scopo mi ha aperto la strada sulla quale avrei potuto compiere con maggiore consapevolezza i passi necessari per l'integrazione delle mie personalità molteplici e scomposte, e per certi versi misconosciute a se stesse, attraverso la comprensione dei meccanismi che favoriscono l'integrazione. Nelle prime sedute in cui raccontavo la mia storia ho anche provato ad ascoltare la mia narrazione e ho notato quanto tendesse a

rimanere legata su nuclei di significato che si assomigliavano nelle tonalità emotive e che restituivano un falso senso unitario di una percezione stabile.

Quando il mio ruolo nella relazione di aiuto si è invertito, l'aspetto della **narrazione** ha continuato a rivelarsi utile per la sua valenza terapeutica. Nella mia esigua esperienza avuto modo di riflettere sulle modalità con cui il paziente espone la propria storia attraverso le parole che sceglie; i contenuti sui quali si sofferma maggiormente; la fluidità dell'esposizione, elementi che forniscono sin dalle prime battute le caratteristiche della connessione fra la realtà e la sua mente. La realtà circostante è raccolta dal paziente attraverso la sua soggettiva interpretazione che viene accomodata su pregresse narrazioni costruite dalle esperienze vissute, fatte di relazioni con gli altri o solo con se stessi.

Il risultato di questo processo mette in luce quanto ciascuna parola medi l'attribuzione di significati. Sistemi narrativi troppo rigidi, limitati ed appesantiti da significati forzati possono produrre una parziale cecità sulle reali condizioni alternative disponibili al paziente. Gli schemi di significato percorrono strade stabilite che non sempre garantiscono una logica votata al benessere reale del paziente, bensì a ciò che egli *crede* sia importate per se stesso, non considerando il fatto che la propria credenza possa essere mediata da significati che vanno nella direzione opposta, a prescindere da quanto ne sia consapevole o meno.

Bruner (1991) pone una spiccata rilevanza tra la costruzione dell'identità e lo strumento narrativo, che permette alle conoscenze ed alle esperienze di prendere forma. Secondo l'autore, la conoscenza si costruisce attraverso due modalità principali di pensiero: una verte sul *pensiero paradigmatico* l'altra sul *pensiero narrativo*. La costruzione del significato passa dalla narrazione che raccoglie e racconta il significato delle esperienze che quotidianamente si dispiega in trame autobiografiche. Il pensiero narrativo ha la *forma delle immagini*, la sua peculiare capacità d'astrazione non segue una logica lineare, come quella del pensiero pragmatico, bensì si avvale della funzione analogica che accosta le immagini per assonanza e somiglianza nel contenuto e nell'emozione.

Dal pensiero di Guidano perviene un importante contributo che vede i concetti di significato e narrazione come centrali per la costruzione del Sé e del suo divenire. L'organizzazione della conoscenza e della consapevolezza si generano entro le leggi dei sistemi autopoietici. Il processo di reciprocità circolare fra ciò che esperisco ed il significato che attribuisco (*Io e Me*) tesse le trame dell'identità auspicando di mantenere l'unicità di un sistema in movimento che si evolve e muta in una forma che implica il fluire. *"Sentirci vivere ed il continuo spiegarcelo sono costitutivi della nostra natura, e come tali, alla base di qualsiasi possibile esperienza. In nessun momento un essere umano può mai prescindere dal suo punto di vista, sia perché è comunque sempre in possesso di un'esperienza antecedente e risultante della sua prassi del vivere sia perché è comunque sempre situato in una specifica tradizione storica. Qualsiasi conoscenza, pertanto, è sempre il risultato di un'interpretazione, in questo senso, non è in modo univoco né soggettiva né oggettiva (...) è il prodotto emergente di un processo continuo di regolazione reciproca tra l'esperire e lo spiegare, grazie al quale il fluire dei pattern di esperienza immediata diventa passibile di distinzioni e riferimenti, dando luogo ad un riordinamento (spiegazione) in grado di trasformare l'esperienza stessa in quei pattern"* (2012, p. 7).

L'autore sottolinea come la costruzione di un significato personale comincia sin da subito, quando la consequenzialità degli eventi vengono disposti in un ordine di significatività per poter essere riconosciuti come prototipi che attivano nuclei emotivi del soggetto. Con il passare del tempo le esperienze si accumulano a formare immagini che verranno organizzate in configurazioni unitarie grazie alle quali è possibile leggere la realtà e sentirsi in essa. Le rappresentazioni si combinano e ricombinano tra di loro dando vita ad una storia personale, sotto l'ombra di un Sé che ha bisogno di coincidere con la narrazione della stessa.

Secondo Guidano, il protagonista di ciascuna storia deve essere in grado di agevolare il cambiamento delle proprie narrative quando eventi esterni che non è possibile controllare richiedono un adattamento; diventa importante ricavarsi sempre un margine di spazio per manovre di accomodamento che non inficino la stabilità della struttura entro cui la storia abita, ma che garantiscano nuove sfumature di significato. Può accadere che un evento, o una serie di eventi, non vengano elaborati e

processati, la mancata assimilazione nella storia di vita crea uno spazio in cui può germinare un sintomo psicopatologico. Gli eventi "inaccettabili" non trovano un significato che possa adeguarsi alle tonalità del proprio dominio emotivo entro il quale si configura la sua percezione unitaria. Le narrative interne non mutano per accogliere l'evento e si limitano a non "raccontarselo". In questo modo un abbandono, un lutto, un fallimento non elaborato potrebbero far insorgere sintomatologie psicopatologiche.

Il terapeuta, che lascia alla narrazione il ruolo di svelare la costruzione della conoscenza e dei significati del paziente, impronta il proprio intervento con restituzioni che auspicano l'allargamento delle trame narrative per fornire spazio a nuovi significati. Già nella parte iniziale della psicoterapia fra l'analisi della domanda, le sedute per la valutazione della presa in carico e la restituzione delle stesse è possibile notare una lieve modifica nei significati delle narrazioni. Quando gli appuntamenti diventano stabili e numerosi le narrazioni del paziente tenderanno ad essere ripetute e ricostruite entro un senso più ampio dei significati iniziali per permettere agli eventi che sono rimasti privi di significato un posto in trame più flessibili, in una autobiografia integra anche dei pezzi di storia più dolorosi da narrare.

Far uscire il paziente dai propri *nuclei di significato* potrebbe generare disorientamento e confusione. Se penso ai pazienti che ho potuto seguire (i quali si spalmano sull'esiguo numero seguito in privato, nell'ambito del tirocinio su invii o richieste gestite dal servizio pubblico e sui pazienti che usufruiscono del servizio offerto da un'associazione di quartiere in ambito psicologia e psicoterapico) mi viene da riflettere sulla frequenza con cui si rivolgono alla nostra figura nei momenti in cui il livello del proprio disagio non riesce più ad essere gestito. In questi casi il paziente esprime la sua storia nell'oscillazione fra i suoi punti fermi ed il suo senso di smarrimento. Questo moto alternativo periodico inficia la chiarezza narrativa, ma allo stesso tempo illumina sulla confusione conflittuale interna. Ridurre la nebbia che impedisce la visuale delle possibili alternative da percorrere, diventa un compito importante sin dai primi incontri,

perché proprio entro questi si esprime parte del potenziale di questa ipotesi.

Se penso ai primi colloqui, sotto la scia di quanto appena esposto, mi verrebbe da soffermarmi in special modo sull'analisi della domanda e sulla restituzione della stessa a seguito delle sedute valutative, e su quanto questa prima parte del nostro lavoro porti con sé l'importanza del concetto del *riordino narrativo*.

1. *Analisi della domanda*. Vorrei soffermarmi sulle sedute in cui mi sono ritrovata ad ascoltare le motivazioni che hanno spinto il paziente a richiedere aiuto, durante le quali era possibile cogliere chiaramente la difficoltà nell'espone ciò che è narrato solo mentalmente, ma non verbalmente, come spiega bene Ammanniti (1991). Una rappresentazione acquista di forma e consistenza solo dopo essere stata narrata e può esistere nella realtà esterna solo attraverso l'uso della parola. In queste circostanze accade che il paziente realizzi che le parole, utili per poter narrare ed arricchire le proprie rappresentazioni mentali, hanno anche un limite quando si pongono da ostacolo alla significatività. L'analisi della domanda non è sempre chiara ed esaustiva, spesso è ambigua o comprensibile fino ad un certo punto. La richiesta che viene formulata nel primo incontro è la rappresentazione di una storia e come questa contribuisca alla percezione della realtà che, a sua volta, incide sul paziente.
2. *Sedute valutative*. Nelle sedute destinate per la valutazione, il paziente ha modo di raccontarsi e di spiegare più esaurientemente il senso della sua domanda terapeutica. In questi incontri, come ricorda Ammanniti (1991), il paziente narra la sua vita, sfrutta il bisogno innato e profondo dell'essere umano di costruire la sua autobiografia su una struttura di coerenza che incide sul contatto con la realtà e sui comportamenti. Sluzki (1991), in quest'ottica, suggerisce di mantenere l'attenzione sul cosa accade, a chi, dove e quando, perché dietro queste risposte si celano l'*esperienza*, i *significati* e le *azioni*,

dimensioni che di solito necessitano di essere ampliate. Mentre il paziente narra la sua storia si crea un dialogo con il terapeuta che suddivide e sospende il racconto quando necessita di accertarsi di aver ben colto il significato di quanto ascoltato, restituendo al paziente una sintesi vestita da una diversa narrazione che dovrà essere confermata, disconfermata o meglio chiarita. Il terapeuta tenderà a fare domande quando il paziente tralascia informazioni utili per una chiara comprensione, e che potrebbero rivelarsi vantaggiose nel considerare quanto queste elusioni possano rappresentare un punto su cui riflettere successivamente. Gli interventi terapeutici faranno propendere il paziente verso continue rinarrazioni che man mano vengono chiarificate ed arricchite per mezzo di micro modifiche delle rappresentazioni e dei significati. In questi scambi il paziente ha modo di cucire alcuni di quei piccoli punti in cui la sua identità porta i segni di uno strappo per significati troppo ispidi, che stanno cercando una diversa via per essere raccontati.

3. *Restituzione*. A seguito delle sedute valutative, con il paziente si ripercorrono i temi importanti emersi durante gli incontri cercando di delineare con maggior chiarezza quanto è stato raccolto. In questa parte del lavoro solitamente il paziente porta una correzione alla precedente domanda terapeutica esposta. Alla luce del suo nuovo, se pur piccolo, ordine interiore sente di dovere riformulare la precedente domanda terapeutica dopo aver compreso la totalità dei propri nuclei di significato e le parole più appropriate per esprimerli.

Nel mio ultimo caso mi ha contattato una mamma molto preoccupata a causa del comportamento del figlio che definisce come ingestibile sia in casa che a scuola, tanto che le maestre le hanno espressamente richiesto di far valutare il comportamento del bambino da un esperto. L'analisi della domanda nella prima seduta è stata pressapoco questa: "vorrei che lei

intervenisse sul comportamento maladattivo di mio figlio, che dovrà ricevere senza il consenso del padre perché ignaro di questa iniziativa". A seguito delle intense sedute conosciute e della restituzione delle stesse, la domanda d'intervento precedentemente espressa si è trasformata in: "vorrei ricevere un aiuto dal momento che ho deciso di lasciare mio marito e so che per me questo sarà un momento difficile che necessita di essere ben gestito".

Diverse volte mi è capitato di assistere alla riformulazione della domanda terapeutica iniziale, a conferma di quanto il cercare di narrare se stessi possa restituire un senso di identità personale che permette di discriminare meglio i temi su cui concentrare il lavoro.

Ho potuto osservare con maggiore frequenza questo fenomeno nei pazienti che accedono ad un percorso circoscritto da un determinato numero di sedute, che possono variare da poche settimane a qualche mese. In casi come questo, spesso accade che la iniziale domanda terapeutica richiama un lavoro che può durare oltre il limite stabilito, per il quale non è possibile garantire la riuscita. Anche in questi casi, richieste del tipo "vorrei modificare i miei rapporti con la gente"; "non riesco a trovare una compagna"; "vorrei sentirmi una madre più efficace ed efficiente", dopo aver attraversato le sedute iniziali e compreso l'ampiezza e l'anzianità delle proprie dimensioni psichiche si assiste ad un ridimensionamento della richiesta iniziale che muta in: "vorrei gestire meglio il rapporto con i miei genitori", "vorrei ricevere supporto per questo devastante divorzio", "vorrei recuperare il rapporto con i miei figli". La ricostruzione della domanda terapeutica iniziale ci informa su quanto un piccolo esercizio di narrazione autobiografica possa determinare un, se pur piccolo, progresso in termini di consapevolezza, e quanto ciò possa essere potenziato entro un più duraturo e sufficientemente efficace lavoro terapeutico.

Per concludere, è per me imprescindibile non incorniciare la narrazione nell'**ascolto comparato**.

Il raccontarsi ed il parlare di sé per alcune persone potrebbe rivelarsi piacevole e distensivo, per altre potrebbe procurare non poche difficoltà, per varie ragioni. Quando una

persona sceglie di consultare uno psicoterapeuta si imbatte in due variabili importanti: l'orientamento teorico utilizzato dal professionista ed il carattere dello stesso. Nella stanza terapeutica non si incontrano soltanto due persone, ma si incontrano due personalità distinte, due *storie*, contenute nel proprio carattere fatto di risorse e di limiti; in questo incontro si possono generare mutamenti terapeuticamente proficui oppure il blocco iniziale può non trovare la sua soluzione a prescindere dall'orientamento o dalla professionalità del terapeuta, ma per una questione di "non incontro". Su questa variabile è difficile trovare soluzioni che vadano oltre i nostri stessi limiti.

Nelle medesime circostanze, può accadere che il paziente si senta facilitato o meno nel compito di raccontarsi a causa dell'approccio terapeutico: troppo astratto, troppo pragmatico, troppo supportivo o eccessivamente espressivo, angosciosamente statico o vertiginosamente dinamico. L'approccio comparato fornisce una serie di strumenti in linea con diverse cornici teoriche che possono permettere al professionista di sintonizzarsi sulle parti funzionali del paziente utili per sciogliere il suo empasse. Narrare se stessi può essere difficoltoso per una questione legata a nuclei emotivi di significato invalidanti che incrinerebbero il *racconto del proprio Sé*. In questi casi potrebbe rivelarsi utile adoperare strumenti alternativi che permettano al paziente di aggirare l'ostacolo, le soluzioni potrebbero essere quelle di sospendere il contatto visivo del vis-à-vis per eclissare il potenzialmente giudicante sguardo dell'altro, come suggeriva la primissima psicoterapia; oppure si potrebbe proporre di scrivere la sua storia per rompere il silenzio dell'imbarazzo con una verbalizzazione muta, senza suono. La difficoltà del raccontarsi potrebbe esistere semplicemente per ragioni che richiamano all'incapacità di verbalizzare quanto sentito a causa di un prolungato mutismo che ha cristallizzato le rappresentazioni mentali come qualcosa che non può essere raccontato, in queste circostanze si potrebbe proporre di disegnare la linea della vita indicando i momenti più salienti, per criticità o cambiamenti che successivamente verranno meglio spiegati, al fine di ridistribuire il compito fra una dimensione che rimane più analoga alla rappresentazione

mentale, che in seguito sarà integrata con la verbalizzazione.

Personalmente, ho trovato molto interessante ed allo stesso tempo stimolante ascoltare ed osservare la narrazione del paziente utilizzando la tecnica della sedia vuota durante la quale la storia veniva raccontata dalle *diverse personalità* provenienti dalla stessa dimora, in alcuni casi questo approccio ha aperto un potenziale terapeutico sorprendente; allo stesso tempo mi sono accorta che questo ed altri tipi di strumenti ed approcci sono assolutamente improponibili in altre circostanze, con altri pazienti.

Narrare la propria storia è qualcosa di unico, come un vestito confezionato su misura alla maniera artigianale, fatto di piccoli accorgimenti su tagli classici, allo stesso modo sarebbe necessario vestire il paziente della propria terapia. È possibile, per esempio, che un paziente non sia adatto per un approccio dinamico, ma è altresì possibile che in un momento diverso della sua terapia la necessità di avvalersi di quello stesso approccio ritenuto inappropriato in principio, si riveli più congeniale e richiesto dallo stesso paziente.

L'ascolto comparato fornisce una *cassetta degli attrezzi* che ci permette di scegliere il passo con cui entrare nelle stanze del paziente per invitarlo a narrare il suo racconto utilizzando da principio gli strumenti che gli permettano di sentirsi a suo agio, preparandolo per i momenti in cui lo sarà meno, ma che, probabilmente, sarà più in grado di sostenerli.

Riferimenti bibliografici

- Ammaniti, M., e Stern, D.N. (1991). *Rappresentazioni e Narrazioni*, Bari: Laterza.
- Bleger, J. (1967). Psicoanalisi del setting psicoanalitico. Presentato al II Congresso psicoanalitico argentino, Buenos Aires, *Rev. De Psychan*, del 24, 02, pp. 241-258.
- Bruner, J.S. (1991). La costruzione narrativa della realtà. In M. Ammaniti e D.N. Stern (a cura di), *Rappresentazioni e narrazioni*, Bari: Laterza.
- Demetrio, D. (1996). *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*. Milano: Cortina Raffaello.
- Guidano, V.F. (1991). *The Self in Process: Toward a Post-Rationalist Cognitive Therapy*, New York: Guilford (Ed. it. *Il Sé nel suo Divenire: Verso una Terapia Cognitiva Post-Razionalista*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992).
- Guidano, V.F. (1992). *Il Sé nel suo divenire*, Torino: Bollati Boringhieri.

L'ATROFIA DELLA MENTE: DALL'IPERTESTO ALLE TERAPIE COMPORTAMENTALI

di Manuele Matera

Psicologo Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Comparata

Negli anni '90, parallelamente alla diffusione della rete Internet, sempre più persone entrarono in contatto con il concetto di ipertesto, ovvero la possibilità di approfondire velocemente aspetti del testo in consultazione semplicemente selezionando un termine di tale testo. Tale possibilità, oggi praticamente ovvia, segnò una vera e propria rivoluzione. Fu il primo vero passo per la transizione da un antico metodo di fare ricerca e studio ad uno tutto nuovo.

Precedentemente all'avvento dell'ipertesto (*hyperlink*) approfondire un argomento significava innanzi tutto scoprire quali testi esistessero sull'argomento e quali tra i molti potessero essere considerati autorevoli; successivamente tali testi dovevano essere rintracciati nei vari archivi e biblioteche. Solo allora poteva iniziare la prima fase dello studio, ed ogni volta che si incontravano concetti e termini nuovi doveva essere tollerata la frustrazione di non poterne avere immediato approfondimento, ma bensì i nuovi pensieri sorti dovevano essere conservati in qualche appunto scritto o mentale, da riprendere in un secondo momento e approfondito attraverso nuove ricerche e letture. Per quanto oggi tutto questo rischi di sembrare preistoria per molti di noi nati con le enciclopedie e senza sapere cosa fosse un catalogo digitale è stata la normalità per decine di anni. Un lavoro faticoso, ma che ricambiava con la gratificante sensazione del lavoro della mente, con la fondamentale acquisizione della pazienza, con il rafforzamento della capacità di saper

aspettare e con lo sviluppo di una vera e sana epistemofilia. Non capire significava approfondire, darsi tempo, continuare a cercare sino a che l'oscuro poteva diventare leggermente chiaro e, si sperava, alla fine trasparente.

Con l'avvento dell'ipertesto tutto questo divenne più immediato, un termine sconosciuto poteva collegarci nel tempo necessario a premere un tasto ad un nuovo testo dove trovare esaustive spiegazioni del concetto stesso. Con questo comparve una nuova sensazione sino ad allora praticamente estranea per quanto riguardava questo campo, ovvero il senso di stordimento da sovraccarico di informazioni, la nostra mente e le strutture che la sorreggono non erano in grado di gestire con disinvoltura così tante informazioni nell'unità di tempo, informazioni per giunta qualche volta nemmeno così evidentemente collegate tra di loro in quanto l'ipertesto rischiava spesso di diventare un pesante telefono senza fili dove non sempre si poteva ricordare il percorso che ci aveva guidato dal punto di partenza a quello di arrivo. Ma sicuramente l'ipertesto gratificava il nostro narcisismo, si adagiava dentro di noi alla stregua di una protesi mentale in grado di farci sentire superstudiosi in grado di sapere tutto in poco tempo, facendoci dimenticare una volta per tutte il piacere del dedicare tempo ad una così importante attività.

Questo pareva un punto di arrivo, ma ben si sa che la mente ama l'economia, un po' meno che anche l'economia può dare dipendenza. Ed è

così che una volta provata la sensazione che l'economia ci produceva il mondo digitale ci propose il passaggio successivo, ovvero una sempre più marcata sostituzione del testo con l'abbreviazione del testo, un po' perché leggere sui nuovi *media* era faticoso di per sé, un po' perché leggere meno appagava la nuova astinenza. La bellezza del testo non era più condizione necessaria, a morte le perifrasi e le secondarie, dimentichiamoci del punto e virgola furono i nuovi impliciti slogan sottostanti alla esplicita rivoluzione. Così il testo divenne breve, conciso, a rischio di fraintendimenti, e la mente poco a poco sperimentò la trappola dell'eccesso di ozio, tanto gratificante nell'immediato quanto pericoloso nel tempo.

Il testo era diventato breve, colmo di collegamenti con altri testi, poco importava se sempre pertinenti o autorevoli, oramai il testo era per tutti e tutti potevano scrivere testi, si era persa definitivamente l'autorizzazione a scrivere e tutti si autorizzavano a scrivere, proprio come in questo momento fa il presente.

Ma la mente gode dell'economia, del risparmio, già lo abbiamo scritto e vorremmo economizzare nel doverlo ribadire. Ed è così che dopo un po' anche la parola scritta divenne troppo lenta da acquisire; proprio o a seguito di quel momento, l'immagine fece la sua irruzione nel web ed imparammo che è molto più intuitivo e veloce capire qualcosa guardando rispetto che leggendo. Si perdeva così ulteriormente il dono dell'approfondimento, si allenavano ancor meno le nostre funzioni mentali ma poco importava a fronte del risparmio di fatica offerto. Una immagine al posto di cento parole fu la frase rubata da tutti agli esperti di marketing.

Inutile far finta di doverlo scoprire una volta ancora, anche l'immagine era destinata ben presto a diventare troppo faticosa da comprendere, ed è così che l'Artusi si ritrova imbarazzato su qualche scaffale in cantina (quando la sorte ha deciso di assisterlo) e in cucina il tablet con il video passo passo di come preparare quella cosa lì senza bisogno di capire il senso di ciò che diligentemente dovremo imitare come piccioni addomesticati.

Stessa sorte della perfusione via web è toccata agli altri mezzi di comunicazione, basti pensare ai telefoni cellulari dove l'sms si sostituì progressivamente alla parola, per poi divenire

abbreviazione testuale sempre più esasperata sino a giungere oggi all'emocon, massima – per ora – espressione della fatica del comunicare.

Ironia della sorte, leggende e qualche autorevole libro narrano che l'SMS fu inventato da due ricercatori, sordomuti, che si erano creati nel sistema GSM in sperimentazione un loro piccolo canale di comunicazione per utilizzare quel sistema nonostante le loro impossibilità; pare che venisse utilizzato per cose tipo “inizia a preparare la cena che tra poco tornerò a casa”.

Ho iniziato a mettere insieme i passi di questa breve e sarcastica riflessione sulla involutiva evoluzione della comunicazione umana partendo da una riflessione ben meno divertente ovvero ripensando agli albori della nostra professione di psicoterapeuti. Correva l'inizio del ventesimo secolo (per i puristi la fine del diciannovesimo) quando la psicoanalisi trovò per la prima volta una autonoma definizione. Si dichiarava per la prima volta la possibilità di un processo lento, pensato, riflettuto per potersi porre domande in una cornice dove il tempo era un tempo a misura d'uomo, enciclopedico a questo punto verrebbe la voglia di scrivere. Ma gli uomini che vogliono leggere e purtroppo anche quelli che dovrebbero scrivere, oramai si è capito, sottostanno al bisogno di pigrizia (scusate! al principio di economia, volevo scrivere) ed è così che la storia della psicologia ha visto poco a poco opporsi a tale complesso, ma umanamente consono, modo di riflettere teorie e tecniche sempre più *Youtube Style*, sempre più basate sul “so io cosa devi fare per stare meglio, so io anche per te a cosa in realtà stai pensando”, con una procedura certa da applicare per ogni affezione poco certa affinché tu possa guarire (terribile parola, davvero terribile quando si parla di mente). Se accadrà a noi psicologi quello che è accaduto nel mondo digitale forse tra poco nemmeno le terapie cognitivo-comportamentali saranno più abbastanza brevi e incisive ma dovremo elidere anche il cognitivo per tornare alla mitica scatola nera del dott. Prof. Watson.

Ma l'uomo è davvero così stupido e immediato? Ma la mente davvero si ammala o piuttosto potremmo tornare a pensare ad una mente che all'opposto si ingegna con ogni suo mezzo e risorsa per cercare di sopravvivere?

Forse possiamo autorizzarci a sognare almeno un po' un futuro dove si riscopra il piacere di sfogliare una enciclopedia con calma, pagina per pagina, lasciando che ogni emozione e quel particolare odore si diffonda di nuovo nei nostri pensieri e ci conduca in compagnia attraverso quei magnifici viaggi uccisi troppo spesso da un frettoloso "mi piace".

NEW!

I Disturbi Specifici di Apprendimento

Teoria, diagnosi, valutazione, progettazione,
intervento: un approccio multidisciplinare ai DSA

Aggiornamento 2016

10 giornate - 80 ore - riservato -con percorsi differenziati- a laureati e laureandi in psicologia e medicina, insegnanti, pedagogisti, educatori, riabilitatori, logopedisti, altre figure professionali che a vario titolo entrano in contatto con la tematica dei DSA

ottobre-dicembre 2016



C'ERA UNA VOLTA... CURARE CON UNA FIABA

di Eva Pizzimenti

Dottore in Psicologia, Tirocinante Scuola di Psicoterapia Comparata

“La vita stessa è narrazione in quanto storia.”
Bruner, 1988

Fiabe e favole hanno origini antichissime risalenti a tempi precedenti la diffusione della scrittura, quando l'intero patrimonio culturale di un popolo si perpetuava per trasmissione orale. I vecchi del villaggio, considerati detentori di grande saggezza, raccontavano fiabe, miti e leggende alle nuove generazioni, trasmettendogli non solo il bagaglio di informazioni tecniche, derivato dall'esperienza acquisita a loro volta dai loro padri e dai loro nonni, ma anche credenze religiose, rituali e interpretazioni del mondo, tramandatesi di generazione in generazione. Spesso, ed erroneamente, considerate l'una il sinonimo dell'altra, favola e fiaba sono molto diverse tra loro. La favola è un componimento in versi, solitamente breve, che vede i protagonisti, in genere uomini, animali, piante o esseri inanimati, incarnare vizi e virtù tipicamente umane; il fine ultimo è uno specifico insegnamento morale, spesso dichiarato esplicitamente dall'autore per bocca di un personaggio saggio. La tradizione favolistica si riconduce universalmente al greco Esopo (VII secolo a.C.) e, successivamente, al latino Fedro (I secolo d.C.), che ne riprese e riadattò l'opera quasi seicento anni dopo. Tra le “fabulae” più famose di Esopo, “La volpe e l'uva” è un chiaro esempio di insegnamento morale:

“Una volpe affamata, come vide dei grappoli d'uva che pendevano da una vite, desiderò afferrarli ma non ne fu in grado. Allontanandosi però disse fra sé: «Sono acerbi». Così anche alcuni

tra gli uomini, che per incapacità non riescono a superare le difficoltà, accusano le circostanze.”

Le fiabe, invece, sono racconti ad ampio sviluppo narrativo, in prosa, caratterizzati dalla componente magica: nelle fiabe compaiono orchi, streghe, maghi, fate, folletti, gnomi e altri personaggi fantastici che entrano nella vita di un protagonista e danno origine ad un intreccio di vicende che si conclude con un lieto fine. L'atto di nascita ufficiale della tradizione fiabistica è riconosciuto nell'anno 1697 con la pubblicazione della raccolta di fiabe *I racconti di mamma l'Oca* di Charles Perrault. Nel volume erano raccolte “La Bella Addormentata nel Bosco”, “Cappuccetto Rosso”, “Barbablù”, “Il gatto con gli stivali”, “Cenerentola” e “Pollicino”. In realtà, precedentemente, nel 1674 a Napoli venne edito *Pentamerone*, una raccolta di fiabe in dialetto napoletano ad opera di Giambattista Basile, contenente racconti molto noti come “Cenerentola”, “Il gatto con gli stivali” e “La bella addormentata nel bosco”. Sia Basile che Perrault non avevano intenzione di scrivere racconti per l'infanzia; infatti, le loro fiabe hanno subito omissioni e deformazioni, rendendo quasi necessaria l'eliminazione di alcuni elementi considerati immorali e inadatti ai bambini: le parti che si riferiscono al sesso e alla morte, le descrizioni ritenute brutali o crudeli, le battute e le espressioni troppo grossolane. Così la produzione per bambini è spesso il frutto di rifacimenti e di alterazioni profonde della

versione integrale del testo fiabesco (Salviati, 1981).

La fiaba appare come una narrazione prettamente ludica, svincolata dagli insegnamenti morali che contraddistinguono le favole, ma ad un'analisi più attenta ci accorgiamo che non è proprio così; in realtà, dietro a una fiaba si nasconde un mondo di simboli, emozioni e sentimenti, dai più nobili ai più inconfessabili, ed essa aiuta fin da bambini ad accettarli, sopportarli e gestirli. Il presente articolo nasce con l'intento di esplorare il mondo segreto delle fiabe, dei significati simbolici e della loro funzione terapeutica.

Fiabe ed emozioni

“Se volete che vostro figlio sia intelligente, raccontategli delle fiabe;

se volete che sia molto intelligente, raccontategliene di più.”

Albert Einstein

Fin dall'antichità vengono raccontate ai bambini prima di dormire per calmarli; il momento in cui ci si sta per addormentare, infatti, è un momento di abbandono, in quanto distacco dalla madre, e porta con sé ansia e insicurezza (Bowlby, 1969; Ainsworth, 1978). Le fiabe permettono al bambino di affrontare tutta la gamma possibile dei sentimenti, da quelli piacevoli a quelli più inaccettabili come paura, smarrimento, aggressività, solitudine, impotenza, tematiche tipiche della fiaba tradizionale che corrispondono alle emozioni che il bambino sperimenta, come il timore dell'abbandono, di perdita dell'amore dei genitori, di rivalità con i fratelli, di senso d'inadeguatezza e bisogno di sicurezza; la fiaba garantisce, infatti, dopo lotte, sofferenze e conflitti, un sicuro lieto fine.

I racconti fiabeschi considerano molto seriamente le ansie e le paure: la fiaba pone gli adulti ed i bambini di fronte ai principali problemi esistenziali, cioè l'amore, la gelosia, l'abbandono, la separazione, il bisogno di essere amato, la paura di non essere considerato, la vecchiaia, la morte, e lo fa in un modo chiaro, essenziale e conciso. I personaggi e le vicende ripropongono i conflitti interiori, ma suggeriscono anche un modo per risolverli. In essi viene rappresentato il messaggio secondo

cui “la lotta contro le gravi difficoltà della vita è inevitabile, è una parte intrinseca dell'esistenza umana, e soltanto chi non si ritrae intimorito ma affronta risolutamente avversità inaspettate e spesso immeritate può superare tutti gli ostacoli e alla fine uscire vittorioso (...); che una vita gratificante e positiva è alla portata di ciascuno nonostante le avversità, ma soltanto se non si cerca di evitare le rischiose lotte senza le quali nessuno può mai raggiungere una vera identità” (Bettelheim, 1982); e allo stesso tempo, grazie ai personaggi unidimensionali e che incarnano emozioni e sentimenti, insegnano ai bambini a riconoscere i propri stati emotivi e ad esternarli, identificandosi di volta in volta con i vari personaggi.

Tematiche e simboli

“Le fiabe sono l'espressione più pura e semplice dei processi psichici dell'inconscio collettivo”

Marie-Louise von Franz

Le tematiche tipiche di queste narrazioni travalicano i confini della soggettività in senso stretto interessando l'intera umanità; vengono affrontati problemi che ogni essere umano sente risuonare nel suo più profondo inconscio e riguardano quell'“essere uomo” che ci accomuna tutti. Le narrazioni orali furono, in epoche successive, raccolte e trascritte; in questo processo hanno subito rielaborazioni, dovute al passaggio da una lingua ad un'altra, commistioni ed influenze di culture diverse, ciononostante i temi principali rimangono universali. Tale universalità di simboli ricorrenti ha ispirato la *Teoria degli archetipi* di Carl Gustav Jung, secondo la quale esiste un “Inconscio collettivo”, un sistema psichico universale e impersonale che si manifesta nelle immagini arcaiche universali espresse nei sogni, nelle credenze religiose, nei miti e nelle fiabe, chiamate “archetipi”. Ritroviamo una prima formulazione dell'ipotesi degli archetipi in Platone che, nel IV secolo a.C., mise a punto il concetto di “Eidos”, idee universali primordiali che danno forma al pensiero.

Jung distingue le strutture psichiche di base in otto archetipi, di cui quattro esprimono l'io maschile e quattro l'io femminile. Ogni archetipo ha poi un aspetto positivo e uno negativo: la

Madre, il Senex, il Puer Aeternus, l'Ombra, la Persona, l'Anima e il suo corrispettivo maschile l'Animus e il Sé. L'archetipo della Madre presenta aspetti di luce e ombra, è sia amorevole che terribile, per questa ragione assume molte sfaccettature: positivamente, l'archetipo madre è stato associato con la sollecitudine, la saggezza, la simpatia, l'esaltazione spirituale, gli istinti, la crescita e la fertilità; il lato negativo dell'archetipo madre è associato ai segreti, al buio, al mondo dei morti, a seduzione e veleno. Anche l'archetipo del Senex, il vecchio, presenta aspetti di luce e ombra e pertanto racchiude, nel lato positivo, caratteristiche psicologiche come stabilità, maturità, saggezza, senso di responsabilità; in senso negativo si riferisce ad atteggiamenti derivanti da eccessivo tradizionalismo, dispotismo, cinismo e mancanza di fantasia. Il Puer Aeternus, l'eterno fanciullo, rappresenta una personalità maschile che, in età adulta, ha ancora le caratteristiche dell'adolescenza e una dipendenza troppo forte dalla madre. Si manifesta, nel lato negativo, come rifiuto di assumere responsabilità, in quello positivo, invece, risveglia le risorse creative. L'archetipo dell'Ombra simboleggia l'inconscio, nei sogni emerge come figura dello stesso sesso del sognatore, i comportamenti che mette in atto, sia positivi sia negativi, sono stati rimossi dall'io cosciente. La Persona, dal latino maschera dell'attore, simboleggia il ruolo sociale che si ricopre in base alle aspettative della società, norme ed educazione. L'Anima è la parte inconscia femminile della personalità dell'uomo e l'Animus è la parte inconscia maschile della personalità femminile. Infine, il Sé è l'unità della psiche e si manifesta nei sogni come guida spirituale, come figura eroica o come forma di cerchio o mandala. I personaggi delle fiabe costituiscono un autentico riflesso degli archetipi, così come descritti da Jung.

I personaggi

Le fiabe, come detto, escludono l'ambiguità polivalente del reale: ogni personaggio incarna una caratteristica e lo fa senza mezzi termini (Bettelheim, 1982). Solitamente vi è un protagonista, colui o colei che deve compiere l'impresa, che intreccia relazioni con tre o quattro personaggi, chiaramente suddivisi in

alleati e nemici. Gli alleati possono essere persone, animali o oggetti più o meno fatati che aiutano il protagonista a portare a termine il suo obiettivo, mentre i nemici sono persone, oggetti, difficoltà o circostanze che ostacolano il protagonista nella realizzazione della sua impresa. Analizzando i grandi personaggi delle fiabe, si nota che rimandano agli archetipi dell'inconscio collettivo di cui abbiamo parlato. Vediamone nel dettaglio i principali.

La matrigna è il personaggio negativo femminile per eccellenza e rappresenta la madre cattiva. La prima figura con cui entra in relazione il bambino è la madre, ed è una madre reale e proprio per questo presenta aspetti positivi, amorevoli e accoglienti e aspetti negativi, respingenti ed abbandonici. Per il bambino è molto semplice mantenere a livello di coscienza gli aspetti positivi, mentre è inquietante mantenere l'idea di una madre cattiva e distruttiva, dal momento che dipende totalmente da lei. Per questa ragione tutti gli aspetti negativi della madre reale vengono proiettati all'esterno. Dal momento che non è ancora in grado di far coesistere percezioni opposte e percepire l'ambivalenza del reale, il bambino mantiene sulla madre tutti gli aspetti positivi e sposta sul suo alter ego tutti quelli negativi. L'alter ego della madre buona è la matrigna o la strega malvagia. La matrigna solitamente si è insediata in una famiglia in cui la vera madre è venuta a mancare per qualche motivo e una volta sedotto il padre abbandona i bambini nel bosco o li maltratta o favorisce marcatamente i propri figli a svantaggio di quelli acquisiti. I sentimenti risvegliati nel bambino sono la gelosia verso i fratelli, la paura di essere abbandonato, l'angoscia di non riuscire a sopravvivere da solo. La matrigna, in genere, è in competizione con la protagonista, la figlia acquisita, fintanto che è adolescente; quando la protagonista riesce a coronare il suo sogno e sposarsi, nonostante le mille avversità, subentra un'altra figura antagonista, la suocera o la regina cattiva che cercherà di distruggere la prole o di farla cacciare di casa dal marito. Una sfumatura ancora più negativa è rappresentata dal personaggio della strega malvagia, che oltre a mettere in atto i comportamenti delle altre figure femminili negative ha l'elemento della magia nera. La strega può fare praticamente qualsiasi cosa; la strega simboleggia un femminile potentemente

distruttivo, come un utero che non lascia uscire: accoglie i bambini nel bosco, nella sua casetta di marzapane, li imprigiona e li fa ingrassare per poi mangiarseli. Nella fiaba la relazione strega-bambino rappresenta i rischi di una permanenza eccessivamente prolungata o forzata in uno stato di totale dipendenza dalla madre. Mentre la matrigna abbandonava, la strega lega a sé e immobilizza. L'antagonista per eccellenza della strega è la fata: entrambe rappresentano il livello più profondo dell'inconscio simboleggiato dalla magia. La batteria di strumenti della fata è simile a quella della strega, dagli incantesimi alle trasformazioni, ma mentre il potere della strega è distruttivo e tende a portare alla regressione - trasforma il principe in ranocchio - quello della fata è liberatorio e tende all'evoluzione: pinocchio diventa un bambino. Un'altra rappresentazione della madre buona, oltre alla fata, è la buona vecchina, che rappresenta un femminile esperto ed alleato e ha il ruolo di riempire il vuoto lasciato dalla vera madre e di contrastare le figure femminili negative, aiutando il/la protagonista a realizzarsi. Infine, l'ultimo personaggio femminile è la principessa, solitamente il personaggio principale, sia quando è protagonista sia quando è l'obiettivo delle ricerche dell'eroe-protagonista. Si parte sempre da una condizione di grande svantaggio: è stata abbandonata o rapita, oppure è vittima di una matrigna e delle sorellastre e attraverso mille vicissitudini cerca di raggiungere il suo obiettivo, sposare il principe e trovare una casa sicura. La principessa incarna solo qualità positive: è bella, laboriosa, disponibile e generosa, mentre gli aspetti negativi sono proiettati sull'alter ego, le sorellastre.

Per quanto riguarda i personaggi maschili, si segue la stessa suddivisione di quelli femminili; quindi troviamo l'eroe, che è il corrispettivo della principessa, ma è caratterizzato da molta più attività rispetto a lei, che sostanzialmente lo aspetta in modo passivo. Parte, come lei, da una condizione di svantaggio e si trova a combattere, viene imprigionato, fino a casi estremi in cui muore e poi torna in vita grazie a qualche incantesimo. Vi sono poi varie declinazioni della figura paterna: il re, che ha la funzione di tramandare il potere alla nuova generazione e rappresenta il cambiamento, il nuovo equilibrio dopo la crisi, simboleggiata dalla caduta del regno. Il vero padre è invece una figura

caratterizzata dall'assenza o dalla sudditanza dalla matrigna, manca o è distratto permettendo che avvengano eventi drammatici. Nella variante cattiva il padre si presenta come un despota che, nel caso della figlia, la chiude in casa e le impedisce di realizzarsi come donna, mentre nei confronti del figlio si pone in aperta competizione tentando di eliminarlo. Vi è poi il grande mago, che è una figura paterna amplificata. Anch'esso compare nelle due versioni: in quella negativa è uno stregone malvagio che opera ogni sortilegio al fine di distruggere il protagonista ed è il corrispondente maschile della strega; in quella positiva è il grande saggio indovino corrispondente alla fata. Esistono poi una coppia di personaggi che non hanno una connotazione sessuale, ma si presentano come entità indefinite e rappresentano gli strati più profondi dell'inconscio. Il mostro, caratterizzato dalla voracità, divora non per fame ma per distruggere e simboleggia la morte e la rinascita: l'eroe viene divorato dal mostro e poi rinasce oppure discende agli inferi per poi riemergere vivificato. Al polo opposto troviamo l'angelo, che come il mostro rappresentava la massima espansione della negatività, rappresenta, al contrario, l'apice del bene. Entrambi si trovano come guardiani di mondi extraterreni o di grandi tesori.

Gli animali delle fiabe

Gli animali compaiono nelle fiabe in posizione secondaria, come alleati o antagonisti. A livello simbolico rappresentano forze istintuali più lontane dalla coscienza rispetto ai personaggi umani. Il fatto che si tratta sempre di animali parlanti, intelligenti e dotati di intenzionalità indica il legame tra un mondo istintuale inconscio e un mondo di significati già acquisiti dalla coscienza. Fra gli animali che si incontrano più spesso nelle fiabe vi è il cavallo, che forma una coppia inseparabile con l'eroe ed è il simbolo della fedeltà e della lealtà. La perfetta armonia tra cavallo e cavaliere è l'immagine della perfetta simbiosi tra istinto e ragione, in cui i desideri istintuali vengono canalizzati dalla coscienza (Santagostino, 2015). Nella versione negativa il cavallo simboleggia l'avanzare inarrestabile delle forze del male.

Il leone, simbolo di forza e di coraggio, compare spesso come alleato dell'eroe in imprese eccezionali. Rappresenta la forza istintuale del protagonista e il suo coraggio; nella versione negativa è invece il simbolo della prevaricazione, dell'impulsività incontrollata e di licenziosità sfrenata.

Il lupo compare quasi sempre con accezione negativa, è simbolo di violenza, sopruso sessuale e licenziosità; si tratta di una figura distruttiva, mentre nella versione positiva è il simbolo del ritiro spirituale, solitaria ricerca interiore.

Vi sono poi animali che compaiono più raramente come il cervo, che simboleggia una guida, un collegamento tra due fasi della vita; la colomba, simbolo di purezza, di un femminile totalmente spirituale; il serpente, uno dei simboli più potenti dell'immaginario collettivo, che rimanda all'idea di inizio, di risveglio della coscienza e di circolarità della vita. L'uroboros, il mitico serpente che si morde la coda, è un cerchio perfetto in cui tutto trova la sua origine e la sua conclusione.

I luoghi delle fiabe

I paesaggi delle fiabe sono, per lo più, paesaggi naturali e fanno riferimento ai quattro elementi: acqua, terra, fuoco e aria. I primi due elementi rappresentano l'inconscio. Spesso, l'eroe deve scendere sotto terra e sott'acqua per cercare qualche tesoro, in un mondo poco noto e difficile da esplorare, dal quale potrebbe riaffiorare vittorioso ma anche esserne inghiottito. Il cielo e il fuoco rappresentano la coscienza illuminata dalla luce, ciò che avviene alla luce del sole. L'eroe solitamente deve passare dalle profondità oscure per poi raggiungere la luce. Questo passaggio è ben rappresentato dalla foresta; gli alberi, infatti, affondano le loro radici nelle profondità della terra, ma si ergono al cielo; attraversando la foresta o il bosco l'eroe supera le difficoltà. Anche la grotta simboleggia l'inconscio: l'eroe scende nel ventre della madre terra, o attraversa i cunicoli e le segrete del castello, per poi tornare alla luce. Un luogo un po' più insolito è il deserto: anche in questo caso il concetto fondamentale è l'attraversamento della difficoltà, così come la montagna e il mare. Vi è poi il castello, luogo ricorrente, che rispecchia perfettamente il suo proprietario: se si

tratta di un eroe positivo, sarà un castello d'oro e pietre preziose; al contrario, se si tratta di un principe delle tenebre, avrà un castello tetro e oscuro.

Struttura della fiaba

La fiaba si apre con la presentazione di un certo numero di personaggi e di una situazione, che rivela già da subito un equilibrio precario:

“Davanti a un gran bosco abitava un povero taglialegna che non aveva di che sfamarsi; riusciva a stento a procurare il pane per sua moglie e i suoi due bambini: Hänsel e Gretel. Infine giunse un tempo in cui non poté più provvedere neanche a questo e non sapeva più a che santo votarsi. Una sera, mentre si voltava inquieto nel letto, la moglie gli disse:

- Ascolta marito mio, domattina all'alba prendi i due bambini, dai a ciascuno un pezzetto di pane e conducili fuori in mezzo al bosco, nel punto dov'è più fitto; accendi loro un fuoco, poi vai via e li lasci soli laggiù. Non possiamo nutrirla più a lungo.”

A questo punto si entra a pieno titolo nella crisi, fase centrale della fiaba, in cui il problema viene mostrato chiaramente, così come emerge chiaramente chi sono i buoni e i cattivi e si iniziano a sviluppare forme di soluzione al problema. In questa fase, il protagonista è disperato perché l'impresa da compiere è definita, ma non sa come portarla a termine e si aprono a lui due possibili strade. Può avere un'illuminazione, un'idea geniale, ma questo caso è assai più insolito della comparsa di un aiutante. L'impasse si supera, generalmente, grazie all'aiuto provvidenziale di un personaggio magico che ha la soluzione a portata di mano. La fiaba si conclude poi con il consolidamento del nuovo equilibrio conquistato e con l'emblematico “E tutti vissero felici e contenti”.

La fiaba come forma di cura

Uno degli aspetti più caratteristici delle fiabe è l'univocità dei personaggi e la totale assenza di ambiguità: esiste il bene e il male, ma non coesistono mai nella stessa persona. Come

afferma Bruno Bettelheim, psicanalista infantile di matrice freudiana, ne *Il mondo incantato* del 1977, tutti i personaggi delle fiabe sono tipici anziché unici. La realtà viene semplificata in buoni e cattivi, in modo che il bambino possa comprenderla chiaramente. Inoltre nelle fiabe non vi è il pentimento del cattivo, che rimane tale, ed è questa caratteristica che permette al bambino di proiettare su di lui le proprie emozioni negative. Allo stesso tempo il cattivo va sempre incontro a fallimento mentre l'eroe ne esce sempre vittorioso, e in questo modo il bambino comprende che è decisamente meglio essere buoni, non per paura di essere puniti, come invece suggerirebbe la favola, ma perché se ne traggono maggiori benefici. Inoltre, l'autore distingue le fiabe in due tipologie in base alla funzione terapeutica. Le fiabe edipiche ruotano intorno al personaggio cercato, di solito la principessa o il principe. Grazie alle fantasie offerte dalle fiabe, i bambini possono sconfiggere le proprie angosce edipiche e godere pienamente di soddisfazioni edipiche a livello fantastico mantenendo buoni i rapporti con i genitori nella realtà. Accanto a quelle edipiche troviamo le fiabe narcisistiche, che si rivolgono a parti interne che il bambino in quel momento fa fatica a integrare, ad esempio il fatto che la mamma a volte possa essere cattiva come una strega. Per questo motivo, per un certo periodo, un bambino si fa raccontare sempre la stessa storia, per il tempo a lui necessario ad elaborare un certo contenuto e a risolvere il proprio conflitto interiore. Una volta superato, passerà ad un'altra fiaba. La fiaba ha, quindi, un potere liberatorio dalle angosce e dai sentimenti inaccettabili. Questo vale tanto per i bambini quanto per gli adulti. Ancora oggi, come ci ricorda Bettelheim, in alcune zone dell'India gli adulti ammalati di mente ricevono dallo sciamano l'indicazione terapeutica di raccontarsi delle fiabe per superare le proprie angosce. Le fiabe non consentono solo di elaborare emozioni complesse e conflitti, ma anche dei veri e propri traumi. Quando le emozioni relative a un trauma sono inaccettabili vengono relegate nell'inconscio e condizionano il comportamento della persona che continua a vivere il trauma inconsciamente. La costruzione o la lettura di una fiaba offre l'opportunità di definire i confini dell'esperienza dolorosa, depotenziando il ricordo traumatico.

In psicoterapia, la narrazione, intesa come racconto di sé, è fondamentale in quanto permette l'organizzazione del proprio mondo interiore e di attribuire significati alla propria esperienza (Pontecorvo, 1991). Creando e raccontando storie si assegnano significati alla propria vita, si ricostruiscono ricordi passati e si prefigurano scenari futuri. In questo modo si osserva la propria vita da un'altra angolatura, rafforzando la memoria autobiografica, e la si racconta all'altro, trovando nuovi significati (Smorti, 2007). La funzione narrativa è intrinseca alla natura umana perché rende rappresentabile qualcosa che resterebbe altrimenti sconosciuto, "per liberare quelle idee, quelle emozioni, che senza sosta bussano al tabernacolo della nostra mente" (Calvino, 1983). La narrazione ricopre, dunque, un ruolo importante nel lavoro clinico: "noi siamo un colloquio". Il raccontarsi, il conoscersi, pone le basi per la relazione d'aiuto e per la comprensione dell'altro (Borgna, 1999). Già Freud riconosceva al raccontarsi un'importante possibilità di descrizione della mente; sosteneva, infatti, che lo scrittore mette in forma narrativa i suoi sentimenti, i suoi pensieri e i suoi conflitti (Mittino, 2013) e proprio per questa ragione inventare una fiaba è per il paziente un processo molto faticoso e impegnativo da un punto di vista emotivo (Santagostino, 2015). In quanto fotografia fedele degli stati interiori del paziente, la fiaba subirà, necessariamente, dei momenti di impasse, si arresterà in un passaggio difficile rendendo irraggiungibile il lieto fine, analogamente al motivo che spinge il paziente a rivolgersi a una terapia: perché non riesce ad andare avanti. La fiaba, situandosi in quel mondo intermedio tra il conscio e l'inconscio, permette di verbalizzare e provare a dare una spiegazione a eventi inspiegabili. Un paziente che soffre di tachicardia, ad esempio, percepisce un senso di impotenza nei confronti del suo sintomo biologico, poiché ne è vittima senza poterlo controllare. Attraverso la fiaba il paziente può, ad esempio, parlare di una corsa inarrestabile di cavalli; spesso, infatti, il battito cardiaco accelerato viene rappresentato simbolicamente da cavalli in corsa (Santagostino, 2015). Il solo fatto di tradurre questo evento-malattia in un racconto immaginario, secondo l'autrice, è già un passo per renderlo accessibile alla coscienza. Dal momento che lo scenario immaginativo della

fiaba riproduce in maniera simbolica i processi psichici e fisici in atto, è ragionevole pensare che una modifica della produzione immaginativa abbia degli effetti sullo stato psicofisico del paziente. A questo punto ci si trova davanti al problema del superamento dell'impasse, per permettere al racconto di procedere verso la soluzione del problema.

Un primo passo può essere quello di chiarire meglio la logica interna della fiaba. Si può, ad esempio, chiedere di raccontare all'indietro la storia di ogni personaggio dal momento dell'impasse, tentando di individuare più elementi possibili di cambiamento. Un'altra possibilità di superamento del blocco è l'inserimento nella fiaba di un nuovo personaggio, un po' come quando l'eroe delle fiabe classiche si dà per vinto e magicamente arriva un aiutante. A livello simbolico questo significa far appello a forze interiori, che l'autore della fiaba non era consapevole di avere. Paola Santagostino, nel suo libro *Guarire con una fiaba*, racconta di pazienti che vedevano diminuire i propri sintomi non appena la fiaba superava il momento di impasse, soprattutto quando il narratore non faceva collegamenti tra la fiaba e il suo vissuto personale. L'autrice sostiene, al contrario, che forzare questo collegamento possa inibire il racconto e far emergere meccanismi di difesa, e per questa ragione è opportuno che il terapeuta non restituisca nessuna interpretazione fino a che il narratore non abbia individuato la soluzione. Il momento opportuno per la restituzione è invece la seconda fase, quando la soluzione, a livello immaginario, è stata trovata. A questo punto la presa di coscienza dei significati simbolici può servire a orientare coscientemente il comportamento (Santagostino, 2015).

Applicazioni pratiche: la foresta stregata

La foresta stregata è una fiaba riportata da Paola Santagostino nel suo libro (2015), raccontata da Giovanni, geometra di trentatré anni arrivato in terapia per un'improvvisa caduta dei capelli in concomitanza di eczemi alle mani; inoltre, negli stessi sei mesi in cui si sono presentati questi sintomi, presenta anche episodi di assenza, curati con farmaci leggeri. Nell'ultimissimo periodo, al tutto si sono aggiunti problemi di erezione e

crollò del desiderio. La sua storia familiare è caratterizzata da rapporti piuttosto freddi: la madre è descritta come distaccata, controllata e molto organizzata, il padre è sempre stato assente e la sorella, a causa della differenza di età, ha rappresentato un rapporto superficiale senza interessi in comune. Da tre anni nella vita di Giovanni c'è una donna, descritta da lui come posata e intelligente, ma molto poco passionale. Racconta poi che, otto mesi fa, durante una passeggiata nel bosco, ha conosciuto una ragazza con la quale ha avuto una breve ma appassionante relazione, e a tal proposito afferma: "ha rischiato di stravolgermi la vita. Spaventato dall'impetuosità dei propri sentimenti, torna alla sua quotidianità, fino alla comparsa di questi sintomi.

La fiaba inventata da Giovanni ha come protagonista un principe che viveva in un castello di vetro. Era una reggia sontuosa, ma il principe si annoiava. Un giorno venne a scoprire che non distante dal castello c'era un'immensa foresta avvolta dal mistero, "la foresta stregata". Per chiunque era vietato avvicinarvisi, ma il principe non resistette alla tentazione e decise di sfidare il divieto ed entrare nella foresta. Il terreno era caldo e morbido sotto i suoi piedi, gli alberi erano rigogliosi, e così il principe si incamminò. Ad un tratto, iniziò a sentire un bisbiglio che si fece sempre più forte fino a diventare assordante. Il principe non riusciva a sopportare quel clamore e si spaventò. Erano gli alberi che urlavano in una lingua a lui sconosciuta e con le loro fronde tentavano di avvicinarlo. Il principe capì il motivo del divieto e, terrorizzato dall'idea che la foresta volesse inghiottirlo, scappò via. Nella sua corsa colpiva gli alberi per allontanarli e, ogni volta che li colpiva, essi crollavano. Una volta arrivato al castello giurò a se stesso che mai vi avrebbe fatto ritorno.

Simbolicamente, i due regni rappresentano le due parti di se stesso: da un lato una vita, quella simboleggiata dal castello, ordinata e tranquilla, ma noiosa; dall'altro la natura e l'incontrollabilità inquietante degli impulsi. A livello organico gli alberi rappresentano la sua capigliatura, un tempo folta e robusta, adesso cadente. Quelle macchie rosse e brucianti che emergono sulla pelle di Giovanni possono far pensare a un fuoco che vuole affiorare. Dopo un'impasse abbastanza lunga e mesi di terapia, Paola

Santagostino racconta che Giovanni torna in seduta con la conclusione della fiaba.

Una notte il principe sogna un angelo che gli rivela che la foresta è stata colpita da un maleficio; molti secoli prima, infatti, la foresta era così bella che la serenità vi regnava, i bambini giocavano felici, gli abitanti del regno passeggiavano chiacchierando tra loro e i vecchi riposavano al fresco delle fronde, fin quando non passò di lì una strega cattiva che, indispettita da tanta felicità, scagliò un maleficio sulla foresta in modo che nessuno potesse mai più entrarvi. L'incantesimo si sarebbe sciolto solo se qualcuno fosse riuscito a rimanere nella foresta un'intera notte. L'angelo consegna al principe un unguento magico grazie al quale avrebbe potuto sopportare le urla degli alberi e gli spiega che urlano per raccontare la loro storia e perché per secoli non hanno più potuto parlare con nessuno. L'indomani mattina si alzò presto, si spalmò l'unguento magico e volle subito andare nella foresta. Come promesso dall'angelo l'incantesimo fu sciolto, gli alberi lo ringraziarono infinitamente perché finalmente potevano raccontare la loro storia, i bambini ripresero a giocare nel bosco e i vecchi a riposare. E tutti vissero felici e contenti.

Riferimenti Bibliografici

- Bettelheim, B. (1977). *Il mondo incantato: uso, importanza e significati psicoanalitici delle fiabe*. Tr. it. Andrea D'Anna (1976), *The Uses of Enchantment: The Meaning and Importance of Fairy Tales*, Milano: Feltrinelli.
- Blezza Picherle, S. (2003). *Letteratura per l'infanzia. Ambiti, caratteristiche, tematiche*, Verona: Libreria Editrice Universitaria.
- Bruner, J. (1988). *La mente a più dimensioni*, Roma-Bari: Laterza.
- Jung, C.G. (1968). *Archetypes of the collective unconscious*. Collected Works of C.G. Jung, vol. 9, Princeton University Press, 451, 3-41.
- Jung, C.G. (1970). *Psychic conflicts in a child*. Collected Works of C.G. Jung, vol.17, Princeton University Press, 1970. 235, 1-35.
- Liverta Sempio, O. (1998). *Vygotskij, Piaget, Bruner. Concezioni dello sviluppo*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Sacks, O. (1986). *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*. Milano: Adelphi.
- Santagostino, P. (2015). *Guarire con una fiaba. Usare l'immaginario per curarsi*, Milano: Feltrinelli Editore.
- Schaffer, R.H. (2005). *Psicologia dello Sviluppo*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Mittino, F. (2013). La dimensione narrativa della mente: implicazioni nel lavoro terapeutico. *Psichiatria e psicoterapia*, 32, 4, 239-249.

Sitografia

- Enciclopedia Treccani. <http://www.treccani.it/enciclopedia/> - Website consultato in data 20/07/2015.
- Gargelli, L. (11 ottobre 2014). *La funzione terapeutica della fiaba tra archetipi e miti*. Su <http://www.polimniaprofessioni.com> - Website consultato in data 27/08/2015
- Pini, B. (2015). *Il mondo magico delle fiabe*. <http://www.astrarte.com> - Website consultato in data 22/07/2015
- Romano, S. (2015). *Utilizzo della fiaba in psicoterapia*. <http://www.psicologiamoncalieri.it> - Website consultato in data 24/08/2015
- Dryden-Edwards, R., Conrad Stöppler, M. (2015). *Separation Anxiety Disorder*. <http://www.medicinenet.com> - Website consultato in data 24/08/2015

ESCHER, UNO SGUARDO PSICOLOGICO SUL MONDO

di Marco Ciapetti

Dottore in Psicologia, Tirocinante Scuola di Psicoterapia Comparata

Il Chiostro del Bramante di Roma, dal 20 settembre 2014 al 22 febbraio 2015, ha ospitato una grande mostra antologica dedicata all'incisore e grafico olandese

Maurits Cornelis Escher, prodotta in collaborazione con Arthemisia Group e con la Fondazione Escher.

La mostra ha raccolto oltre 150 opere dell'artista nel tentativo di seguire letteralmente lo sguardo di Escher attraverso le principali tappe della sua evoluzione artistica, partendo dall'osservazione diretta e puntuale della natura, alimentata dalla passione per il paesaggio italiano, l'osservazione degli elementi naturali attraverso nuove prospettive e punti di vista, fino a cogliere il reticolo geometrico su cui la realtà si costituisce, premessa compositiva delle sue "immagini interiori".

Il percorso espositivo si addentra nelle opere di Escher Artista, intellettuale e "mago nell'iper suggestione del disegno" ponendo in risalto temi quali la compenetrazione di mondi simultanei, il continuo passaggio tra oggetti tridimensionali e bidimensionali, le ricerche della Gestalt sui temi della percezione, le implicazioni matematiche e geometriche e la relazione sistemica fra l'artista, la sua arte ed il contesto storico e familiare in cui viveva (www.chiostrodelbramante.it).

La mostra è inoltre arricchita da installazioni e banchi interattivi che la rendono un interessante strumento didattico in grado di avvicinare il pubblico alle leggi della matematica, della geometria e della percezione visiva, permettendo ai visitatori di agire sulla relazione fra spazio reale

e virtuale attraverso gli inganni prospettici, la costruzione di tassellazioni e Gestalt sia per adulti sia per bambini.

Sebbene il percorso ospiti anche opere di illustri nomi quali Marcel Duchamp, Giorgio de Chirico, Giacomo Balla e Luca Maria Patella, la comparazione e le influenze reciproche fra Escher ed il mondo artistico e politico a lui contemporaneo sono note marginali di un'esposizione incentrata sul mondo interiore dell'artista, quel mondo nascosto e sommerso su cui la realtà si specchia e si deforma, come lascia intendere l'opera *Tre Mondi* (*Three Worlds*, 1955). L'esposizione prende le mosse dall'amore dell'artista per l'Italia, visitata per la prima volta nel 1922 con una tappa a Firenze, primo viaggio di una lunga serie all'interno della penisola che lo porteranno fra le colline della Toscana, dell'Abruzzo ed i paesaggi più duri e antropomorfi della Calabria e del Sud d'Italia. Durante questo viaggio, voluto dai genitori del giovane Escher nella speranza di scuoterlo dallo stato di isolamento depressivo in cui era sprofondato dopo la scoperta della sua vocazione alle arti figurative, nacque la sua grande passione per il paesaggio e la cultura italiana, condivisa dalla moglie Jetta Umiker, conosciuta proprio in Italia a Ravello, e sposata nel 1924 a Viareggio, lo spinse a stabilirsi a Roma dal 1923, dove visse fino al 1935.

In questi primi anni Escher rimase affascinato dalla natura e dall'architettura italiana. Ne sono dimostrazione i numerosi disegni e le molte litografie che raffigurano paesaggi e piccoli

borghi. Fra questi si ricordano *Tetti di Siena* (1922), *Castrovalva* (1930), *The Bridge* (1930), *Tropea, Calabria* (1931), *Cloister near Rocca Imperiale, Calabria* (1931), opere da cui traspare l'attenzione dell'artista non solo per le forme geometriche e architettoniche ma anche per i piccoli dettagli di carattere naturalistico e la passione per la biologia.

Particolarmente interessante è l'opera *Castrovalva* in cui in primo piano, su di un paesaggio aperto che da un senso di ampiezza, sono collocate delle piante brulicanti di vita, insetti e chioccioline, che attirano la nostra attenzione in contrapposizione con la civiltà rappresentata dalle costruzioni; la narrazione dell'artista sembra così condurci tanto sulle grandi meraviglie paesaggistiche quanto sulle piccole cose, dai soggiorni agli scarabei, dalle foglie ai cristalli (suo grande oggetto di interesse come straordinarie architetture naturali) mostrando come un cambio di focus attento e di prospettiva possano generare il cambiamento non solo dell'oggetto rappresentato quanto delle sensazioni che la rappresentazione è in grado di trasmettere.

Durante il periodo vissuto a Roma l'attenzione di Escher non si rivolse alle vestigia dell'antichità e della sovrabbondanza barocca, per le quali non nutrì mai una grande passione, piuttosto si interessò molto alle atmosfere notturne date dalla nuova illuminazione pubblica, in grado di trasformare monumenti, statue e figure in inoffensive sagome. L'artista era solito disegnare seduto nell'oscurità di qualche caffè, con l'ausilio di una piccola torcia appesa al collo, in un'atmosfera di pace e tranquillità: le opere che ne scaturiscono costituiscono la serie di incisioni *Roma di notte* (*Nocturnal Rome*, 1934). Tali opere riconfermano l'interesse dell'artista per l'architettura, ma ponendola in secondo piano rispetto ai giochi di luci, agli effetti ottici generati dalla sovrapposizione delle ombre e dalle sagome delle statue che si staccano dallo sfondo, il parallelismo con Giorgio de Chirico e le sue statue scure nella luce del pomeriggio è immediato, basti pensare ad opere come *L'enigma di una giornata* del 1914.

Le prime sale dell'esposizione si focalizzano sull'esperienza italiana dell'artista vista come base sicura della evoluzione di Escher: "fu la dimestichezza con questi luoghi, così diversi dalla dolcezza orizzontale della sua Olanda, a

porsi alla radice di un percorso artistico che s'avventurò negli spiazzi sconfinati della geometria e della cristallografia, divenendo terra fertile per giochi intellettuali dove la fantasia regnava sovrana" (www.chiostrodelbramante.it). Forse questa può essere la spiegazione al poco risalto dato dall'esposizione al viaggio del giovane Escher a Granada (nel 1922, subito dopo la visita fiorentina, e successivamente nel 1936), sebbene a tale esperienza, in particolare alla visita allo splendido palazzo di Alhambra, si debba la grande attenzione per i dettagli architettonici e decorativi e l'interesse per la "divisione del piano", la tecnica della tassellazione utilizzata ampiamente in seguito per molte delle sue composizioni. Fu probabilmente durante tale viaggio che Escher realizzò le implicazioni matematiche e geometriche delle sue rappresentazioni, sebbene si sarebbe dedicato a tali studi solo successivamente, a partire dalla metà degli anni Trenta, una volta lasciato il suolo italiano.

La decisione di trasferirsi in Svizzera maturò nel clima politico oppressivo del regime fascista, particolarmente sentito dagli stranieri, che gli rese davvero insopportabile continuare a vivere nel "bel paese". Escher racconterà successivamente nei suoi libri di aver deciso di lasciare Roma una mattina del 1935, quando vide rincasare il figlio George con indosso la divisa dei giovani Balilla (Escher e Vermeulen, 1989). Ponendoci in un'ottica sistemica, la connotazione politica di tale scelta è importante in quanto, come ricordò Pasquini in un articolo de *La Repubblica* il 24/02/05, "il fascismo non agì su Escher come fonte d'ispirazione, bensì come un fetido odore che si propaga lentamente e finisce per tenerti alla larga" ed incise profondamente sulla scelta dei soggetti da parte dell'artista: Escher infatti abbandonerà il suo stile naturalistico per approfondire il suo interesse per l'introspezione, dando alle sue opere una connotazione sempre più "psicologica" (Pasquini, 2005).

Con la decisione di lasciare la capitale italiana in favore di un paese più "libero" termineranno gli studi naturalistici e paesaggistici; con le sue creazioni Escher non inviterà più ad un viaggio nello spazio fisico quanto un viaggio esplorativo all'interno della mente umana ed il suo contatto con la realtà: compaiono i temi quali le

speculazioni percettive, le deformazioni e l'autoreferenzialità.

Tale mutamento nell'arte avrà effetti sorprendenti non solo sulle opere ma anche su tutta la vita dell'artista e della sua famiglia, come rievocato infatti dal figlio George nel saggio "M.C. Escher al lavoro" (Escher, 1986) le stampe del padre furono raramente argomenti di discussione durante la permanenza a Roma e in Svizzera, in quanto i soggetti fino a quel momento utilizzati raramente erano in grado di colpire abbastanza l'immaginazione del ragazzo; al contrario le opere successive non solo riscosero la sua attenzione, ma furono occasione di dialogo con la famiglia, attraverso la spiegazione dell'intento e degli effetti ottici utilizzati per raggiungerlo. Il figlio ricorda che "il suo lavoro somigliava sempre più a una lotta, ma esprimeva un entusiasmo diverso da prima, un desiderio di comunicare, di usarci come cassa di risonanza per parlare di problemi che lui stesso capiva a malapena. Col passare del tempo, mi sono abituato alle idee più strane; anche se l'esecuzione materiale di una stampa non ha mai smesso di affascinarmi, era il contenuto intellettuale di una nuova opera che, da quel momento, produsse in me l'impressione più forte" (Escher, 1986, p. 1).

Le sue opere acquisteranno negli anni una valenza sempre più psicologica, frutto di lunghe riflessioni interiori anziché studi sulla tecnica. Lo stesso artista, nell'introduzione a "Grafica e Disegni" (Escher, 2003), descrive la forte differenza di impulsi che muoveva la sua grafica prima e dopo il 1936 distaccando dal primo "periodo tecnico", in cui la padronanza grafica era il suo unico scopo, le sue opere successive, in cui il metodo era piegato alla necessità di comunicare attraverso il tratto "idee del tutto estranee all'arte grafica", non semplici pensieri bensì "immagini mentali" possibili da comprendere solo una volta tradotte in immagini. Parlando di "immagini mentali" Escher le distingue fortemente dalle immagini visive: quest'ultime, per quanti sforzi possano essere fatti, non raggiungeranno mai la perfezione che "tormenta l'anima", la perfezione dell'occhio interiore (Escher, 2003).

Il processo creativo dell'artista era quindi caratterizzato da una forte tensione, crescente con il numero di tentativi di "plasmare il mio bel sogno nella forma imperfetta di un progetto

dettagliato" seguita dal senso di sollievo dato dall'esecuzione della stampa "durante la quale l'anima può riposarsi mentre le mani svolgono il loro compito" (Escher, 2003). Questo rapporto emotivo fra Escher e le proprie creazioni investiva l'intero sistema familiare dell'artista determinando lo stile relazionale del capofamiglia che poteva parlare concitatamente durante la colazione di un'idea apparsagli con limpidezza e chiarezza per poi, successivamente, una volta superato l'entusiasmo iniziale, passare settimane in cui il suo umore poteva passare dall'astrazione irritata, ai momenti di confronto con la famiglia sui piccoli problemi riscontrati, fino al totale isolamento nel proprio studio, a cui era proibito accedere alla famiglia, al punto da sprangare la porta nelle ore notturne. Sempre il figlio George ricorda "l'atmosfera di attesa della casa si rasserenava: la porta dello studio si apriva ed eravamo invitati ad ammirare il nuovo disegno, ancora sulla carta; veniva discusso, spiegato e talvolta portato nel lungo soggiorno per poterlo guardare di sera. Nelle settimane successive si poteva percepire il piacere, la rilassatezza che accompagnavano l'esecuzione della stampa, quando l'uso della mano e dell'occhio si sostituiva alla concentrazione mentale. Dallo studio proveniva un fischiottio allegro, che accompagnava i rumori rituali dell'incisione del legno e della stampa. Le nostre attività in casa si svolgevano sullo sfondo del fruscio ritmico della carta vetrata fine che levigava il legno di pero, del suono lacerante delle sgorbie, del sibilo del rullo per inchiostrare o dell'odore greve dell'inchiostro da stampa. La conclusione del ciclo, quando ultimava la prima stampa, dava a mio padre una gioia mista a tristezza. Era emozionante e gratificante sollevare per la prima volta la carta dal blocco di legno inchiostrato, vedere la stampa finita, fresca e immacolata, apparire gradualmente ai bordi della carta che veniva cautamente sollevata. Ma mio padre provava sempre una sensazione di disappunto per non essere riuscito a rendere adeguatamente i propri pensieri: dopo tanti sforzi, quanto distava quel risultato dall'idea originale, così limpida nella sua ingannevole semplicità!" (Escher, 1986; pp. 1-2).

Sebbene sia innegabile che i temi, gli interessi e le opere dell'artista siano mutati lasciando il suolo italiano, non è tuttavia possibile considerare la "fuga" dalla penisola come un

momento di rottura, una singolarità che divide la produzione artistica dell'autore in due temi distinti, come afferma Bussagli, non è possibile distinguere nettamente un Escher naturalista pre 1935 ed un Escher introspettivo e psicologico post 1935 (Bussagli, Giudiceandrea e Grasselli, 2013).

Sebbene una nuova visita spagnola segni il nuovo percorso stilistico, non è possibile parlare di un'illuminazione sulla via di Alhambra; infatti, la nuova via intrapresa dall'artista, che d'ora in poi si concentrerà principalmente nella realizzazione di un corpus significativo di straordinari giochi ottici, prospettive invertite e paesaggi illusionistici, appare in continuità con i suoi primi studi già abbozzati prima dell'arrivo in Italia. Un esempio ci è dato dall'opera *Chiesa di San Bavone ad Haarlem* (1920; purtroppo non in mostra) in cui il protagonista è il lampadario e, soprattutto, la sfera di metallo che ne costituisce il corpo, in cui si riflette tutto il pavimento della navata.

Elementi di continuità importante da cogliere per entrare in contatto diretto con le invenzioni di Escher sono l'osservazione dei primi piani, delle linee e dei reticoli e i torni granulosi delle xilografie, elementi già colti da Locher (2000), Direttore del Dipartimento di Arte Moderna al Gemeentemuseum dell'Aia, accostando i particolari dei tetti di *Palizzi* e *Morano* (1930) con i cubi, le scale ed i piani ortogonali che movimentano opere come *Sviluppo I* e *Ciclo* (1938).

Ad identificare il cambiamento geografico e sociale come motore della sua innovazione sarà comunque l'artista stesso, dichiarando successivamente: "in Svizzera e in Belgio ho trovato molto meno interessanti sia i paesaggi che l'architettura rispetto a ciò che avevo visto nel Sud Italia. Mi sono così sentito spinto ad allontanarmi sempre di più dall'illustrazione più o meno diretta e realistica della realtà circostante. Non vi è dubbio che queste particolari circostanze sono state responsabili di aver portato alla luce le mie visioni interiori" (Escher e Vermeulen, 1989).

Fra le opere di questo periodo esposte, la prima ad attirare l'attenzione del pubblico è certamente la famosissima *Mano con Sfera Riflettente* (1935), una fra le più famose e significative. Più volte Escher utilizzerà le sfere riflettenti nel corso della sua carriera artistica proprio per la loro

capacità di rappresentare sulla loro piccola superficie l'intera realtà circostante, in cui il riflesso dell'artista al centro simboleggia l'egocentrismo e l'autoreferenzialità dello spettatore: il Sé dell'individuo è il centro del proprio mondo, ma si tratta di un mondo distorto dalla superficie della sfera, un mondo soggettivo dipendente dal proprio punto di vista e tanto personale e limitato da poter essere contenuto in mano.

Al contempo tali opere celano in sé il tema dell'introspezione e dell'evoluzione stessa dell'artista, il quale, in un passaggio particolarmente allegorico della propria autobiografia scriverà: "Molto tempo fa, durante uno dei miei vagabondaggi mi capitò di trovarmi in questo campo; vidi un alto muro e poiché avevo il presentimento di trovare qualcosa di enigmatico e di sconosciuto, lo scavalcai faticosamente. Dall'altra parte c'era un deserto che attraversai con gran fatica fino a quando seguendo un complicato percorso, mi trovai su una soglia: davanti a me si spalancavano le porte della matematica. Da qui si dipartivano in diverse direzioni molti sentieri ben tracciati e da allora mi soffermo spesso in questo luogo. Talvolta mi pare di aver perlustrato l'intera zona, di averne percorso ogni sentiero e ammirato ogni veduta; poi improvvisamente scopro un sentiero ancora inesplorato e assaporo nuove delizie" (Escher e Vermeulen, 1989).

Dopo il 1935 Escher cercherà di esprimere idee e sentimenti difficili da catturare appieno con le parole. Le sue stampe andranno a rappresentare l'ambiguità del simbolo nella quale gli esseri umani si imbattono osservando e cercando di capire il mondo. Tuttavia l'intento dell'artista nel rappresentare più piani di realtà talvolta in contrasto fra loro, disvelando l'esistenza di opposte verità, sottolineando l'aspetto dualista del nostro mondo, fatto di mente e corpo, realtà e finzione, bene e male, vita e morte, non è quello di stupire o sconvolgere, quanto di testimoniare l'esistenza di un ordine nel mondo in cui viviamo e di cui facciamo parte pur non sapendone nulla, di svelare i limiti e le ambiguità delle nostre capacità percettive. Escher spiegherà a tal proposito nei suoi scritti che noi osservatori non vediamo lo spazio vero e proprio che ci circonda, bensì possiamo vedere soltanto i sentieri, i segni (Escher, 1986). Al contempo l'artista ammette anche un piacere ludico nel

mescolare bidimensionalità e tridimensionalità, superfici piane e spazi, divertendosi con la gravità, e altrettanto piacere nell'osservare come il suo pubblico gradisse tale tipo di "giocosità, senza paura di cambiare opinione su realtà solide come rocce" (Escher, 1986).

Come infatti osserva Douglas R. Hofstadter (1980) nel saggio sull'intelligenza artificiale, *Gödel, Escher, Bach*, il genio di Escher consiste nella sua capacità di escogitare e allo stesso tempo realizzare figurativamente dozzine di mondi semireali e semimmaginari nei quali sembra invitare i suoi spettatori a entrare.

Questa appassionata ricerca attraverso le crepe della percezione umana è testimoniata da opere come *Salita e discesa* (1960) e *Cascata* (1961), la celebre stampa del mulino la cui acqua si autoalimenta in un'illusione ottica perfetta dal punto di vista formale e totalmente illogica per gli effetti che scaturisce; o *Mani che si disegnano* (1948), un'opera di un'estrema semplicità ma di forte impatto per la sua valenza simbolica, in cui ritroviamo il tema dell'autoreferenzialità, coinvolgendo concetti come la realtà e la sua riproducibilità autoalimentata, l'arte fine a se stessa.

Nella litografia *Concavo e convesso* (1955), invece, l'intreccio di scale e piani forma due mondi separati ma sovrapponibili in cui l'osservatore viene disorientato, perdendo il punto di riferimento unico ed imparando a considerare pavimenti e soffitti in relazione ai soggetti che li agiscono. Altri esempi celebri sono dati da opere come *Altro mondo* (1947), *Su e giù* (1947) o il famosissimo *Relatività* (1953).

Le opere dell'autore si collocano perfettamente nel quadro generale di inizio Novecento, assieme alla formulazione della teoria della relatività, allo sviluppo della psicanalisi, allo scontro tra opposte "religioni politiche" e nascono spesso su stimolo di articoli scientifici, o di discussioni con fisici e matematici. Il suo interesse per la scienza non stupisce certo, soprattutto alla luce dell'ambiente familiare in cui era cresciuto respirando fin da piccolo aria di scienza grazie al padre ed ai tre fratelli specializzati in materie scientifiche, e nel corso della sua vita parteciperà a diversi eventi scientifici, ribadendo il suo interesse per la scienza ed il suo augurio di incontro fra arte e scienza attraverso la frontiera che separa i rispettivi campi d'indagine.

Un altro tema affrontato dall'artista è quello dell'infinito, mai realmente sperimentato dall'uomo e solo immaginato, concetto fondamentale del pensiero ma che sfugge alla comprensione umana. Escher cercò di rappresentarlo per immagini attraverso la divisione regolare del piano e la ripetizione, teoricamente infinita, di elementi periodici che potesse superare la staticità priva di tempo della rappresentazione bidimensionale, come spiegato dallo stesso artista nel saggio "L'approccio all'infinito" (1959).

Le unità grafiche utilizzate acquistano quindi una duplice valenza: da un lato sono necessari punti fissi senza cui non potrebbe esistere l'illusione del movimento, dall'altro rappresentano le unità temporali in cui il movimento si contestualizza, superando il confine della superficie bidimensionale ed abbattendo l'immobilità. Un esempio in tal senso è dato dall'opera *Serpenti* (1969) in cui la ripetizione concentrica di cerchi sempre più piccoli rompe la simmetria diedrale del triangolo equilatero avente per vertici le teste dei tre serpenti, in un'opera circolare che dà l'impressione di non aver una conclusione e ripetersi concentricamente all'infinito.

La "mania", come più tardi lo stesso artista la definirà, per la divisione del piano ha origini lontane nella vita di Escher: da ragazzino infatti si divertiva a sistemare fettine di formaggio sulla sua grande fetta di pane imburrito in modo da ricoprirla totalmente. Allo stesso modo amava giocare con la mente partendo da due concetti arbitrari e apparentemente lontani fra loro come significato, cercandone poi un collegamento logico, da tale piacere intellettuale nasceranno i suoi disegni complementari, fatti di strane connessioni (Escher, 1986).

La ripetizione periodica di figure congruenti sul foglio da disegno, forme chiuse e confinanti che si definiscono reciprocamente riempiendo il piano in ogni direzione fino a dove lo si desidera, assieme alla divisione regolare del piano, era per Escher un mezzo per catturare l'infinito imprigionandolo in una composizione chiusa: egli non tollerava di troncare brutalmente la ripetizione, teoricamente infinita, dei motivi periodici (Escher, 1959).

In tale processo la distribuzione del colore nei disegni periodici è l'elemento che facilita l'individuazione delle singole figure, all'interno di una Gestalt in cui ognuna delle quali svolge

alternativamente il ruolo di figura e di sfondo, alcuni esempi sono dati da *Uccelli/pesci* (1941), *Biglietto di auguri per il 1954* (1952) e *Divisione regolare del piano I-VI* (1957).

I soggetti ritratti acquistano una propria vita partendo dalla divisione del piano, acquistando volume e personalità. Escher racconta che disegnando si sentiva quasi come un medium controllato dalle creature che stava evocando: erano loro a scegliere le forme in cui apparire senza curarsi della sua opinione critica, libere da qualsivoglia influenza, creature "difficilissime e ostinate". Come scritto dall'artista stesso: "la macchia piatta mi irrita, come se stessi maltrattando i miei soggetti: 'Sei troppo finto, per me; te ne stai lì immobile e saldamente incastrato; fa' qualcosa, vieni fuori, mostrami di che cosa sei capace!'. Così, li faccio saltar fuori dal piano. Ma lo fanno davvero? Al contrario, è chiaro che sto barando, che suggerisco la plasticità sul piano usando luci e ombre... I miei oggetti, resi vivi in modo fittizio, possono ora proseguire per la loro strada come esseri plastici autonomi. Per esempio, se lo volessero, potrebbero anche tornare nel piano dal quale sono emersi e sparire nel loro luogo di origine. Un tale ciclo diventa allora un soggetto autosufficiente per una stampa. Se il riempimento del piano, che era stato il punto di partenza, consiste nella replica di due figure diverse per forma e per carattere, allora esse sono in grado di esprimere il loro eventuale antagonismo aggressivo distruggendosi a vicenda; o, se si preferisce una soluzione più pacifica, possono riconciliarsi in un abbraccio fraterno" (Escher, 1959).

Nascono così opere come *Ciclo* (1938), in cui la sequenza di un omino che scende dalle scale si va a confondere in un incastro di cubi trasmutati, *Specchio magico* (1946), *Rettili* (1943), in cui il disegno di una lucertola/cocodrillo prende vita per fare un giro attorno al foglio, interagendo con l'ambiente, prima di tornare ad essere bidimensionale all'interno del taccuino dell'artista, *Predestinazione* (1951), in cui la tassellatura uccello/pesce narra l'assalto del pesce alla gola del povero uccello, rappresentando un mirabile esempio di come il ciclo possa costruirsi ed intrecciarsi seguendo le differenti forme e figure.

Nelle opere di Escher l'ambiguità visiva diventa ambiguità di significato, rendendo

intercambiabili i concetti di positivo e negativo, di corretto e scorretto, di bianco e nero, fino a trovare uno sfogo nella vera e propria transmutazione delle forme, come nelle sue "metamorfosi": ad esempio un piccolo paese della costa amalfitana, Atrani, è l'incipit di una trasformazione in cui le case sul mare, perdendo gradualmente le proprie caratteristiche per assumerne di nuove, diventano prima scatole, poi cubi, esagoni ed infine ragazzini cinesi (*Metamorfosi I*, 1937).

L'esposizione romana termina concettualmente con opere che, come *Metamorfosi II* (1940), possono considerarsi riassuntive del percorso dell'artista, contenendo al suo interno le costruzioni architettoniche degli anni romani, figure naturalistiche e geometriche, le tassellature, l'uso del colore e delle Gestalt, all'interno di costruzioni finite, perfettamente compiute dove, a partire dal simbolo della scrittura, attraverso i vari passaggi, un puzzle di figure completamente incastrate si trasforma in qualcosa di completamente diverso, per poi tornare al simbolo: la parola "metamorphose".

In conclusione, l'esposizione ci ricorda il rapporto sistemico di reciprocità fra l'artista e l'ambiente in cui è immerso, non solo per le influenze stilistiche su di esso esercitate nei contenuti, attraverso l'architettura, la matematica o la psicoanalisi, ma anche per la capacità di Escher di entrare con la sua arte nella vita comune, trasformandosi in scatole da regalo, in francobolli e biglietti d'auguri, passando per il mondo del fumetto e le copertine dei long-playing, i dischi 33 giri incisi dalle icone della musica pop dell'epoca.

Ad Escher va il grande merito di aver tradotto in un linguaggio visivo di grande impatto idee e concetti altamente complicati e densi di quella scienza che oggi chiamiamo "Psicologia".

Riferimenti Bibliografici

- Bussagli, M., Giudiceandrea, F., e Grasselli, L. (2013). *L'enigma Escher. Paradossi grafici fra arte e geometria*. Skira, Fondazione Palazzo Magnani.
- Escher, M.C. (1959). *Regelmatige Vlakverdeling*. Utrecht: De Roos.
- Escher, M.C. (1986). *Escher on Escher: Exploring the Infinite*, trad. Karin Ford. New York: Harry N. Abrams, Inc., 1986, 67.
- Escher, M.C. (2003). *Grafica e disegni*. Roma: Gruppo ed. L'Espresso.

- Escher, M.C., e Vermeulen, J.W. (1989). *Escher on Escher: exploring the infinite*. New York: Harry N. Abrams.
- Hofstadter, D.R. (1980). *Godel, Escher, Bach. Les brins d'une guirlande éternelle*.
- Locher, J.L. (2000). *The Magic Vision of Escher*, tr. it. Koln (2003), *Le magiche visioni di Escher*, New York, 38-39.
- Pasquini, D. (2005). *Escher*, La Repubblica - quotidiano del 24/02/05.

Sitografia

<http://chiostrodelbramante.it/info/escher> - Ultima visualizzazione del 17/03/2015
Website consultato in data 24/08/2015

MEDITAZIONE E ACCETTAZIONE: UNA PANORAMICA SULLA MINDFULNESS

di Vincenzo Santagata

Dottore in Psicologia, Tirocinante Scuola di Psicoterapia Comparata

“L'amore verso se stessi è l'inizio di una storia d'amore che dura una vita”

Oscar Wilde

Nella mindfulness (consapevolezza) l'attenzione della relazione è principalmente rivolta verso se stessi i cui fattori terapeutici, secondo il modello cognitivo clinico, sono l'autoregolazione dell'attenzione, la consapevolezza accettante o accettazione del momento attuale del funzionamento della mente e di se stessi.

La naturale collocazione del modello cognitivo nella mindfulness e l'applicazione clinica nei disturbi emotivi è confermata dalla sua rapida diffusione nella comunità degli psicoterapeuti ad orientamento cognitivo-comportamentale. Attualmente la pratica della mindfulness è utilizzata per risolvere problemi generati dallo stress, per curare l'ansia, la depressione e molti altri disturbi emotivi come ad esempio nel Disturbo da Stress Post-Traumatico (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR; Kabat-Zinn, 1990) (Didonna, 2012).

Il modello cognitivo-comportamentale dei disturbi emotivi (Modello cognitivo comportamentale di Beck, 1976) afferma che, le emozioni e i comportamenti delle persone vengono influenzati dalla percezione che esse hanno degli eventi. Non è quindi una data situazione a determinare di per sé ciò che le persone provano ma da come interpretano una certa situazione.

Nella psicologia clinica le descrizioni della mindfulness sono mutate dalle

concettualizzazioni tradizionali del buddismo: la tradizione *theravade* e *mahayana*. Nella tradizione *theravade* vengono contemplati due tipi di meditazioni: la pratica *samatha*, per sviluppare la concentrazione, e la pratica *vipassana*, per sviluppare la consapevolezza e la comprensione della natura della mente.

La mindfulness si riferisce proprio alla meditazione *vipassana* e consiste nel prestare attenzione intenzionalmente al momento presente, alla nostra esperienza così com'è e non come crediamo o desideriamo.

Jon Kabat-Zinn, fondatore dell'uso clinico della mindfulness, considera proprio la mindfulness come “il processo di prestare attenzione in modo particolare: intenzionalmente, in maniera non giudicante, allo scorrere dell'esperienza nel presente momento dopo momento” (Kabat-Zinn, 1994), consapevolezza che emerge dal porre attenzione al momento presente sospendendo il giudizio (Kabat-Zinn, 2003).

La consapevolezza meditativa è un processo di apprendimento nuovo che viene coltivato, con impegno e autodisciplina, attraverso specifici atteggiamenti definiti come i *sette pilastri*, quali il non giudizio, la pazienza, mente del principiante, fiducia, non cercare i risultati, accettazione, lasciare andare.

Il *non giudizio* consiste nell'assumere un atteggiamento di testimone imparziale dell'esperienza che stiamo vivendo. Quando si presenta un giudizio basta osservarlo senza

reprimerlo né valutarlo sbagliato, per poi ritornare all'attenzione consapevole del respiro.

La *pazienza* è definita da Kabat-Zinn come una forma di saggezza e nasce dalla comprensione e accettazione che le cose hanno un loro naturale tempo di maturazione. La pazienza ci aiuta, quando la mente è agitata e i pensieri sopraffanno la percezione del momento presente, ad accettare l'esperienza del momento presente sapendo che le cose maturano con il loro tempo.

Nella pratica Zen, la *mente del principiante* è una mente disposta a guardare ogni cosa come se la vedesse per la prima volta. La *mente del principiante* consente di lasciare cadere ogni aspettativa basata su esperienze precedenti e permette di restare ricettivi a nuove possibilità. Kabat-Zinn ci ricorda che ciascun momento è unico e contiene possibilità uniche.

Praticando la consapevolezza, l'atteggiamento di *fiducia* nelle proprie sensazioni e intuizioni ci consente di raggiungere un'assunzione di responsabilità ad essere se stessi ed imparare ad ascoltarsi.

Kabat-Zinn ci invita, nel praticare la meditazione, a *non cercare i risultati* e di focalizzare l'attenzione sul vedere e accettare le cose così come sono, momento per momento. La meditazione è il non fare, il suo scopo è proprio non avere scopi. È un atteggiamento difficile e per certi versi può sembrare paradossale perché quello che facciamo lo facciamo per ottenere uno scopo. Nella meditazione avere un obiettivo da raggiungere può rappresentare un ostacolo all'espressione di noi stessi perché concentrati a confrontare il momento presente, *qui e ora* con il momento ideale. Mantenere l'attenzione focalizzata sul presente ci permette di comprendere il carattere mutevole di ogni evento ed esperienza. Comprendere l'impermanenza ci consente di accettare il nostro presente per come è, a evitare ansiose proiezioni sul futuro senza lasciare che il passato possa condizionare la nostra vita con giudizi positivi o negativi.

Accettazione non significa assumere un atteggiamento passivo, ma una disponibilità a vedere le cose come sono e *lasciare andare* cercando di coltivare il non attaccamento e portare alla nostra consapevolezza le cose, sia che esse siano positive o negative ed accoglierli

amorevolmente senza giudicare per poi lasciare andare.

I sette pilastri rappresentano quindi lo spirito e l'atteggiamento per entrare nella pratica della meditazione mediante tecniche come la meditazione seduta, la scansione del corpo (o body scan), l'Haga Yoga e la meditazione camminata.

In tutti gli esercizi previsti nella pratica della mindfulness i partecipanti sono invitati a concentrare l'attenzione sul respiro e vedere che cosa succede. L'attenzione sulla respirazione consiste nel non pensare al respiro ma solo ad osservare per esempio l'aria che entra ed esce dalle narici facendo attenzione alla sensazione prodotta dall'inspirazione e dall'espirazione. L'attenzione può essere concentrata anche in altri punti del corpo, come il petto, osservando il movimento di espansione o contrazione al passaggio dell'aria; un altro ancora può essere la pancia che quando è rilassata si solleva inspirando e si abbassa espirando. Nella pratica clinica di solito viene scelto di osservare il respiro nella pancia piuttosto che nelle narici o nel petto, poiché il solo fatto di osservare il respiro nella pancia genera un effetto calmante. In questo modo, portiamo la consapevolezza sul respiro che ci aiuta a calmare il corpo e la mente e ad osservare i nostri pensieri e sentimenti con distacco e con maggiore capacità discriminante. Particolarmente utile è la respirazione diaframmatica che comporta il rilassamento dei muscoli addominali e il coinvolgimento del diaframma che si tende e si abbassa durante le fasi di inspirazione e espirazione.

La tecnica della *meditazione seduta* consiste nello stare seduti di solito su una sedia o sul pavimento. Se decidiamo di stare seduti sul pavimento la posizione "birmana" è la più indicata: le gambe sono incrociate con un tallone vicino all'inguine e la seconda gamba ripiegata davanti alla prima. Scelta la posizione, l'attenzione è rivolta al respiro lo osserviamo mentre entra ed esce. Può sembrare facile, in realtà dopo qualche minuto la mente si agita e il corpo diventa irrequieto ed è a quel punto che dobbiamo accogliere senza giudicare le sensazioni di disagio, osservare il respiro mentre entra ed esce. I pensieri concorrono insieme alle sensazioni di disagio fisico a distrarre la nostra attenzione dal respiro durante la meditazione e mentre ci concentriamo sulla respirazione

constatiamo che non siamo i nostri pensieri e la mente, meno identificata con il contenuto dei pensieri, aumenta la sua capacità di concentrazione e di calma. Man mano che la concentrazione aumenta, oltre al respiro sono coinvolte le sensazioni del corpo nel suo insieme, i suoni e il processo del pensiero stesso. Possiamo così ritrovare l'esperienza della nostra integrità e l'equilibrio della mente e del corpo.

La *scansione del corpo* è una tecnica che ci invita a riprendere contatto con il corpo riportandoci nella modalità dell'essere, una condizione caratterizzata dall'esperienza presente e dal permettere che le cose siano quelle che sono. Si esegue stando sdraiati sulla schiena cercando di concentrare l'attenzione sulle varie parti del corpo a cominciare dalle dita del piede sinistro per poi risalire lentamente il piede e la gamba facendo attenzione a tutte le sensazioni che proviamo.

Kabat-Zinn ancora una volta ci invita ad accostarci all'esplorazione del corpo con la mente del principiante come se ogni volta incontrassimo il nostro corpo per la prima volta. L'*Hata Yoga* insieme alla meditazione seduta e la scansione del corpo è una forma di meditazione strutturata e rappresenta un ulteriore metodo per conoscersi più profondamente. Le tecniche dello Yoga che vengono consigliate sono semplici e praticabili da tutti e non hanno come unico scopo produrre rilassamento, forza e flessibilità, ma rappresentano un metodo per arrivare a conoscere noi stessi più profondamente.

La *meditazione camminata* consiste nel camminare consapevolmente provando a sentire il contatto dei piedi con il terreno, le gambe che si muovono o tutto il corpo che cammina. È possibile includere alle sensazioni prodotte dal camminare anche la consapevolezza del respiro.

Nella letteratura scientifica gli approcci alla *mindfulness based* sono:

1. la Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR; Kabat-Zinn, 1990) un corso utilizzato nell'ambito della salute fisica e mentale.
2. la Dialectical Behavior Therapy (DBT; Linehan, 1993) generalmente è utilizzata per la regolazione degli affetti ed è diventato negli ultimi tempi uno dei principali trattamenti per il disturbo borderline di personalità.

3. la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT; Segal, Williams e Teasdale, 2002), insieme ad alcune tecniche della terapia cognitiva, è efficace per prevenire le ricadute nel trattamento della depressione.
4. la Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hays, Strosahl, e Wilson, 1999; Hayes e Strosahl, 2004) ha lo scopo di aiutare ad accettare invece di controllare le sensazioni e le situazioni spiacevoli.

Sebbene esistano varie forme di meditazione e poche ricerche hanno cercato di distinguere le tecniche di rilassamento dalle tecniche di *mindfulness* (Jain, 2007), la meditazione e i quattro approcci alla *mindfulness based* ci consentono di osservare e di dedicare le nostre energie ad essere presenti, consapevoli e attenti alla nostra esperienza momento per momento al fine di approfondire la nostre naturali capacità di concentrazione e rilassamento

Nell'ambito della psicoterapia cognitivo-comportamentale, la principale peculiarità della *mindfulness* è di ridurre il comportamento di evitamento e aumentare il repertorio comportamentale senza necessariamente estinguere le risposte interne (pensieri, emozioni e sensazioni fisiologiche sgradevoli), bensì accettarle per quelle che sono senza lottarvi contro. La consapevolezza di ciò che appare alla mente e la disidentificazione dai "contenuti mentali" disfunzionali hanno una funzione potenzialmente terapeutica. Pertanto, mentre la psicologia cognitiva mira ad ottenere un cambiamento dell'atteggiamento e del comportamento disadattivo attraverso la modifica dei pensieri disfunzionali, l'approccio *mindfulness* evita di focalizzarsi sul contenuto dei pensieri, perché questi possono solo contribuire al peggioramento o al mantenimento delle sintomatologia (Bullì e Melli, 2010).

Molte ricerche sulla *mindfulness* hanno considerato le tecniche di *mindfulness* e verificato i loro meccanismi di azione all'interno di un'unica variabile moderatrice senza analizzare tale variabile come mediatore di cambiamento e spesso, in tal senso, le tecniche di *mindfulness* non sono supportate da criteri di valutazione più rigorosi (Bishop, 2002).

Inoltre, anche se allo stato attuale esistono un numero limitato di ricerche che analizzano i fattori di personalità come indice predittivo degli esiti dei trattamenti di Mindfulness, i fattori di personalità possono avere un ruolo importante nella comprensione di quali pazienti possono trarre beneficio da questo approccio terapeutico (Didonna, 2012).

Come suggerisce Didonna (2012), la Mindfulness è una pratica che ha conquistato una notevole considerazione nell'ambito della ricerca psicologica; tuttavia, è importante essere cauti nella sua applicazione e non aspettarsi un intervento in grado di curare tutto.

Riferimenti Bibliografici

Bishop, S.R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*.
Bulli, F., e Melli, G. (2010). *Mindfulness e Acceptance in psicoterapia*. Firenze: Eclipsi.

Didonna, F. (2012). *Manuale clinico di mindfulness*. Milano: FrancoAngeli.

Jain, S., Shapiro, S.L., Swanick, S., Roesch, S.C., Mills, P.J., Bell, I., e Schwartz, G.E.E.(2007). A Randomized Controlled Trial of Mindfulness Meditation Versus Relaxation Training: Effects on Distress, Positive States of Mind, Rumination, and Distraction. *Annals of behavioral medicine*.

Kabat-Zinn, J. (2015). *Vivere momento per momento. Sconfiggere lo stress, il dolore, l'ansia e la malattia con la saggezza di corpo e mente*. Milano: Tea Pratica.

Montano, A. (2007). *Mindfulness. Guida alla meditazione di consapevolezza. Una terapia per tutti*. Salerno: Ecomind.

Rainone, A. (2012). La Mindfulness. Il non fare, l'accettare e il fare consapevole. *Cognitivismo clinico*, 9, 2, 135-150.

Website consultato in data 24/08/2015

PERCHÉ UN BAMBINO STA MALE? UNA PROSPETTIVA PSICOANALITICA

di Benedetta Pazzagli

Insegnante e Psicologa Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Comparata

Di recente, ho partecipato ad un interessante ciclo di sei incontri, da ottobre a dicembre 2015, dal titolo “Perché un bambino sta male? Le ragioni oscure del disagio infantile”. Il corso era organizzato da Gianburrasca Onlus Milano, centro di cura del disagio infantile e sostegno alla famiglia, e rivolto a medici, psicologi, insegnanti, educatori e tutti coloro che sono impegnati nella relazione con bambini e adolescenti.

La prospettiva teorica che ha guidato gli incontri del gruppo di relatori - Fabio Tognazzi, Roberto Pin, Federica Pelligra, Giada Mercato, Concetta Elena Ferrante - sotto la direzione scientifica del Dott. Umberto Zuccardi Merli, esso stesso relatore, era quella lacaniana. Il corso intendeva offrire una lettura psicoanalitica delle più comuni forme di disagio infantile contemporaneo: iperattività e aggressività, dislessia e disturbi del linguaggio, disturbi dell’attenzione e della concentrazione, fobie scolari, dipendenze da videogiochi, disturbi dell’alimentazione.

Abbiamo parlato soprattutto di bambini con disturbi di iperattività.

Come insegnante e come psicologa mi sono riconosciuta in molte delle situazioni cliniche portate dai colleghi e nel paradosso che talora vivo a scuola come insegnante: una scuola che desidera mettere in atto procedure per accogliere i bambini con disagio e che invece talora agisce in modo contrario agli intenti, quando non si accorge che il bambino “parla” attraverso il suo sintomo ed è necessario farsi aiutare a comprendere questo linguaggio,

piuttosto che ricercare una sua pronta “normalizzazione”.

Desidero qui riportare alcune note, tratte dai miei appunti, su quanto emerso nel corso, per offrirle alla riflessione comune. Per ogni approfondimento rimando al Centro Gianburrasca di Milano e al Centro Jonas di Firenze che, sotto la supervisione di Massimo Recalcati, opera oggi anche nella nostra città. Elencherò le riflessioni per punti.

- La psicoanalisi si differenzia dalla psicoterapia, ponendosi al contempo come cura e come rinuncia alla cura: scopo della psicoanalisi non è correggere il sintomo, concepito come deviazione dalla norma, quanto sviluppare la crisi nella sua potenzialità, dal momento che il sintomo è insieme problema e risorsa per il soggetto. Il lavoro dell’analista, quindi, è quello di accogliere il soggetto e il sintomo nella loro particolarità e di provare a leggere insieme il messaggio che esso porta.
- Di fronte alla richiesta, pur legittima, di genitori e insegnanti alle prese con un bambino iperattivo, di suggerire schede ed attività concrete, lo psicanalista si sottrae a questo intervento “ortopedico” di cura: la proposta che la psicoanalisi fa di fronte alla sofferenza è sostituire la correzione del sintomo con l’esperienza del riconoscimento del soggetto.

- I genitori odierni hanno spesso difficoltà ad assumere una posizione educativa e dire “no” ai propri figli. La mancanza di frustrazione è anche mancanza di Desiderio, che proprio sulla mancanza si costruisce. Il ruolo della “Legge” ricoperto dalla “Funzione del Padre” e riconosciuto dalla Madre, va oggi completamente ridisegnato.
- Tre sono le principali angosce dei genitori odierni:
 1. essere amati e riconosciuti dai propri figli (in un ribaltamento di prospettiva rispetto al passato, in cui erano i figli a ricercare amore e riconoscimento dai genitori);
 2. trasmettere ai figli qualcosa dell'ordine del Desiderio (essere testimoni di una passione che alimenta la propria vita);
 3. separarsi dai propri figli riconoscendoli come “altri da sé” e non come oggetti narcisistici o oggetti-scarto.
- Il sociale e il mentale sono sempre in rapporto tra loro; se quaranta anni fa la sintomatologia psichica prevalente nei bambini era l'angoscia e l'inibizione, oggi abbiamo l'iperattività: la difficoltà nella regolazione pulsionale di bambini è in stretto rapporto con l'assenza dell'esperienza del limite e della rinuncia che essi vivono nella società di oggi.
- I problemi del bambino si manifestano spesso nel contesto scolastico perché la Scuola, come il Padre, è il Terzo: introduce la “Legge” e la frustrazione, mette limiti al “godimento” assoluto del bambino, gli presenta il difficile compito dello stare nel gruppo e condividere l'insegnante con i pari. Come è necessario che sia la Madre a riconoscere al Padre la propria funzione, così la famiglia deve riconoscere alla Scuola la sua funzione di Terzo: senza questo riconoscimento, la Scuola non può operare bene.
- L'iperattività slega il bambino dal suo legame con l'altro e ci dice qualcosa della sua difficoltà a stare con l'altro: attraverso il rapporto che questi bambini hanno con gli oggetti - non sanno stare sull'oggetto e passano da un oggetto all'altro - essi ci dicono qualcosa di sé, del loro sentirsi presi e lasciati cadere in continuazione.
- L'iperattività in sé non esiste; esistono i bambini iperattivi, tutti diversi tra loro. Per ciascuno di loro dovremmo domandarci: quale è la sua storia? La separazione dalla Madre è avvenuta? Il Padre ha funzione di “Terzo” tra la madre e il bambino? La Legge, rappresentata dal Padre, è riconosciuta dalla Madre? Quale è il messaggio sotteso al disagio di quel particolare bambino?
- Avere un sintomo per un bambino è come lanciare un appello, perché l'altro lo raccolga:
 - all'insegnante, perché lo noti e lo segnali alla famiglia - senza attribuire colpa ai genitori, ma neppure deresponsabilizzarli - perché i genitori possano approfondirne la natura;
 - alla famiglia, perché si metta in gioco e recuperi ciò che di quel sintomo le appartiene;
 - all'analista, perché possa accogliere la persona che porta quel sintomo, cercando di comprenderne la logica sottesa attraverso una redistribuzione delle responsabilità: restituendo al bambino ciò che gli appartiene, nel lavoro con lui, ai genitori ciò che appartiene loro nel lavoro con loro e agli insegnanti ciò che appartiene loro nel lavoro con la scuola.
- Per affrontare la complessità, sarebbe importante lavorare in équipe: bambino, genitori, psichiatra (quando è necessaria la cura farmacologica), neuropsichiatra, analista, insegnanti di classe, insegnante di sostegno, assistente sociale: questi specialisti spesso ci sono tutti, ma ognuno si occupa del proprio “pezzettino” senza una progettualità

condivisa: il risultato è una “cura schizofrenica” che perde di vista la persona.

- La domanda centrale che il bambino ci rivolge, sottesa ad ogni sintomo, è il proprio “dubbio d’amore”: posso essere anche se non sono come tu mi vuoi? Mi puoi amare così, con la mia stortura? Anche se l’insegnante non è l’analista e non può lavorare con un bambino solo come l’analista, suo compito è interrogarsi su come può costruire una relazione significativa con quel bambino a partire dal suo disagio, senza rifiutarlo o normalizzarlo: l’incontro con “l’oggetto vivo” è sempre complesso e la soluzione non può essere semplice
- Fine del lavoro psicoanalitico è che il soggetto riesca, attraverso una ricostruzione del legame con l’analista a costruire una soluzione soggettiva alla realtà che sia maggiormente adattativa, cioè apprenda a stare nel mondo a partire dal proprio sintomo, poiché esso costituisce, oltre al suo problema, la sua particolare creatività.

Penso che ognuno di noi possa cogliere in queste brevi note qualcosa su cui riflettere. Personalmente, come insegnante e come psicologa, mi sento particolarmente vicina alla lettura che la psicoanalisi dà del fallimento e della stortura: riconoscere e dare valore a ciò che di noi non è “normalizzabile”, a ciò che ci rende diversi dagli altri, anche a ciò che può creare problema, è un modo per recuperare la propria unicità e con essa anche la propria peculiare bellezza.

Master in Psicologia Giuridica

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

- **Completamente aggiornato** -

1 anno - 272 ore - riservato a laureandi e laureati in Psicologia

con possibilità di stage

prossima edizione: gennaio - dicembre 2017



IL PAZIENTE COME PROTAGONISTA DEL CAMBIAMENTO: LA MOTIVAZIONE

di Elisabetta Ferragina

Psicologa Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Comparata

“Come distingue terapeuti e pazienti? Sembrano tutti uguali”

“I pazienti sono quelli che migliorano”

Lester Luborsky

Intraprendere un percorso psicoterapeutico è una scelta né banale né scontata, anche nei casi in cui una persona avverta un forte disagio psichico e/o relazionale, anche quando tutti gli altri con cui intrattiene rapporti significativi spingono in questa direzione, anche quando il disagio è invalidante a livello pratico nella vita di tutti i giorni. Ecco che uno dei fattori fondamentali per intraprendere una psicoterapia e allo stesso tempo uno dei primi fattori di cura è la motivazione di colui che diventa paziente, ovvero soggetto/oggetto di cure da parte dello psicoterapeuta. La motivazione di una richiesta di psicoterapia per se stessi è solitamente l'esito di un lungo percorso di sofferenza e di riflessione su quella sofferenza. Ci saranno stati tentativi di uscirne in svariati modi, anche attraverso cambiamenti di vita importanti per la persona, pensiamo a viaggi, cambiamenti nelle relazioni e nel lavoro, trasferimenti in altri paesi, e così via.

Ad un certo punto la persona stessa o le persone intorno con cui intrattiene relazioni affettive significative sentono di non farcela più a sostenere il malessere, hanno bisogno di aiuto e possono anche essere consapevoli di una partecipazione alla creazione e al mantenimento del malessere stesso. La persona “nello stesso tempo è capace di reagire al pessimismo, al disfattismo: è nata in lei una speranza. Sono tre passi fondamentali: arrivare a chiedere aiuto,

accettare di essere responsabili della propria vita, far crescere dentro di sé una speranza” (Canevaro, 2013; p. 43).

Ciascun membro di una diade terapeutica può essere considerato come un individuo che porta con sé un contesto che completa la potenzialità presente nel suo particolare schema di sé con l'altro. Può sembrare che una particolare configurazione dissociativa-relazionale emerga come una costruzione diadica spontanea, ma in realtà si sviluppa e si manifesta nel corso del tempo modellata dalla storia di ciascun membro e interconnessa alla loro storia condivisa. Ogni condivisione di informazioni emotivamente significative, esplicite e implicite, crea un nuovo contesto nel momento in cui emerge e nuove credenze e significati quando il contesto precedente cambia.

Da uno sguardo alle principali teorie di riferimento sul tema della motivazione passerò a porre l'attenzione su quali possono essere le basi per la nascita e la crescita della motivazione stessa e ciò che può ostacolarla nel processo di sviluppo. Tratterò anche come questo possa condizionare la decisione di intraprendere più tardi nella vita una psicoterapia e l'andamento della terapia nel passare del tempo, a ciò che può aumentare la motivazione e renderla duratura: dallo stabilire degli obiettivi al crearsi di una buona alleanza terapeutica.

Presenterò, infine, alcuni ritratti del desiderio, come fulcro rappresentativo della scintilla che

può far scaturire la motivazione stessa, di tutti noi, come pazienti e come psicoterapeuti.

Che cos'è la motivazione: teorie di sviluppo

Dal vocabolario Treccani: “L'atto del motivare (...) In psicologia, l'insieme dei bisogni, desideri o intenzioni che prendono parte alla determinazione del comportamento e che conferiscono a questo unità e significato”. La motivazione è un processo o stato interiore che almeno in parte rende conto del perché un soggetto intraprenda (o non intraprenda) un'azione finalizzata al raggiungimento di un determinato scopo od obiettivo. Lo stato motivazionale di un soggetto può essere studiato e analizzato secondo livelli di complessità molto diversi fra di loro. Il comportamento, infatti, può essere motivato da spinte di tipo basilare per la sopravvivenza (quali la fame e la sete ad esempio) oppure può essere guidato da concetti e schemi mentali.

La base di diversi comportamenti è sia fisiologica che psicologica poiché sarà il frutto di una concatenazione di motivazioni (Canestrari e Godino, 2007). La teoria freudiana sull'evoluzione dell'attaccamento evidenzia che con l'avanzare dello sviluppo la base della motivazione cambia.

Nel 1954 Maslow, ampliando la teoria pulsionale di Freud, propose un modello di crescita motivazionale a sei fasi (bisogni fisiologici, di sicurezza, di amore e appartenenza, di riconoscimento, realizzazione di sé e trascendenza) nella quale evidenzia che un bisogno non soddisfatto a un livello più basso (non per importanza) concentra l'energia motivazionale a quella fase e non lascia spazio alcuno per i livelli superiori. Nel mondo psicoanalitico contemporaneo, in cui da qualche tempo è in corso la transizione dall'originario modello teorico pulsionale ai modelli relazionali, si è sviluppata una corrente di pensiero che ha al suo centro il concetto di intersoggettività. La vita psichica dell'uomo, secondo la prospettiva dell'intersoggettività, non può essere compresa adeguatamente se non nel suo contesto naturale ed imprescindibile, che è costituito dall'interazione continua fra i mondi esperienziali di più soggetti. Ciò implica che ogni esperienza soggettiva può essere compresa

adeguatamente solo tenendo conto del contesto interpersonale da cui emerge e a cui si riferisce (Liotti, 2012; p. 45).

La prospettiva cognitivo evolutivista sottolinea in modo particolare il ruolo fondante, per l'intersoggettività, della comunicazione non verbale che media lo scambio emozionale. Per l'evoluzionismo, la relazione sociale, basata sullo scambio emotivo pre-verbale, è filogeneticamente ed ontologicamente, la precondizione di ogni esperienza cosciente (Liotti, 1994). In base a questa teoria il senso cui tendono i processi mentali, come la motivazione appunto, è da ricercare nell'intersoggettività piuttosto che nelle dinamiche pulsionali delle teorie precedenti.

Nella prospettiva cognitivo evolutivista, tutti i processi motivazionali si sviluppano a partire da valori innati, codificati nelle strutture e nelle funzioni del tronco encefalico e del sistema limbico. Per valore si intende, in questa prospettiva, il valore evolutivista della sopravvivenza e di adattamento della specie. A partire da questi valori prendono forma diversi sistemi motivazionali che derivano sia dal fondamento innato sia dall'interazione della persona con l'ambiente: sistema di attaccamento/accudimento, sistema sessuale, agonistico e collaborativo.

Le esperienze della persona scaturite dall'interazione con l'ambiente producono modalità altamente individualizzate di regolazione del comportamento a partire dalle disposizioni innate universalmente presenti negli esseri umani, ciò evidenzia una co-determinazione del comportamento sia da quanto è innato sia da quanto è appreso. Questi sistemi motivazionali emergenti sono stati definiti Sistemi Motivazionali Interpersonali (SMI). Operazioni successive agli SMI raggiungono la coscienza sotto forma di emozioni e emergono nella coscienza come “conoscenza del sentimento” così definita dal neurologo Damasio (1999). Anche Damasio precisa però che le emozioni emergono dalla relazione e alla relazione rimandano: la coscienza quindi appare come un processo intrinsecamente intersoggettivo.

Gli SMI di due individui che interagiscono sono in intrinseco accoppiamento strutturale (ciò è particolarmente evidente negli animali) e anche se la libertà della coscienza umana mitiga questo

accoppiamento strutturale, non riesce ad annullarlo del tutto. Prima che ci sia possibile scegliere affiorano alle soglie della coscienza le emozioni che segnalano l'innescarsi iniziale del sistema motivazionale, complementare a quello attivo in chi ci interpella. Solo successivamente sarà possibile scegliere di attivare un sistema motivazionale diverso.

La teoria cognitivo-evoluzionista presenta molti punti comuni a una prospettiva psicodinamica proposta da Lichtenberg, Fosshage e Lachman nel 1989, revisionata e ripubblicata nel 2012, ovvero la teoria dei sistemi motivazionali non lineari. I punti comuni alle due teorie sono la suddivisione in diversi sistemi motivazionali, con la differenza che in questa teoria nel sistema dell'attaccamento rientra anche quello collaborativo (che in Liotti era separato), quindi include più aspetti legati alla sicurezza e alle emozioni positive legate alle relazioni di attaccamento ma, come nella prospettiva evoluzionista, è escluso quello dell'accudimento che rappresenta un sistema a sé stante poiché ricerche sul triangolo familiare hanno evidenziato che il bambino già dai primi mesi di vita agisce per includere un genitore che non si trova all'interno della relazione immediata tra lui e l'altro genitore, precedentemente era incluso. Rispetto al sistema motivazionale agonistico che qui viene chiamato esplorativo-assertivo/avversivo entrambi lo prevedono nella loro teoria ma nella teoria dei sistemi non lineari l'avversività è un aspetto sempre presente: a seconda dell'attaccamento un bambino potrà risentirne più o meno e quindi sarà influenzato nel suo comportamento in modo più o meno significativo.

In aggiunta agli altri sistemi motivazionali Lichtenberg e colleghi evidenziano l'importanza del sistema della regolazione psichica dei bisogni fisiologici, ciò di cui parlano in altri termini anche Liotti e Guidano, ovvero il primo e più importante riconoscimento dei bisogni del bambino da parte della figura di attaccamento. Entrambe le teorie ritengono fondamentale l'esperienza intesa come intersoggettività e Lichtenberg e colleghi ribadiscono anche l'importanza delle interazioni verticali, ovvero i sistemi funzionali elementari coinvolti nel far emergere la motivazione ma non solo: percezione, cognizione, memoria, affetti e consapevolezza del processo in atto. Entrambe

le teorie prendono molto in considerazione le scoperte di Damasio per il quale: "Ogni nostro ricordo delle cose, delle proprietà delle cose, delle persone e dei luoghi, degli eventi e delle relazioni, delle abilità, delle regolazioni biologiche... esiste in forma di disposizione (cioè in forma implicita), in attesa di divenire un'immagine esplicita o un'azione. Si noti che le disposizioni non sono parole. Sono registrazioni astratte di potenzialità" (Damasio, 2000; p. 398).

Gli autori della teoria dei sistemi non lineari ritengono, inoltre, di essere passati da una teoria del conflitto centrata sulla pulsione a una teoria dei sistemi motivazionali di regolazione reciproca che mantiene una ricca valutazione del conflitto conscio/inconscio, o del livello implicito e esplicito, come evidenziato anche da Guidano e Liotti nei loro testi. Anche rispetto al concetto di metafora come ponte tra implicito e esplicito, Lichtenberg scrive che "il processo metaforico che agisce sia inconsciamente sia consciamente offre un legame potente tra il livello implicito e esplicito di funzionamento per ciascun membro della coppia terapeutica e nella connessione tra essi" (2012; p. 68). La costruzione di inferenze che permettono il riconoscimento di affetti, intenzioni e obiettivi emergenti sia dell'analista sia dell'analizzando viene aumentata e arricchita dalla mappa determinante dei sistemi motivazionali.

L'aspetto più importante a mio avviso è che ogni sistema motivazionale, in quanto frutto dell'evoluzione, è di per sé finalizzato alla sopravvivenza e all'adattamento all'ambiente; è la potenziale libertà che ci offre la coscienza che, se non completamente sviluppata, può degenerare in comportamenti distruttivi.

Se non rispondiamo a questa chiamata, se le condizioni dell'ambiente e dell'apprendimento o difetti genetici personali ce lo impediscono, allora le normali ed utili emozioni aggressive insite nei sistemi motivazionali possono degenerare in aggressività distruttiva.

Ostacoli alla motivazione: le relazioni, l'attaccamento

Con la crescente complessità delle relazioni sociali e, a livello neuronale, col crescere della

complessità delle reti neurali nel sistema limbico, aumentano anche i segnali scambiati nelle relazioni; ciò comporta il rischio di confondere un segnale con un altro e di conseguenza potrebbe attivarsi un sistema motivazionale inappropriato o alla relazione o al contesto in cui ci si trova in quel momento.

La possibilità di errori nella percezione e valutazione nello scambio di segnali comunicativi non verbali è, secondo l'evoluzionista, una delle condizioni che rendono necessaria la comparsa di un sistema mentale sovraordinato ai vari sistemi motivazionali capaci di mediare l'interazione sociale: la coscienza. La coscienza, in altre parole, evolve con lo scopo primario di permettere la conoscenza della mente dell'altro, che non è direttamente percepibile e che permette la conoscenza della propria mente e l'autoriflessione. Ciò può permetterci di riconoscere i nostri stati mentali, come riconosce anche la psicologia dello sviluppo, la Teoria della Mente (TdM) e la metacognizione hanno come matrice generativa l'attaccamento.

Per teoria della mente si intende l'insieme di capacità e conoscenze che permettono ad un essere umano di attribuire ai propri simili, per inferenza, idee, credenze, sentimenti, desideri e progetti che, invisibili, guidano il comportamento visibile. Il percorso di sviluppo che va dalla semplice percezione di sé con l'altro, alla conoscenza di sé con l'altro mediata dalla TdM, alla piena capacità metacognitiva dell'adulto, è sostanzialmente il percorso di superamento dell'egocentrismo cognitivo descritto originariamente da Jean Piaget negli anni venti del secolo scorso.

Se, come accade drammaticamente nell'autismo precoce, il bambino resta "cieco" alla mente dell'altro, allora sarà cieco anche alla propria. Se ci saranno deficit o difetti nello sviluppo della TdM meno clamorosi che nell'autismo, accadrà che almeno alcuni contenuti che potenzialmente avrebbero potuto acquisire la qualità della coscienza, o che sarebbero potuti divenire, da conoscenze tacite a conoscenze esplicite, resteranno inconsci o non pienamente coscienti. Secondo degli studi effettuati da Cassidy e Shaver nel 1999 e riportati da Liotti, i bambini fra i tre e i quattro anni, che ad un anno di età avevano mostrato un attaccamento sicuro nella strange situation, sviluppano la TdM prima dei

loro coetanei che ad un anno mostravano invece dei pattern di attaccamento disorganizzato. Una precisa situazione interattiva ripetuta, quella che caratterizza l'attaccamento sicuro, permette dunque una più rapida, efficiente e completa capacità di attribuire ad altri una mente, di ipotizzare quali siano i contenuti di questa mente e allo stesso tempo di conoscere la propria. Cosa si intende per attaccamento sicuro?

La più importante e avvalorata teoria dell'attaccamento è la teoria di Bowlby (1982) secondo la quale il bambino, fin dai primi mesi di vita (ma ci sono anche studi più recenti che valutano l'influenza della madre sul bambino e viceversa già durante la gravidanza), è alla ricerca di una base sicura, di un punto di riferimento stabile, da cui partire per esplorare il mondo. Questo punto di riferimento dovrebbe essere capace di dare risposta ai bisogni affettivi del piccolo con sollecitudine e continuità.

Quando ciò avviene si realizza un "attaccamento sicuro". Questo termine sta a significare che il bambino ha interiorizzato un sistema di sicurezza, ovvero sente di poter partire per l'esplorazione dell'ambiente e, quindi, rispondere alle pressioni verso l'autonomia che il suo sviluppo propone e impone, sapendo di poter tornare da chi lo accoglierà. Non è detto che sia un ritorno fisico, potrebbe anche non esserlo; l'aspetto fondamentale è il passaggio da un senso di sicurezza più esterno (nella figura materna) a un senso di sicurezza interno, quel "posto dentro di sé" dove poter tornare per ricaricarsi di fiducia e speranza. Potrebbe anche succedere che il bambino non riesca a sviluppare un attaccamento sicuro e si ritrovi a vivere situazioni differenti: può venire rifiutato dalle figure di attaccamento che non corrispondono ai suoi bisogni, soprattutto psicologici, costantemente o in modo altalenante; da questo avranno origine due diversi tipi di attaccamento, quello evitante e quello ambivalente. La teoria dell'attaccamento postula che persone che hanno percepito e avuto questi tipi di attaccamento alle figure significative nella loro vita saranno influenzati in particolari aspetti di natura motivazionale, quali la curiosità, l'esplorazione dell'ambiente, l'apertura e una buona fiducia in sé.

Nel senso winnicottiano del termine, la madre (come esempio di figura di riferimento significativa) che può riuscire in questo intento è

una “madre sufficientemente buona”, non necessariamente una madre biologica ma una figura che sia devota verso il bambino e i suoi bisogni con un sentimento scevro da risentimenti personali che possano bloccare questa devozione e che si presti come trampolino di lancio verso l'esterno, poiché nel mondo del bambino dei primi mesi di vita, la madre rappresenta il mondo esterno con cui il bambino si relaziona. Chiaramente all'inizio la madre verrà vissuta dal neonato come un prolungamento di sé e con il tempo avverrà una reale differenziazione del sé del bambino da questo rapporto simbiotico ma l'aspetto da focalizzare è che la dipendenza da contesti relazionali persiste anche nella vita adulta. Incontrando una madre non sufficientemente buona, invece, al bambino arrivano richieste premature rispetto alla possibilità di comprenderle, ciò non solo lo fa diventare cieco verso la mente dell'altro, secondo le teorie evoluzioniste di cui ho parlato sopra, ma lo blocca anche nell'esplorazione poiché spaventato da qualcosa che non comprende, si interrompe il processo esplorativo esterno ma anche interno e il bambino può venire assorbito in una spirale poco funzionale, quale quella dell'assecondare i desideri di altri e soprattutto fuggire (mentalmente anche) dai propri. Solo se le richieste del neonato alla madre verranno corrisposte, le varie prove tra richieste e contraddizioni verranno superate, allora il bambino crescendo potrà avere delle convinzioni e delle certezze riguardo a se stesso come oggetto di cui potersi fidare e che non perderà mai o per lo meno potrà avere una buona base da cui partire. Anche la madre a sua volta si trova in una tensione dialettica propria tra il focus sul bambino come altro principale, il focus sulle altre figure di attaccamento e l'interesse verso di sé e, come accade con qualsiasi altro sistema motivazionale, riuscire a portare a termine l'intenzione di prendersi cura implica ricompense di tipo emotivo, mentre la mancanza di successo attiva emozioni negative. Quindi il tipo di attaccamento che abbiamo avuto e che abbiamo percepito è fondante tutta una serie di capacità che svilupperemo nel crescere e nello stare in relazione con gli altri, da questi deriveranno anche i deficit metacognitivi di cui parlano gli evoluzionisti. Queste mancanze possono essere colmate con una psicoterapia

poiché lo stile di attaccamento è modificabile attraverso nuove relazioni, la possibilità di credere che ciò sia possibile è influenzata dalle relazioni precedenti e dalle convinzioni del paziente, quindi da ciò che concorre a creare la propria motivazione, chiaramente il processo è soggetto a cambiamenti, arresti, rinforzi, come la motivazione stessa.

Anche nella clinica, da prove cliniche raccolte da vari autori (tra cui Semerari) è stato notato come, anche pazienti con gravi disturbi di personalità o con disturbi dissociativi, i cui deficit metacognitivi sono spesso evidenti durante il dialogo con lo psicoterapeuta, mostrano improvvisi aumenti delle capacità metacognitive durante le fasi particolarmente positive dell'interazione, per poi perdere tali capacità quando la relazione terapeutica attraversa difficoltà rinnovate o allontanamenti per motivi diversi. Tuttavia, sebbene ciascun individuo possa essere considerato come a sé stante, il sistema del Sé è immerso nel contesto più generale di ciò che lo circonda ed è aperto all'influenza costante delle relazioni umane e del contesto. Le influenze tra un individuo e gli altri sono mutualmente e reciprocamente organizzate con effetti potenzialmente stabilizzanti e destabilizzanti. Per questo motivo il sé si trova in uno stato fluido di perturbazione tra due poli: né equilibrio completo né completa instabilità.

Le esperienze bambino-caregiver orientano il modo in cui le motivazioni e le intenzioni si esprimono nel corso della vita e influenzano la diade terapeutica. La sfida per il bambino (e il paziente) è esprimere bisogni attraverso l'affetto, i gesti e, dopo 18 mesi, le parole in una forma che consenta il riconoscimento sia del bisogno sia del desiderio. La sfida per il caregiver (e il terapeuta) è essere pronto a riconoscere i bisogni del bambino (e del paziente), dal momento che i bisogni cambiano costantemente quanto a tipo, forma e intensità. I caregivers (e i terapeuti) reagiscono in modo esplicito, implicito e intuitivo, usando la loro memoria procedurale e la loro capacità di mostrare empatia, sintonizzazione affettiva, mentalizzazione e autoriflessione. Durante l'analisi, la convergenza del sistema motivazionale momentaneamente dominante di analista e analizzando oscillerà. L'espressione da parte del paziente di un sistema motivazionale può includere una spinta all'esplorazione e alla riflessione. Viste le prove,

che vedono oramai quasi tutti gli orientamenti d'accordo, sul fatto che la relazione tra paziente e terapeuta può aiutare in questo processo alla base del cambiamento, quali aspetti in particolare possono facilitare l'innescarsi e il permanere della motivazione ad agire, ad esempio ad affrontare e continuare un percorso terapeutico?

Spinte alla motivazione: obiettivi e alleanza terapeutica

Nelle prime fasi di un percorso terapeutico, passata la prima fase in cui la persona ha chiesto aiuto o altri significativi hanno chiesto aiuto per lei in cui è probabile che un po' di motivazione sia presente, il processo motivazionale personale dovrebbe ripartire o comunque trovare un modo per rinnovarsi continuamente. Spesso la motivazione ad agire, quando è presente, è sostenuta da aspettative su una prospettiva futura favorevole e non tanto da un vissuto emotivo positivo; come nel caso di un paziente, probabilmente la sua prospettiva futura sarà favorevole ma difficilmente al principio di un percorso psicoterapeutico il suo stato emotivo sarà altrettanto positivo. Il focalizzarsi sulle aspettative favorevoli nel futuro può comportare un abbandono rapido del setting terapeutico ai primi fallimenti, o eventi vissuti come tali dal paziente, se il processo motivazionale non viene attivato o riattivato e sostenuto da aspetti derivanti da un'elaborazione più profonda e quindi si presuppone, più duratura nel tempo. Durante l'analisi della domanda iniziale emergeranno o per lo meno dovrebbero emergere degli obiettivi, più o meno esplicitati dal paziente.

Gli obiettivi, rispetto alle aspettative sul futuro, tendono ad avere un carattere più duraturo poiché rappresentano, o meglio potrebbero rappresentare, nella loro massima potenzialità sia ciò che si vorrebbe sia perché lo si vorrebbe; per questo motivo giungono ad essere reali motivazioni che regolano il comportamento, poiché sono fondati sul senso che quell'obiettivo ha per la persona, questo è quello che il terapeuta potrebbe aiutare a fare, arrivare a stabilire degli obiettivi che abbiano un senso per il paziente, per la sua persona, per le sue relazioni, per il suo modo di vivere nel mondo.

Per far sì che gli obiettivi siano davvero rappresentativi della persona sarebbe opportuno chiedersi, come pazienti, e indagare, come terapeuti, quali siano le credenze rispetto alle motivazioni che si presentano, favorendo così la meta-motivazione, cioè qual è il focus della persona rispetto agli obiettivi da raggiungere? Da dove parte solitamente per il paziente il movimento per l'azione (motivazione)? Se la persona percepisce che il movimento è partito dall'esterno e poi lo ha coinvolto la sua narrativa motivazionale sarà improntata molto sul "devo" mentre se la percezione è che il movimento sia partito dall'interno, o è diventato proprio, proporrà narrative improntate sul "voglio, sono" (Moè, 2011).

La persona agisce per sé o per gli altri? Nel caso agisca per sé la motivazione è identificata e integrata; nel caso agisca per altri la motivazione è introiettata e esterna. Sentire che l'attività svolta o da svolgere è parte di sé implica un convergere di valori, abilità e identità in ciò che si sta facendo. Esiste una motivazione innata a percepirci competenti, autonomi e indipendenti, ma se viene disattesa la persona non si sentirà realizzata e non avrà alcuna intenzione di far proprio qualcosa che sente distante da sé, si crea una rigidità al cambiamento.

Come dovrebbero essere questi obiettivi? Innanzitutto realizzabili, alla portata della persona, autocentrati. La motivazione è sempre personale e porsi un obiettivo che non riguarda se stessi è una partita persa in partenza, poiché un conto è essere consci dei propri sistemi motivazionali attivi, un altro conto è volere cambiare qualcosa. Ognuno di noi ha qualcosa in cui si sente competente, anche una minima cosa, esserne consapevoli può essere una spinta per motivarsi anche in altre aree della vita.

Stabilire degli obiettivi può non essere così semplice poiché, come asserisce la studiosa americana Carol Dweck (2000), ognuno di noi può avere tendenzialmente due visioni del mondo che lo guidano: entitaria e/o incrementale. Chi ha una visione entitaria di sé e del mondo è portato a credere di non poter fare molto per cambiare o migliorare alcuni aspetti, anche abilità o competenze pratiche, quindi immaginiamo la difficoltà a pensare di poter cambiare pensieri su di sé e sugli altri e di conseguenza comportamenti. Chi, invece, ha una visione incrementale di sé e del mondo è

portato a credere di avere una seconda possibilità di imparare, una prospettiva di miglioramento, una potenzialità in divenire. Non è solo questa visione del mondo che può incentivare o meno la possibilità di stabilire degli obiettivi, il problema maggiore è che una visione entitaria tende a far percepire una persona esattamente come ciò che fa, quindi il comportamento dice chi è; mentre in una visione incrementale il comportamento dice in quale direzione sta andando quella persona.

Allo stesso tempo, come ho accennato precedentemente rispetto al “per chi/che cosa essere motivati” una persona può essere orientata alla padronanza o alla prestazione, l’orientamento alla padronanza conduce a voler padroneggiare le situazioni, quindi si appoggerà su una visione incrementale del mondo e di sé; l’orientamento alla prestazione, invece, promuove un atteggiamento di dimostrazione nei confronti degli altri per ottenere un riconoscimento e sfuggire da possibili giudizi negativi, spesso è sostenuto da una teoria entitaria. Come è facile intuire, porsi un obiettivo e non raggiungerlo avendo una visione entitaria, o detto in altre parole un sé fragile, o una visione incrementale, può comportare conseguenze notevolmente diverse, nel primo caso questo può minare ancor di più una situazione già precaria, nel secondo caso non rappresenterebbe una battuta d’arresto per la persona in sé bensì per il singolo obiettivo.

Gli obiettivi dei pazienti sono in generale molto specifici e comportano oltre il sollievo da sintomi pesanti, il tentativo di risolvere i problemi esistenziali più urgenti. Una volta riuscito a superare, almeno in parte, il problema o i problemi per cui una persona era arrivata in terapia, la terapia potrebbe concludersi. Spesso succede che, nel percorso per arrivare a risolvere un determinato problema, emergono altre difficoltà inizialmente celate o non consapevolizzate dal paziente precedentemente, per cui gli obiettivi possono diventare più ambiziosi, maggiormente volti a comprendere dinamiche personali e relative emozioni che fino a quel momento il paziente non era stato pronto a narrare a se stesso e al terapeuta. In questo frangente si aprono le strade per un lavoro terapeutico profondo che non è detto avrà successo ma per lo meno è un tentativo da parte del paziente e del terapeuta di provare a ottenere

un cambiamento verso la vera identità del paziente e verso un maggior benessere che duri nel tempo.

La terapia è un processo di cambiamento e quando una persona opera come dovrebbe, ogni considerazione del paziente dovrebbe essere la considerazione per una persona in transizione. Spesso un importante problema è la tendenza del paziente a pensare a se stesso in termini statici e una delle principali funzioni del terapeuta è aiutare il paziente a vedere se stesso in cambiamento e capace di cambiare. Gli obiettivi permettono di verificare la presenza o l’assenza di progressi. “Quando il trattamento è avviato, può essere prezioso, per il terapeuta e per il supervisore, poter riconsiderare di tanto in tanto la valutazione iniziale e l’andamento delle prime sedute, per chiarire la posizione attuale del paziente in relazione agli obiettivi iniziali. Il momento più naturale per questo riesame è quello in cui è stato raggiunto un obiettivo. Come ha osservato Schlesinger (1977) quando un obiettivo viene raggiunto, ci saranno molto probabilmente dei segni interni che annunciano il cambiamento, cosicché è possibile individuare alcune fasi durante il corso della terapia, il che permette a paziente e terapeuta di avere una sensazione di compiutezza e di successo” (Luborsky, 1989; pag. 52).

Convalidare lo stato emotivo del paziente e se è il caso promuoverne uno nuovo, lavorare anche sul minimo cambiamento e riportarlo al paziente, puntare sui suoi punti di forza e notare i piccoli passi nella direzione desiderata sono aspetti importanti e incentivanti questo processo.

L’osservazione che gli obiettivi forniscono la motivazione per il cambiamento ha grandissimo valore, già nel 1913 Freud affermò che “il motore primo della terapia è la sofferenza del paziente e il desiderio di guarigione che ne deriva” (in Luborsky, 1989, p. 51). In termini di teoria del cambiamento terapeutico, il raggiungimento degli obiettivi dipende dall’interazione tra il lavoro del paziente rivolto agli obiettivi, la capacità di cambiare e l’adeguatezza dei due tipi di condizioni terapeutiche facilitanti, espressività e sostegno. La relazione di sostegno con il terapeuta serve in particolar modo come impulso e aiuto a cambiare. Le prime sedute con un paziente dovrebbero proprio servire per verificare e

consolidare quel percorso che ha portato il paziente in terapia individuale: è capace davvero di accettare, pensare ed elaborare la sua responsabilità nel malessere? La sua speranza di cambiamento può essere sostenuta e valorizzata? Il paziente può godere della condivisione, si sente meglio nel non essere più solo a cercare risposte e soluzioni? Se le risposte a queste domande saranno positive allora potenzialmente una buona alleanza terapeutica è possibile e questo darà una buona prognosi di fondo per il successo della psicoterapia.

Stabilire una buona relazione di lavoro è di primaria importanza sin dall'inizio del percorso terapeutico. La relazione può avere un buon inizio già quando il terapeuta si preoccuperà di scoprire gli obiettivi del paziente e di fargli capire come il trattamento procederà. Il paziente di solito tenterà di giudicare se il terapeuta è una persona su cui si può fare affidamento, se può essere d'aiuto e se vuole esserlo. Una relazione di sostegno è necessaria affinché il paziente si senta abbastanza sicuro per arrischiarsi a tentare di eliminare le disfunzioni che hanno reso necessario il trattamento. La relazione di sostegno permetterà al paziente di tollerare le tecniche espressive che spesso sono il mezzo per raggiungere gli obiettivi stabiliti (Luborsky, 1989 p.59). Non esiste una procedura predeterminata e solitamente le tecniche di sostegno e quelle espressive si articolano in parallelo durante tutta la durata della psicoterapia e nell'arco della creazione di una buona alleanza d'aiuto. Chi ben comincia è a metà dell'opera?

Secondo una ricerca effettuata da Luborsky e colleghi sulla misurazione della forza dell'alleanza d'aiuto, contando sia sul metodo di valutazione globale sia sul metodo di valutazione dei segni durante la seduta, è emerso come i segnali iniziali positivi d'alleanza siano maggiormente predittivi rispetto a quelli negativi. La scoperta di questo valore predittivo significativo è importante poiché evidenzia il fatto che un approccio iniziale positivo è molto importante e non è solo un fenomeno "luna di miele" come viene considerato da molti. Segni iniziali negativi invece hanno una predittività meno affidabile, ovvero non necessariamente portano ad un fallimento terapeutico e diventano ostacoli per una buona alleanza terapeutica, bensì potrebbero anche portare a un miglioramento nell'arco del tempo. Nel caso in

cui questo si verifici, i segnali iniziali negativi, non vanno interpretati come un futuro fallimento bensì come le difficoltà relazionali del paziente stesso, quindi aspetti su cui lavorare. Il terapeuta ha un ruolo importante in questo processo, innanzitutto deve fare il terapeuta. Se il paziente sentirà che il terapeuta sta cercando di aiutarlo e si sentirà aiutato l'alleanza di lavoro si rafforzerà.

Cosa può fare concretamente il terapeuta per creare una buona alleanza con il paziente? Mantenendo l'ottica del terapeuta come colui che si prende cura e del paziente come colui/colei che riceve aiuto il terapeuta può:

- comunicare tramite parole e atteggiamenti un sostegno al desiderio del paziente di realizzare i suoi obiettivi;
- comunicare un senso di comprensione e accettazione del paziente;
- sviluppare simpatia per il paziente e chiedersi nel caso perché non proviamo simpatia verso il paziente (controtransfert);
- aiutare il paziente a mantenere le difese e le attività vitali che sostengono il suo funzionamento;
- comunicare un atteggiamento di realistica fiducia che gli obiettivi del trattamento saranno probabilmente raggiunti o che per lo meno si è disposti a continuare per tentare di raggiungerli.

Talvolta può essere difficile per il terapeuta mantenere un atteggiamento fiducioso quando non ci sono progressi evidenti per un periodo, i momenti di stallo possono essere fisiologici in una terapia e possono far emergere aspetti che ostacolano il progresso su cui lavorare, sia con il paziente stesso sia in supervisione con un collega.

È importante inoltre:

- riconoscere i progressi verso gli obiettivi;
- incoraggiare a esprimersi in determinate occasioni.

Concentrandosi, invece, su una visione della terapia come lavorare insieme, il terapeuta potrebbe:

- incoraggiare il legame della diade paziente e terapeuta che lavora insieme (usare il noi);
- avere rispetto per il paziente (questo sempre);
- comunicare il riconoscimento dell'accresciuta capacità del paziente di fare ciò che fa il terapeuta usando gli strumenti base del trattamento;

- fare riferimento a esperienze che paziente e terapeuta hanno attraversato insieme;
- impegnarsi in una ricerca comune della comprensione.

L'aiuto del terapeuta nel far emergere obiettivi raggiungibili dal paziente e la trasmissione di fiducia e interesse verso il raggiungimento di tali obiettivi, basi per una buona alleanza terapeutica, sono aspetti importanti per incrementare la motivazione iniziale al trattamento e un incentivo a proseguire la psicoterapia superando i periodi difficili o di stallo che potrebbero presentarsi.

Motivazione e Desiderio

Dopo aver parlato di cosa è la motivazione e di come si sviluppa, cosa la ostacola e cosa la può incrementare ho un'ultima considerazione da proporre: il motore di ogni motivazione, la scintilla che può innescare tutto il movimento verso l'agire è il desiderio. "Desiderio è e resta la parola chiave, la parola elettiva della psicoanalisi (...) il desiderio, in quanto desiderio inconscio, implica sempre che l'Io non ne sia mai il proprietario, il detentore esclusivo (...) Il desiderio viene all'esperienza come qualcosa che turba il mio Io e tutte le convinzioni consolidate" (Recalcati, 2012; p. 136).

"La rivoluzione psicoanalitica ha separato l'individuo da se stesso dimostrandogli che l'Io non è padrone di sé, l'io desiderio ha assunto un'importanza particolare, si sostituisce all'Io penso cartesiano smantellandone la prerogativa di conoscenza per cogliere invece quella dimensione più profonda da cui nasce il senso del significato dell'esistenza. "L'io desiderio, o meglio mi auguro - dice Vegetti Finzi - si sostituisce all'io penso cartesiano non per sostenere le pretese della ragione bensì per indebolirlo, a favore di una dimensione inconscia dalla quale sembrano provenire i significati determinanti di ogni destino, con la paradossale conseguenza, rilevata anche da Lacan che: io sono là dove non penso", sono più giù diremo noi dov'è la propria verità bio psichica individuale" (Tortolici, 1998; p. 95).

Desiderare è un verbo transitivo e, come tutti i verbi transitivi, apre all'altro, implica necessariamente un oggetto a cui mira la sua

azione; ne consegue che la mancanza di quest'oggetto è un'indice di limitazione. "Chiaramente non sempre ciò che si desidera può essere raggiunto in modo lineare, la tecnica analitica ha dimostrato le molteplici vie, talvolta anche distorte, che spesso si perseguono per tentare di realizzarlo. Se il diretto attuarsi del desiderio non si conforma ad un corretto processo di adattabilità con l'oggettività esterna l'oggetto del desiderio viene rimosso, impedendo ad esso di giungere alla coscienza che lo renderebbe palese, evita così di creare difficoltà che difficilmente potrebbero trovare soluzioni" (Tortolici, 1998; p. 95).

Il desiderio, infatti, rappresenta il problema principale nella vita psichica, probabilmente perché tutti i problemi possono essere espressi in termini di desiderio: desideri che si appagano o meno, che entrano in conflitto con quelli di altre persone significative della nostra vita o con noi stessi. Addentrandosi nel desiderio ciascuno di noi può sperimentare uno smarrimento per l'aspetto enigmatico del desiderio stesso e per il tentativo di comprensione compiuto. Pur arrivando a comprendere che il desiderio è una spinta verso qualcosa o qualcosa che tende verso una soddisfazione o un appagamento, una volta raggiunto tale appagamento il desiderio dovrebbe venire meno, ma così non funziona. Ciò potrebbe implicare che il desiderio in sé custodisca sia una tendenza all'appagamento sia una tendenza al desiderare stesso: "il desiderio è l'insieme del desiderio di qualcosa e del desiderio di desiderare" (Pulli, 2003; p. 27) e queste due parti sono di per sé in opposizione reciproca.

Come nasce il desiderio? Si potrebbe dire che il desiderio nasce con l'uomo stesso o meglio nasce con la risposta ai primi bisogni fisici imperanti del neonato che, vedendo soddisfatti quei bisogni che ancora non sono consapevoli, ricorda l'esperienza provata nell'appagamento dei bisogni provati ed è proprio questa esperienza molto gratificante che verrebbe ricordata e diventerebbe una spinta verso qualcosa, diventerebbe appunto il desiderio. Pulli (2003) propone una riflessione molto interessante sul momento immediatamente precedente al primo appagamento di un bisogno, la condizione pre-desiderante: in questa condizione, a differenza della condizione desiderante, una persona non ha ancora conosciuto la possibilità di veder appagati i

propri bisogni quindi questa possibilità non esiste ancora. “Una delle acquisizioni più tipiche della serie teoria psicoanalitica è proprio l’idea che gli stati psichici si stratificano l’uno sull’altro, che si sovrappongono piuttosto che sostituirsi. Si deve pensare quindi che la condizione pre-desiderante continui a sussistere anche dopo il formarsi del desiderio, come uno strato sottostante nel quale desiderio affonda le radici (...) Il desiderio appare cioè come una tensione verso un oggetto al di sotto della quale sopravvive una tensione senza oggetto, come qualcosa che ha un oggetto verso cui tendere e insieme ne è privo. Dev’essere un motivo del genere quando cerchiamo di cogliere l’oggetto del desiderio abbiamo una situazione di perderci. È come se addentrandoci in esso, nello sforzo di afferrarlo più compiutamente, ci ritrovassimo a un certo punto nella dimensione priva di oggetto che gli è sottesa” (Pulli, 2003; p. 52).

Il desiderio è una possibilità continua per l’Io di sganciarsi dall’attaccamento a se stesso e vivere qualcosa che è già interno a se stessi e che lo rende unico, non è forse quello che anche Jung definisce come individuazione? In quel momento una persona diventa responsabile del proprio desiderio o per lo meno ci prova. Il primo passo per diventare responsabili dei propri desideri è conoscerli o come direbbe Lacan “soggettivare il proprio desiderio” (Recalcati, 2012; p. 194).

Quali sono, dunque, gli aspetti più ricorrenti del desiderio umano?

- Desiderare qualcosa che è desiderato dagli altri, perché ciò che è oggetto del desiderio di un altro diventa desiderabile, prende vita anche come possibile oggetto del nostro desiderio. Questo porta ad avere un atteggiamento aggressivo verso l’altra persona con cui competiamo per l’oggetto del desiderio stesso poiché quella persona arriva ad essere colei o colui che vorremmo idealmente essere o raggiungere, ostacolando così il raggiungimento del desiderio stesso che non è identificato in noi ma nell’altro.
- Desiderare l’altro, un’apertura verso l’altro, si basa sulla richiesta di riconoscimento da parte di un’altra persona o comunque dell’altro che può essere significativo nella nostra vita.

Questo desiderio trova la propria soddisfazione nell’essere amato dall’altro, avere un valore per l’altro, un aspetto fondamentale per la vita poiché il desiderio umano ha una struttura relazionale.

- L’angoscia di fronte al carattere enigmatico del desiderio dell’altro, dal momento che il desiderio dell’altro contiene sempre una parte di indecifrabilità, tutti siamo stati oggetto del desiderio di un Altro, soprattutto all’inizio della vita, il bambino è in balia del desiderio delle figure genitoriali, dal loro atteggiamento realmente onnipotente sul bambino dipenderà l’emergere di quella onnipotenza infantile che viene solo dopo le prime relazioni con l’Altro.
- Il desiderio di niente, come desiderio sganciato completamente dalle relazioni con l’altro, desiderio di qualcosa che non c’è e non ci sarà con l’illusione che esista, l’oggetto impossibile, l’oggetto di un altro mondo. Quello che c’è non è mai sufficiente, il momento dell’appagamento non giunge mai e non è mai giunto, un desiderio che rifiuta l’oggetto poiché scaturisce da una mancanza e cerca di riempirla ma non può perché è una mancanza senza oggetto.
- Il desiderio di godere, considerato che il desiderio umano non può essere schiacciato e sottomesso all’urgenza della sopravvivenza biologica. Il desiderio di godere fa a meno dell’altro perché il godimento ha una struttura autistica e non implica uno scambio simbolico con l’altro. Pensiamo a tutte quelle situazioni negative da cui è difficile liberarsi, anche se negative nascondono in sé parti piacevoli o che offrono vantaggi secondari, il godimento è da intendere in questo senso.
- Desiderio dell’Altrove come spinta ad andare oltre le nostre concrete possibilità e oltre la realtà dell’oggetto non per perseguire un oggetto illusorio ma per non ricondurre tutto ciò che accade a noi stessi, in un delirio di onnipotenza.

- Il desiderio sessuale come necessità naturale dell'essere umano, variamente coniugata poiché molto influenzata dalla cultura e dalle relazioni umane stesse.
- Il desiderio amoroso, come desiderio di riconoscimento della particolarità dell'altro e di noi stessi, il diventare insostituibili per l'altro.
- Il desiderio di morte o desiderio puro, ovvero quel desiderio che non dipende dal riconoscimento dell'altro e delle leggi della società, un desiderio che non vuole coinvolgere concretamente nessuno se non il soggetto stesso del desiderio, un desiderio che, se consapevolizzato, fa raggiungere un picco di solitudine della persona rispetto al mondo circostante.

Lo psicoterapeuta può aiutare il paziente a scovare il desiderio che lo ha portato in terapia e lo potrà spingere a motivarsi e ad agire; è giusto anche chiedersi qual è il desiderio che potrebbe smuovere uno psicoterapeuta nella relazione di aiuto? Chiaramente i desideri sopra menzionati valgono per tutti noi, quindi anche per uno psicoterapeuta che quotidianamente si rapporta con persone diverse e con le loro storie di vita, non siamo esenti, solo per il titolo conseguito, dai desideri che costituiscono l'animo umano.

Vero però che, grazie a un percorso lungo e tortuoso anche noi potremmo aver capito qualcosa del nostro funzionamento e del nostro desiderio, o per lo meno averne preso consapevolezza. Mi piace pensare che il desiderio che sarebbe auspicabile perseguire nel nostro lavoro fosse quello di cui ha parlato Lacan, in una conferenza tenuta a Bruxelles, parlando di sé e della sua pratica analitica:

“Chi vi parla (...) è nella psicoanalisi da abbastanza tempo ormai per poter dire che ben presto avrà passato metà della vita ad ascoltare vite che si raccontano, che si confidano. Ascolta. Ascolto. Non ho alcun titolo per misurare il valore delle vite che da quasi quattro settenari ascolto confidarsi davanti a me. E uno degli scopi del silenzio che costituisce la regola del mio ascolto è proprio quella di tacere l'amore” (Recalcati, 2012; p. 210-1223).

Lo psicoterapeuta nel suo lavoro diventa un testimone del desiderio dell'altro, spesso inconsapevole, e lo ascolta nelle sue parole, lo vede nei suoi gesti, aiuta il paziente a rendere

proprio il desiderio che esprime senza giudicare la sua vita e le sue scelte, trasmettendo un amore che va al di là dell'apprezzamento dell'altro e della sua storia, un amore per una vita che si esprime davanti a lui, quell'amore senza condizione che ogni persona dovrebbe poter sperimentare almeno una volta nella vita per fondare delle basi solide su cui costruire tutto il resto.

Riferimenti Bibliografici

- Canestrari, R., e Godino, A. (2007). *La psicologia scientifica. Nuovo trattato di psicologia*. Bologna: Clueb.
- Canevaro, A. (2013). *Quando volano i Cormorani*. Roma: Edizioni Borla.
- Damasio, A.R. (2000). *Emozione e coscienza*. Milano: Adelphi.
- Dweck, C. (2000). *Intelligenza, motivazione, personalità e sviluppo*. Trento: Erickson.
- Lichtenberg, J.D., Lachman, F.M., e Fosshage, J.L. (2012). *I sistemi motivazionali*. Bologna: Il Mulino.
- Liotti, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: Carocci Ed.
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina Ed.
- Luborsky, L. (1989). *Principi di psicoterapia psicoanalitica. Manuale per il trattamento supportivo-espressivo*. Torino: Bollati Boringhieri Ed.
- Moè, A. (2011). *Motivati si nasce o si diventa?*. Roma-Bari: Gius. Laterza e Figli Spa.
- Pulli, G. (2003). *Sul desiderio*. Napoli: Liguori Editore s.r.l.
- Recalcati, M. (2012). *Ritratti del desiderio*. Milano: Raffaello Cortina Ed.
- Tortolici, C.B. (1998). *Verso il sentimento: itinerari antropologici*. Roma: Armando Ed.

PERSONALITÀ E USO DI CANNABIS: INDAGINE SU UN CAMPIONE DI CONSUMATORI

di Andrea Baldoni e Marco Ciapetti

Dottori in Psicologia, Tirocinanti Scuola di Psicoterapia Comparata

La cannabis è la sostanza illecita più utilizzata in molti paesi del mondo occidentale (Hall et al. 1999; Intelligente e Ogborne, 2000; Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, 2010), è la terza droga più popolare nel mondo (dopo alcool e nicotina) e viene usata più frequentemente da parte degli adolescenti, risultando essere la prima sostanza illegale consumata in questa fascia d'età (Bauman e Phongsavan, 1999; Kingery et al., 1999).

La maggioranza delle persone che usano cannabis lo fanno in maniera saltuaria, una minoranza sperimenta invece problemi a causa di un uso pesante o prolungato; è stato stimato infatti che circa un consumatore di cannabis su 10 diventa dipendente dalla sostanza (Anthony et al., 1994; Sala et al., 1994), andando incontro a un aumentato rischio di esiti avversi (Agosti et al., 2002; Hall, 2006; Looby e Earleywine, 2007; Lopez-Quintero et al., 2010). Si stima che meno di un terzo di tutte le persone con una dipendenza da cannabis cerchino un trattamento professionale (Agosti e Levin, 2004; Cunningham, 2000; Stinson et al., 2006).

Dai dati epidemiologici generali, la cannabis risulta essere una droga per lo più utilizzata da soggetti maschi con un'età compresa fra i 15 e i 23 anni, con un picco di rischio che si acutizza intorno ai venti anni, tuttavia al contrario di altre droghe, circa il 60% di tutti i consumatori interrompono spontaneamente il loro uso in un'età compresa tra 23 e 30 anni, generalmente a causa di cambiamenti nei ruoli sociali (lavoro,

matrimonio, genitorialità) che sentono essere incompatibili con l'utilizzo di cannabis (Kandel e Faust, 1975; Kandel e Logan, 1984; Silbereisen, 1997; Martello e Vaglum, 1990; Johnston et al., 1992; Chen e Kandel, 1998).

Il fatto che il consumo di cannabis tenda ad essere ridotto o interrotto con età avanzata ha portato molti ricercatori a descrivere il modello predominante del consumo di cannabis come “transitorio ricreativo”, senza grandi rischi e un alto tasso di remissione spontanea. Questa descrizione risulta in disaccordo con un notevole corpo di studi, che hanno sottolineato come la maggioranza dei consumatori di cannabis che sviluppano dipendenza avevano una storia di prolungati periodi di almeno un anno di uso regolare, associato a dosaggi e frequenza d'uso gradualmente crescenti, nonché l'aumentato rischio di usare altre droghe illecite, come le anfetamine, allucinogeni, stimolanti e oppiacei (Merrill et al., 1999; Perkonig et al., 1999; Fergusson e Horwood, 2000a, b).

Epidemiologia in Italia

Focalizzando l'attenzione sui consumi di sostanze illecite nel nostro paese, l'ultimo report ufficiale fornito dal Dipartimento delle Politiche Antidroga, con la collaborazione del Ministero della Salute, è quello del 2012. In un campione rappresentativo di età compresa fra i 18 e i 64 anni, la cannabis (hashish o marijuana) si mantiene la sostanza maggiormente assunta

(21,7% almeno una volta nella vita, 3,5% nell'ultimo anno e 1,5% negli ultimi trenta giorni). Il consumo di cannabis risulta più diffuso tra i maschi rispetto alle femmine, e tra i giovanissimi (18-24 anni) rispetto alle fasce d'età più adulte (Report gps-ita, 2012).

Tra coloro che hanno indicato il consumo della sostanza nell'ultimo anno, la frequenza di 1-2 volte è il più frequente (51,3% dei maschi e 56,5% delle femmine); consumi di almeno una volta al mese sembrano riguardare maggiormente i maschi rispetto alle femmine (29,3% contro 14,4%).

Il trend dei consumatori di tale sostanza, almeno una volta negli ultimi 12 mesi, indica un aumento degli assuntori fino al 2008, seguito da una contrazione nel periodo successivo (2008-2012), più marcata nel biennio 2008-2010 (Figura 1, Report gps-ita, 2012).

Secondo i dati rilevati nel 2012, il consumo di cannabis (hashish o marijuana) è stato sperimentato in Italia dal 21,7% della popolazione della fascia di età 18-64 anni, mentre il 3,5% ha continuato ad utilizzarla nel corso dell'ultimo anno (Report gps-ita, 2012).

Per quanto riguarda l'inizio del consumo, risulta che il 64% dei soggetti provi la cannabis, per la prima volta tra i 15 ed i 19 anni, mentre circa un quarto della popolazione iniziò tra i 20 ed i 24 anni (Figura 2, Report gps-ita, 2012), senza differenze sostanziali tra i generi.

Il consumo di cannabis risulta più diffuso tra i soggetti di 18-24 anni (14,4% per i maschi, 10,2% per le femmine) e diminuisce progressivamente con l'aumentare dell'età. Il maggior decremento di consumo si registra nel passaggio dai 25-34 anni all'ultima classe d'età (-73,9% maschi, -74,1% femmine).

Da un punto di vista geografico, il consumo sul territorio nazionale mostra differenze statisticamente significative tra l'Italia nord occidentale e le aree nord orientale e centrale. Confrontando questi risultati con i dati raccolti nell'anno 2010, per tutte le fasce temporali e per entrambi i generi, si conferma una flessione nel consumo di questa sostanza (Report gps-ita, 2012).

Analizzando il fenomeno del policonsumo, cioè del consumo di più sostanze psicoattive legali ed illegali negli ultimi trenta giorni, la combinazione alcol, tabacco e cannabis (hashish o marijuana) risulta la più frequente (63,4%), rispetto alle altre associazioni (Report gps-ita, 2012). Nello

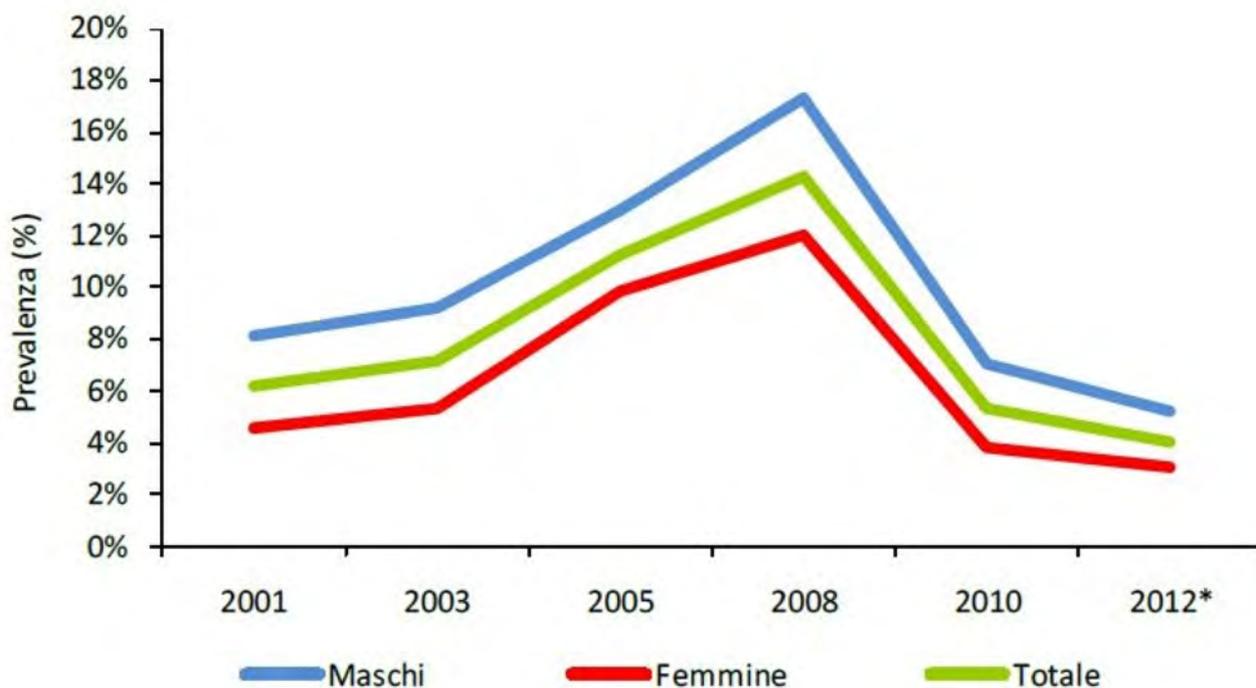
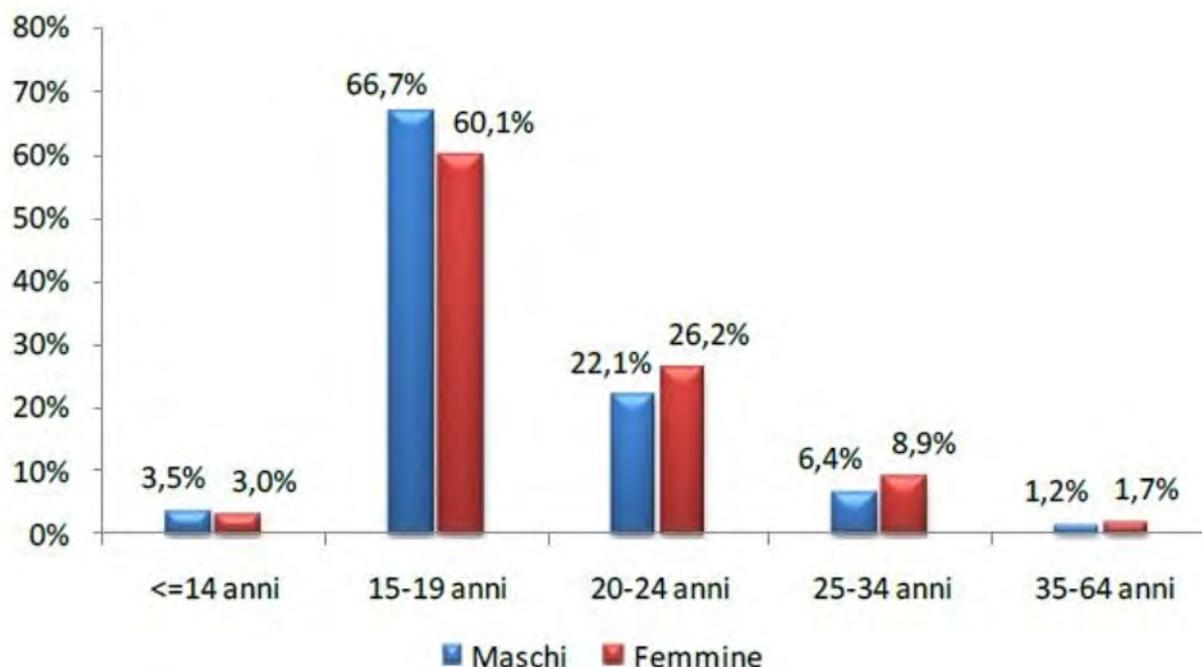


Figura 1. Consumo (prevalenza %) di cannabis (marijuana o hashish) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2001-2012.

specifico vengono riportati i dati relativi ai consumatori che hanno assunto sostanze diverse negli ultimi 30 giorni.

cannabis” (Tabella 1), le percentuali sono più basse e pari rispettivamente all’11,4% (12,7% per i maschi e 8,5% per le femmine) e al 7,4% (6%



Fonte: Studio GPS-ITA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura 2. Distribuzione percentuale dell'età di primo uso di cannabis, per genere. Anno 2012.

I dati mostrano che la combinazione alcol, tabacco e cannabis è la più diffusa, e rappresenta il 63,4% dei policonsumatori (58,9% per i maschi e 73,9% per le femmine) (Tabella 1-2, Report gps-ita, 2012).

Per quanto riguarda, invece, l'assunzione combinata “alcol e cannabis” e “tabacco e

vulnerabilità soggettiva, ambiente circostante e i vari elementi che coinvolgono la rete sociale circostante (Van Etten e Anthony, 1999; Von Sydow et al., 2002; Mc Crystal, Higgins e Percy, 2006).

Le caratteristiche legate al soggetto sono i fattori legati alla propria personalità, comportamenti passati, livelli di autostima (Frischer, Cromer,

Consumo di più sostanze (%)	Maschi	Femmine	Totale
Alcol+Cannabis	12,70	8,51	11,44
Tabacco+Cannabis	5,96	10,60	7,36
Consumo di 2 sostanze – altro	6,17	2,39	5,04
Alcol+Tabacco+Cannabis	58,92	73,95	63,44
Consumo di 3 sostanze – altro	5,20	2,44	4,37
Più di 3 sostanze	11,04	2,12	8,36
Totale	100,00	100,00	100,00

Fonte: Studio GPS-ITA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella 1: Distribuzione dei soggetti che hanno assunto due o più sostanze psicotrope, legali o illegali, nella popolazione generale 18-64 anni negli ultimi 30 giorni. Anno 2012.

McLeod, Bloor e Hickman, 2007). In particolare Van Der Pol e colleghi hanno individuato l'impulsività fra i tratti di personalità connessa

Come nel consumo, anche nell'analisi dei predittori risultano esserci differenze di genere: per le ragazze sembra essere un buon predittore

Sostanze	Alcol	Tabacco	Cannabis	Cocaina	Eroina
Cannabis (1,47%)	82,14%	77,72%		5,95%	1,42%
Cocaina (0,23%)	72,99%	55,29%	37,85%		10,53%
Eroina (0,06%)	82,63%	80,77%	35,64%	41,55%	

Fonte: Studio GPS-ITA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella 2: Distribuzione della prevalenza condizionata di policonsumatori nella popolazione generale 18-64 anni negli ultimi 30 giorni. Anno 2012.

alla dipendenza da cannabis: l'impulsività motoria, attentiva e la tendenza a non pianificare sono state identificate come caratteristiche di personalità che contribuiscono all'innalzamento del rischio di sviluppo della dipendenza, sebbene da sole non siano in grado di spiegare il fenomeno e debbano essere considerate in relazione al numero di eventi negativi nella vita dei soggetti (2013).

Un altro fattore legato alla vulnerabilità personale è l'aver consumato altre sostanze quali alcool e nicotina, che solitamente precedono l'esperienza con la cannabis; questo risulta essere maggiormente correlato con un aumento del rischio di dipendenza, favorendo un passaggio da un uso sperimentale ad una abitudine consolidata (Lewinson, Rohde e Brown, 1999; Vega e Gil, 2005).

Fra le caratteristiche psicologiche cliniche degli adolescenti che potrebbero rappresentare un fattore di rischio vi sarebbe una forte associazione fra disturbi dell'umore/disturbi d'ansia e forte consumo di cannabis associati a comportamenti problematici (Degenhardt et al., 2003). Un recente studio ha portato all'evidenza, quanto un disturbo dell'umore precedente all'assunzione possa essere importante nel passaggio da consumatore occasionale a dipendente (Florez-Salamanca et al., 2013).

Altre teorie individuano in uno scarso controllo emotivo (Kokkevi, 2006) e in limitate capacità di coping nell'affrontare una situazione stressante, quali possibili predittori del consumo della sostanza (Harrison e Narayan, 2003).

Particolarmente decisivo nell'approccio alla sostanza risulta essere la ricerca di novità e sensazioni forti (Eide, Acuda, Aaroe e Loeb, 1997) e il desiderio di trasgressione (Catford, 2001).

Percezione del rischio

Un ulteriore fattore di rischio è dato dalla percezione di pericolosità della cannabis, poiché a differenza di altre sostanze stupefacenti verso le quali esiste un maggiore stigma da parte della popolazione, un utilizzo occasionale di cannabis viene disapprovato in maniera minore (ritenuto molto pericoloso dal 58,4% dei soggetti, non pericoloso dal 2,6%) e trova anzi l'approvazione di circa il 10% della popolazione generale fra il 18 ed i 64 anni (Report gps-ita, 2012).

La bassa percezione del rischio rilevata, collegata all'uso di cannabis e alla tendenza a sottovalutare tale problema ne potrebbe incrementare l'uso, soprattutto tra le giovani generazioni. Questa bassa percezione del rischio nei giovani deriva anche da una ridotta disapprovazione sociale dell'uso di hashish o marijuana e da una serie di informazioni che tendono a sminuirne gli effetti negativi per la salute (Report gps-ita, 2012).

Fattori di rischio socioambientale e familiare

In un contesto di multifattorialità del rischio assumono particolare importanza i fattori socioambientali legati al consumatore, fra di esse risultano essere condizionanti il vivere in un contesto socio-economico o in famiglie caratterizzate da una certa quantità di stress e contrasti coniugali (Butters, 2002).

Molti fattori di rischio risiedono nel contesto familiare del soggetto, fra di essi la presenza di un legame molto debole di attaccamento fra i componenti del nucleo risulta essere una potenziale fonte di stress e tensione e

Variabili	Valori	OR	IC 95%
Area geografica	Centrale	1,00	
	Nord-occidentale	0,86	0,79 - 0,94
	Nord-orientale	1,06	0,95 - 1,18
	Meridionale/Insulare	1,44	1,30 - 1,60
Stato civile	Celibe/Nubile	1,00	
	Coniugato/a	1,49	1,38 - 1,61
	Altro	1,39	1,22 - 1,59
Livello di istruzione	Alto livello di istruzione	1,00	
	Nessuna istruzione o scuola dell'obbligo	1,91	1,76 - 2,07
Consumo di bevande alcoliche almeno una volta nella vita	Assunzione	1,00	
	Non assunzione	2,43	2,14 - 2,75
Conoscenza di persone che fanno uso di cannabis	Conoscenza	1,00	
	Non conoscenza	2,50	2,29 - 2,73
Assunzione di cannabis almeno una volta nella vita	Assunzione	1,00	
	Non assunzione	6,41	5,76 - 7,13

* I valori in grassetto sono statisticamente significativi al 95%.

Fonte: Studio GPS-ITA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella 3: Variabili associate ad un aumento della percezione della pericolosità di fumare occasionalmente hashish o marijuana. Anno 2012 (*).

conseguentemente aumenterebbe il rischio di consumo di sostanza (Butters, 2002). Anche un controllo genitoriale inadeguato dei genitori sui figli può incrementare significativamente la possibilità di fare uso di cannabis (Chilcoat, Dishion e Antony, 1995; Kandel, 1996); questo rischio risulta essere ancora più significativo in quei contesti familiari in cui esistano membri che fanno uso di sostanze stupefacenti (Kosterman, Hawkins, Guo, Catalano e Abbott, 2000), anche se uno studio mostra come un atteggiamento permissivo da parte dei genitori, possa far aumentare la possibilità dell'uso, ma non dell'abuso (Catford, 2001).

Molto analizzata come possibile causa scatenante dell'uso di cannabis è la pressione dei pari, ovvero quanto il desiderio di uniformarsi al

gruppo e il timore di esserne estromesso giochi nell'intenzione del soggetto di provare la sostanza. Se è vero che alcuni studi hanno evidenziato un possibile predittore dell'uso di marijuana (Von Sydow, 2002), secondo altri l'influenza che il gruppo dei pari esercita sul singolo sarebbe sovrastimata, giudicando decisive sul rischio le caratteristiche personali, quali la personalità e il vissuto emotivo (Kandel, 1996).

La pressione dei pari sembra invece risultare un fattore di rischio se unito ad altre variabili, quali una mancata disapprovazione da parte dei genitori, unita ad un elevato numero di relazioni che usano la sostanza (Butters, 2002).

Fattori di protezione

Non molto affrontati sembrano invece gli aspetti legati a possibili fattori protettivi che la famiglia e la rete sociale possono esercitare sul soggetto. Fra i pochi individuati vi sono la presenza di particolari credenze conservatrici in famiglia o nel ragazzo stesso, unita ad una marcata religiosità all'interno del nucleo familiare (Willis, Yaeger e Sandy, 2003). La famiglia risulta essere decisiva anche nella forza dei vincoli che riesce a mettere al figlio, unito ad un supporto emotivo adeguato; il forte attaccamento alla figura materna (in particolare per i maschi), risulta essere un fattore protettivo da eventuali consumi di sostanza, sebbene risulti essere un fattore di rischio per la messa in atto di condotte antisociali (Amato e Keith, 1991).

Nella relazione annuale del parlamento italiano sullo stato delle tossicodipendenze del 2004, furono messi in luce ulteriori elementi protettivi, quali un buon livello culturale, un elevato livello di scolarizzazione, il monitoraggio attento dei genitori e le buone capacità di controllo dell'impulsività, oltre alla percezione del rischio a cui si va incontro (caratteristica che conta per la popolazione generale, ma perde la sua forza nella popolazione studentesca; Report gps-ita, 2012).

Motivazioni che spingono al consumo

Come già esplicitato in precedenza molti ricercatori hanno tentato di individuare dei parametri comuni nelle motivazioni che spingono un adolescente al consumo di cannabis; poiché se è vero che molto spesso le droghe vengono assunte in base allo scopo che devono assolvere per il soggetto stesso, il consumo di cannabis negli adolescenti sembra essere legato più ad uno scopo ricreativo e ludico, con una forte componente di facilitatore dell'interazione sociale, rispetto allo scopo più curativo o rilassante come appare invece essere legato al consumo adulto della sostanza (Arnao, 1993; Boys, Mardsen e Strang, 2001; Madu e Matla, 2003).

Esistono differenze anche nel genere per ciò che riguarda l'avvicinamento alla sostanza: i maschi appaiono spinti dalla ricerca di euforia che può derivare, con l'obiettivo di migliorare il proprio

umore; le femmine invece la utilizzano come supporto per affrontare una situazione stressante che genera tensione emotiva ed ansia. In questo caso il consumo della sostanza sarebbe connesso a bassi livelli di autostima e self-efficacy della ragazza (Chabrol et al., 2005; Buckner, Mallot, Schmidt e Taylor, 2006; Copeland, 2006).

Conseguenze legate all'uso

Anche se le conseguenze di un consumo di cannabis anche prolungato risultano meno invasive da quelle conseguenti ad altre tipologie di sostanze, il consumo di marijuana non sembra essere esente da conseguenze negative sia a livello individuale che socio-ambientale. In particolare si è notato come un consumo precoce di cannabis (meno di 15 anni di età) è fortemente correlato con uno scarso rendimento scolastico, con tassi di assenteismo più alti, peggiori performance scolastiche ed elevati tassi di abbandono (Bray et al, 2000; Fergusson et al, 2003, 1996; Horwood et al., 2010; Lynskey et al., 2003). A sua volta, l'incapacità di intraprendere un percorso educativo adeguato rischia di avere un pesante impatto sulle opportunità di vita futura del ragazzo; gli individui che abbandonano la scuola precocemente risultano più in difficoltà nell'incontrare un'opportunità occupazionale e un reddito, più poveri di salute e più propensi a intraprendere vite criminose (Beauvais et al., 1996).

Un'importante distinzione quando si parla delle conseguenze di un consumo di cannabis è il concetto di dipendenza ad esso legato; se è vero che la marijuana viene considerata una sorta di droga di iniziazione, a cui spesso segue il consumo di altre, più pericolose, sostanze (Kandel, Davies, 1992), la maggior parte dei consumatori di cannabis non arriva alla dipendenza (Coffey et al., 2002; OEDT, 2009). Di particolare importanza risulta la distinzione tra il soggetto non dipendente e quello dipendente, in quanto quest'ultimo risulta avere una maggiore svalutazione psicosociale e un minor controllo sulla sostanza (Budney e Moore, 2002; Looby e Earleywine, 2007; Temple et al, 2011).

Alcuni risultati hanno inoltre evidenziato come un consumatore dipendente vada incontro a un

rischio maggiore di disturbi psichiatrici in età adulta, rispetto ai non dipendenti (Swift et al., 2001; Van der Pol et al., 2013b). In particolare si registra un rischio di schizofrenia in persone vulnerabili che presentano tendenze schizofreniformi, tale rischio si può manifestare anche con un'insorgenza del disturbo precoce rispetto alla media (Veen, Selten, Van der Tweel, Feller, Hoek e Kahn, 2004).

Come già discusso precedentemente, anche l'associazione tra uso di cannabis e depressione è stato molto indagato e recenti studi hanno mostrato come un uso quotidiano di cannabis in ragazze adolescenti (ma non in soggetti maschi) sia associato ad un rischio doppio di depressione/ansia in età avanzata (Patton, Coffey et al., 2002). Tuttavia non è ancora ben chiaro se tale relazione possa essere considerata causale (Cherek, Lane e Dougherty, 2003).

Trattamento

Come già citato, meno di un terzo di tutte le persone con una dipendenza da cannabis cercano un trattamento professionale (Agosti e Levin, 2004; Cunningham, 2000; Stinson et al., 2006). I fattori che ad oggi risultano connessi con la ricerca di un aiuto terapeutico comprendono l'insorgenza precoce del consumo di cannabis, l'essersi già sottoposti ad un trattamento terapeutico in precedenza, l'insorgenza di disturbi mentali concomitanti e l'uso di altre sostanze oltre alla cannabis (Agosti e Levin, 2004; Arendt e Munk-Jorgensen, 2004; Copeland et al., 2001; Gates et al., 2012).

Uno degli ostacoli maggiori riscontrati dalla letteratura al fine di strutturare un percorso terapeutico di successo è rappresentato da una scarsa conoscenza delle basi neurali legate alla dipendenza da cannabis, in particolar modo perché il craving risulta associato con il mantenimento della dipendenza e con la possibilità di ricaduta (Epstein et al., 2009; Preston et al., 2009; Braus et al., 2001; Grusser et al., 2004).

L'indagine

Obiettivi

La presente ricerca si propone di indagare l'uso di cannabis in una popolazione adulta compresa fra i 20 e i 35 anni, in relazione alla percezione di dipendenza, alle problematiche legate al consumo, alle emozioni negative legate alla dipendenza psicologica e all'auto-percezione sotto effetto di cannabis, tenendo in considerazione eventuali distinzioni in base alle caratteristiche socio-anagrafiche ed al poli-consumo di sostanze.

La ricerca si propone inoltre di indagare se esistono caratteristiche comuni di personalità in relazione alla tipologia di consumatore e alle variabili precedentemente descritte.

Metodo

Partecipanti

Il campione della seguente ricerca, individuato a partire da un campionamento ragionato, si compone di 35 soggetti, di cui 17 maschi e 18 femmine, con un'età compresa fra i 21 e i 32 anni (età media=27,4; DS=3,36).

Il campionamento utilizzato per la scelta dei partecipanti è stato ragionato sulla base del consumo di cannabis da almeno un anno. Considerata la peculiarità della popolazione, in quanto consumatori di sostanza illegale, al fine di raggiungere il maggior numero di soggetti è stato utilizzato il metodo di campionamento concatenato. I soggetti hanno aderito volontariamente alla ricerca.

Procedure-metodologia

Ai partecipanti è stato somministrato in forma anonima un questionario composto da un'indagine socio-anagrafica e una sul consumo di sostanze stupefacenti; una batteria di test specifici sul consumo di cannabis (Cannabis Abuse Screening Test-CAST; Severity of Dependence Scale-SDS; Cannabis Use Disorder Identification Test-CUDIT; Problematic Use of Marijuana-PUM).

Considerando la natura del campione (consumatori di cannabis) per la suddivisione tassometrica dei risultati sono stati utilizzati i cut off ottimali presentati dagli autori dei singoli test.

Inoltre è stato utilizzato un differenziale semantico sull'auto-percezione sotto effetto della sostanza e un test di personalità (MMPII 2RF; Sirigatti e Faravelli, 2012). Tre dei 35 partecipanti si sono rifiutati di rispondere al test di personalità.

Strumenti

- Il Cannabis Abuse Screening Test (CAST; Legleye, Karila, Beck e Reynaud, 2007) è una scala composta da 6 item che descrive i comportamenti sull'uso di cannabis e i problemi connessi a tale consumo. La scala differenzia tre tipologie di rischio associate al consumo: comportamento non a rischio, comportamento a basso-medio rischio e comportamento ad alto rischio.

- La Severity of Dependence Scale (SDS; Gossop et al., 1995), composta da 5 item, è una scala che misura il grado di dipendenza psicologica connessa alle preoccupazioni, ansie ed emozioni di perdita del controllo, legato all'uso della sostanza. La scala discrimina i soggetti consumatori per l'assenza o presenza di dipendenza psicologica.

- Il Cannabis Use Disorder Identification Test (CUDIT; Adamson e Sellman, 2003) è un test di screening, composto da 10 item, sul disturbo da sostanza basato sulla classificazione del Dsm IV (APA,1994).

- Il Problematic Use of Marijuana (PUM; Okulicz-Kozaryn, 2007) è un test di screening, composto da 8 item riguardante il consumo dannoso, i problemi relazionali e interpersonali e il funzionamento psicofisico legati all'uso di sostanza basato sulla classificazione del Manuale ICD-10.

- Il differenziale semantico si compone di 14 coppie di aggettivi scelti ad hoc, su scala likert a 6 punti legati all'auto-percezione sotto effetto di cannabis.

- Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 Restructured Form (MMPII 2RF; Sirigatti e Faravelli, 2012) è un questionario di personalità composto da 338 item e si articola su 51 scale totali, distinte in scale di validità e scale sostanziali.

Risultati

I 35 soggetti sono per il 71,4% celibi-nubili, il 22,9% conviventi ed il 5,7% sposati; due dei 35 soggetti hanno dichiarato di avere un figlio. Per quanto concerne il titolo di studio, l'11,5% ha conseguito la licenza media, il 37,1% il diploma di maturità e il 51,4% ha conseguito almeno una laurea.

L'intero campione ha dichiarato di fare uso di cannabis in media da 9,6 anni con DS pari a 4,16. L'età media di inizio consumo è di 17,08 anni; emergono differenze per quanto riguarda l'età di inizio a seconda del genere: 15,17 per i maschi, 17,9 per le femmine.

Nell'indagine relativa al policonsumo di sostanze nell'ultimo anno, l'82,9% dei partecipanti all'indagine ha dichiarato di essere consumatore di tabacco, l'85,7% ha dichiarato di aver fatto uso di alcol, il 22,9% di cocaina, l'11,4% di mdma e il 20% di oppiacei; per quanto riguarda il consumo di sostanze nell'arco di vita, l'accol rimane stabile a 85,7%, il 42,9% ha dichiarato di aver fatto uso di cocaina, il 31,4% di ecstasy-mdma e il 34,3% di oppiacei.

Relativamente all'auto-percezione nei confronti della sostanza cannabis (la domanda era "Come ti definisci rispetto alla cannabis?"), il 5,7% si è dichiarato Non Consumatore, il 45,7% Consumatore Occasionale e il 48,6% Consumatore Abituale. Da una prima analisi sui dati socio-anagrafici risulta una correlazione positiva ($r=0.449$, $p=0.01$) tra il sesso maschile e gli anni di consumo della sostanza.

TEST	N SOGGETTI	MIN	MAX	MEDIA	DEV STANDARD	CUT OFF
CAST	35	1	15	7,91	3,95	0-2 No Rischio
						3-6 Basso Rischio
						> 7 Alto Rischio
SDS	35	0	10	3,85	3,02	4
CUDIT	35	2	27	11,2	6,15	13
PUM	35	8	13	10,97	1,58	10

Tabella 4. Test specifici (CAST, SDS, CUDIT ,PUM) e relativi Cut-off.

I risultati dei test specifici sul consumo di cannabis, legati al comportamento, alla dipendenza psicologica e alle diagnosi di dipendenza sono riportati in Tabella 4.

L'11,4% è stato valutato dal CAST avere un comportamento legato al consumo di cannabis privo di rischi di abuso; il 25,7% un basso-medio rischio e il restante 62,9% alto rischio di abuso da sostanza.

Al test SDS il 48,5% del campione mostra un basso grado di dipendenza psicologica, mentre per il 51,5% si riscontra un rischio maggiore di dipendenza psicologica legata al sentimento di perdita di controllo, preoccupazioni ed ansia, legata al consumo della sostanza.

Il test PUM basato sulla classificazione ICD 10 per l'identificazione di un disturbo da sostanza, rivela che l'80% del campione ha problemi legati all'uso della sostanza nelle relazioni interpersonale e nel funzionamento psicofisico; il restante 20% del campione si posiziona al di sotto del valore soglia di riferimento.

Il test CUDIT, basato sulla classificazione del DSM IV, identifica per il 34,3% del campione pattern di uso di sostanza legate a conseguenze sociali o di salute negative. Il restante 66,7% non supera il valore soglia di riferimento.

Dai dati presentati nella tabella 5 si può notare come i risultati dei quattro test correlino fra loro, tutti in modo positivo.

		CAST	SDS	CUDIT
SDS	Pearson Correlation	,690(**)		
	p.(2-tailed)	0,000		
	N	33		
CUDIT	Pearson Correlation	,777(**)	,804(**)	
	p.(2-tailed)	0,000	0,000	
	N	33	33	
PUM	Pearson Correlation	,671(**)	,654(**)	,635(**)
	p.(2-tailed)	0,000	0,000	0,000
	N	33	33	33

Tabella 5. Correlazioni fra test specifici: CAST, SDS, CUDIT, PUM.

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). *Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Per quanto concerne i dati ottenuti attraverso il questionario di personalità MMPI 2RF, due dei profili ottenuti sono stati eliminati in quanto presentavano elementi di criticità sulle scale di validità.

Dall'analisi dei restanti profili MMPI 2RF, pur in contesto di vasta eterogeneità di dati, emerge la tendenza di tutti i soggetti del campione a presentare punteggi più elevati in relazione alla scala sovraordinata *Disfunzione Comportamentale-Esternalizzante* (BXD), in relazione alla scala clinica *Comportamento Antisociale* (RC4) ed in

relazione alle scale problemi specifici *Problemi giovanili di comportamento* (JCP) e *Abuso di sostanze* (SUB).

Mettendo in relazione i dati ottenuti al test MMPI 2RF con i punteggi ottenuti dai soggetti alle scale relative al consumo si può notare una correlazione con la scala sovraordinata BXD, con la scala clinica RC4, una correlazione negativa tra PUM e RC2 (*Bassa Emotività Positiva*), con le scale dei problemi specifici JCP, SUB e con la scala *Alterazione dell'Autocontrollo Rivista* (DISC-R) (Tabella 6).

	CAST	SDS	CUDIT	PUM
BXD	,543 (**)	,426 (*)	,455 (*)	,565 (**)
RC2	-	-	-	-,520(**)
RC4	,666(**)	,543(**)	,498(**)	,637(**)
JCP	,664(**)	,606(**)	,539(**)	,652(**)
SUB	,624(**)	,626(**)	,579(**)	,665(**)
DISC-R	,596(**)	,478(**)	,588(**)	,527(**)

Tabella 6. Analisi sul campione totale delle correlazioni fra test specifici (CAST, SDS, CUDIT, PUM) e scale specifiche MMPI 2RF. **Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). *Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Analizzando il rapporto di causalità fra le variabili, considerata la letteratura sull'argomento, sono state identificate le variabili BXD (e le subscale ad essa connesse RC4 e JCP) e DISC-R come

variabili indipendenti dell'analisi di regressione. Tale analisi ha dato esito significativo ed i valori sono riportati nelle tabelle 7-8-9-10.

Reg. BXD	β	T	P	R ²	Adj R ²
CAST	,543	3,42	<,002	,295	,270
SDS	,426	2,49	<,019	,182	,152
CUDIT	,455	2,7	<,011	,207	,179
PUM	,565	3,62	<,001	,319	,295

Tabella 7. Analisi di regressione fra subscale BXD e test specifici (Cast, Sds, Cudit, Pum).

Reg. RC4	β	T	P	R ²	ΔR^2
CAST	,666	4,72	<,000	,443	,423
SDS	,543	3,41	<,002	,295	,269
CUDIT	,498	3,03	<,005	,248	,221
PUM	,637	4,36	<,001	,405	,384

Tabella 8. Analisi di regressione fra subscale RC-4 e test specifici (CAST, SDS, CUDIT, PUM).

Reg. JCP	β	T	P	R ²	ΔR^2
CAST	,664	4,69	<,000	,441	,421
SDS	,606	4,03	<,000	,368	,345
CUDIT	,539	3,38	<,002	,290	,265
PUM	,652	4,55	<,000	,425	,405

Tabella 9. Analisi di regressione tra la subscale JCP e test specifici (CAST, SDS, CUDIT, PUM).

Reg. DISC-R	β	T	P	R ²	ΔR^2
CAST	,596	3,92	<,001	,355	,332
SDS	,478	2,88	<,008	,229	,201
CUDIT	,588	2,7	<,001	,346	,322
PUM	,527	3,28	<,003	,278	,252

Tabella 10. Analisi di regressione tra la subscale DISC-R e test specifici (CAST, SDS, CUDIT, PUM).

Andando a dividere il campione sulla base degli scoring ottenuti attraverso le scale di severità di consumo e dipendenza sono state inoltre indagate con ANOVA le differenze fra gruppi in relazione alle scale di personalità del MMPI 2RF. Nello specifico per il CAST, i tre gruppi individuati a partire dai cut-off di riferimento (comportamento non a rischio, comportamento a basso rischio, comportamento ad alto rischio) mostrano differenze significative per quanto riguarda la scala *Comportamento Antisociale* (RC4) (F=5,258; p=0,012); *Problemi Giovanili di Comportamento* (JPC) (F=12,367; p=0,000); *Abuso di sostanze* (SUB) (F=5,075; p=0,013); *Alterazione dell'Autocontrollo Rivista* (DISC-R) (F=5,922; p=0,007).

I due gruppi identificati attraverso il questionario SDS (assenza/presenza di dipendenza psicologica) mostrano differenze significative nelle sottoscale *Disfunzione Comportamentale Esternalizzante* (BXD) (F=7,587; p=0,010); *Comportamento Antisociale* (RC4) (F=10,835; p=0,003); *Problemi Giovanili di Comportamento* (JCP) (F=12,397; p=0,001); *Abuso di Sostanze* (SUB) (F=22,139; p=0,000); *Alterazione dell'Autocontrollo Rivista* (DISC-R) (F=8,068; p=0,008).

Il due gruppi identificati attraverso il test PUM (assenza/presenza di diagnosi di disturbo di dipendenza dalla sostanza, secondo i criteri ICD 10) presentano differenze significative nelle scale di personalità *Disfunzione Comportamentale Esternalizzante* (BXD) (F=6,037; p=0,020); *Bassa*

Emotività Positiva (RC2) (F=7,084; p=0,013); *Comportamento Antisociale* (RC4) (F=13,426; p=0,001); *Problemi Giovanili di Comportamento* (JCP) (F=19,448; p=0,000); *Abuso di Sostanze* (SUB) (F=12,521; p=0,001); *Alterazione dell'autocontrollo rivista* (DISC-R) (F=8,708; p=0,006); *Introversione/Bassa emotività positiva rivista* (INTR-R) (F=6,065; p=0,020).

Infine i due gruppi identificati attraverso il test CUDIT (assenza/presenza di diagnosi di disturbo di dipendenza dalla sostanza secondo i criteri DSM IV) presentano differenze significative nelle scale di personalità *Disfunzione comportamentale/esternalizzante* (BXD) (F=4,950; p=0,034); *Problemi Giovanili di Comportamento* (JCP) (F=5,496; p=0,026); *Abuso di sostanze* (SUB) (F=5,996; p=0,021); *Alterazione dell'autocontrollo rivista* (DISC-R) (F=7,247; p=0,012).

Le analisi relative alla tipologia di consumatore, precedentemente individuata a partire dalla domanda riguardante l'autopercezione sul consumo, hanno indagato la correlazione fra tale variabile ed i risultati ottenuti nei test di consumo (Tabella 11) ed eventuali differenze fra due dei tre sottogruppi (Consumatore Occasionale e Consumatore Abituale), vista l'inconsistenza dei dati del gruppo dei Non consumatori.

Nei due gruppi si registrano differenze statisticamente significative in tutti i test specifici (CAST, SDS, PUM, CUDIT), come si può vedere dalla tabella 12.

	SDS	CUDIT	RC-3	JCP
TIPO CONSUMO	,467;(**)	,385; (*)	-,529; (**)	,444;(*)

Tabella 11. Correlazioni fra test specifici (SDS; CUDIT) e due subscale MMPI 2RF (RC3; JCP).

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). *Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

	F	p
CAST	9,276	,001
SDS	14,400	,000
CUDIT	11,481	,000
PUM	6,484	,004

Tabella 12. Analisi delle differenze tra le medie (ANOVA) fra il tipo di consumatore e i test specifici (CAST, SDS, PUM, CUDIT).

Analizzando i sottogruppi (Occasionale/Abituale), anche con le singole scale del MMPI 2RF, emergono sostanziali differenze nella scala *Cinismo* (RC3) ($F=5,258$; $p=0,012$); *Comportamento Antisociale* (RC4) ($F=7,274$; $p=0,003$); *Problemi Giovanili di Comportamento* (JCP) ($F=12,367$; $p=0,000$); *Abuso di sostanze* (SUB) ($F=5,075$; $p=0,013$); *Alterazione dell'autocontrollo rivista* (DISC-R) ($F=5,922$; $p=0,007$). In tutte le precedenti sottoscale, ad eccezione di RC3, il gruppo Consumatori

abituale ha fatto registrare punteggi significativamente maggiori.

Per quanto riguarda il differenziale semantico utilizzato, l'analisi delle 14 coppie di aggettivi non mostra significative differenze all'interno del campione totale, così come nelle analisi specifiche dei vari sottogruppi formati, sia relativi alla prima parte anagrafica, sia individuati a partire dagli specifici test. Nel grafico 1, che

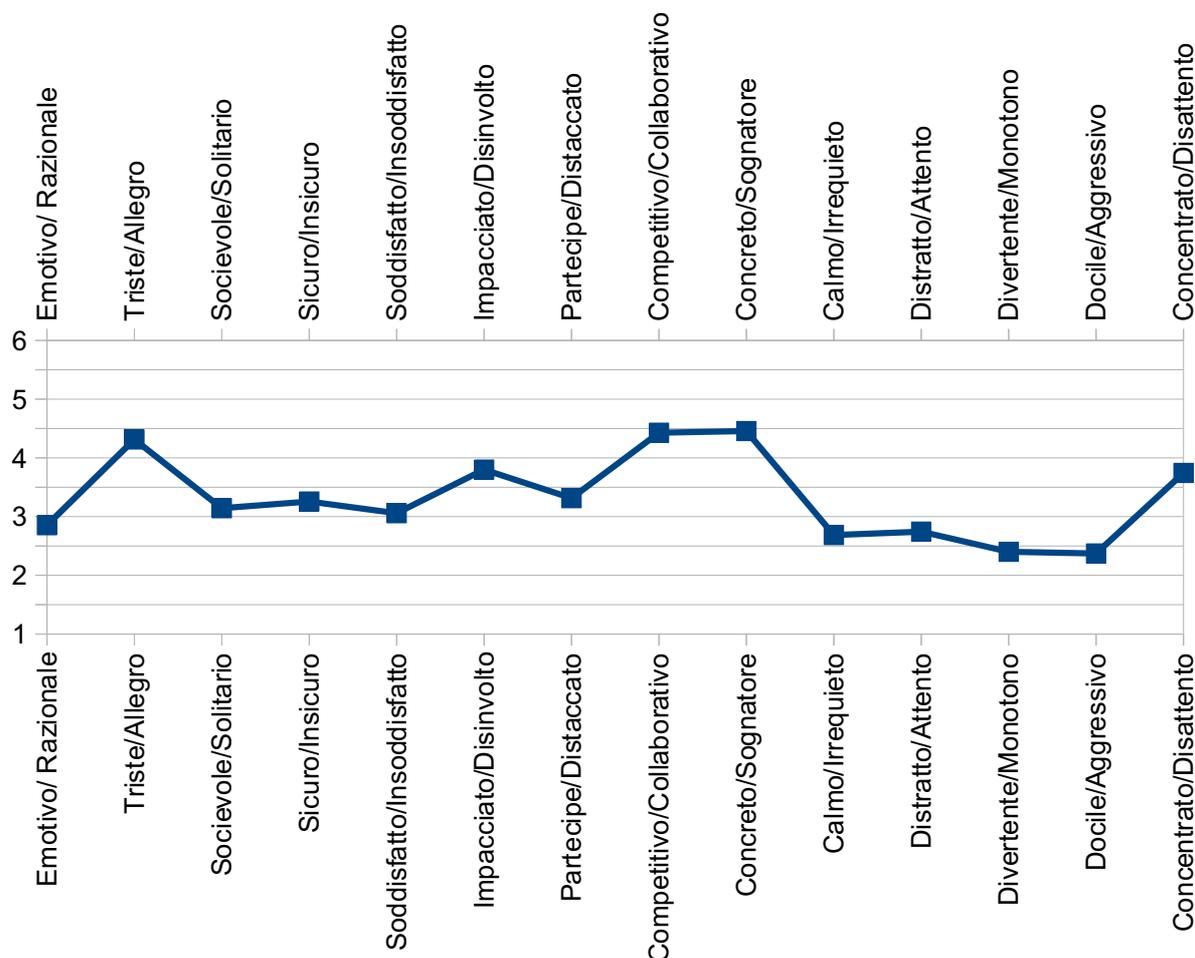


Grafico 1. Valori medi dell'intero campione nelle 14 coppie di aggettivi/differenziali semantici.

segue, si mostra l'andamento medio dell'intero campione.

Nello specifico i partecipanti hanno dichiarato di autopercepirsi, sotto effetto di cannabis, principalmente più docili, divertenti, sognatori, calmi, collaborativi, distratti, allegri ed emotivi.

Conclusioni

Il presente studio mira ad essere un contributo di ricerca teso ad approfondire le dinamiche di consumo di Cannabis in una popolazione di assuntori adulta (20-35 anni). Il fenomeno del consumo di cannabis è infatti stato oggetto di studio di numerose ricerche su soggetti adolescenti, tuttavia risulta scarsa la letteratura per questa fascia d'età.

Dai risultati ricavati dall'indagine emergono numerosi riscontri con la letteratura analizzata in precedenza.

In accordo con i dati italiani del report GPS-ITA (2012), nel gruppo che ha partecipato all'indagine la prima assunzione della sostanza si colloca tra i 15 e i 19 anni (17,08) tuttavia si riscontra un'età di esordio media inferiore per il campione maschile (15,17) rispetto a quella femminile (17,9).

Per quanto riguarda il fenomeno del policonsumo i dati registrati concordano con la letteratura esistente per il campione italiano (report GPS-ITA, 2012), registrando un'alta frequenza di consumo di cannabis associata ad alcol (85,7%) e tabacco (82,9%). Percentuali minori ma comunque preoccupanti si riscontrano per l'utilizzo di cocaina (22,9%), oppiacei (20%) e MDMA (11,4%).

È interessante notare che si sono riscontrate correlazioni fra i punteggi nella Scala Sostanziale del MMPI 2 RF *Disfunzione comportamentale/esternalizzante* (BXD) con tutti i test di severità di dipendenza e problemi connessi al consumo (CAST, SDS, PUM e CUDIT). La scala BXD, infatti, va a valutare un'ampia gamma di problemi comportamentali e fornisce una misura complessiva delle tendenze ad assumere comportamenti di *acting out*. Andando ad analizzare questo risultato più nello specifico emerge che tale dato è confermato dai risultati ottenuti nella Scala Clinica Ristrutturata *Comportamento antisociale* (RC4), delle scale di Problemi Specifici, *Problemi giovanili di*

comportamento (JCP) e *Abuso di sostanza* (SUB) e della scala PSY-5 *Alterazione dell'autocontrollo rivista* (DISC-R), ma non dai risultati delle scale *Attivazione Ipomaniacale* (RC9), *Aggressione* (AGG), *Attivazione* (ACT), *Aggressività rivista* (AGGR-R), scale comunque utilizzate per investigare ed interpretare correttamente i risultati ottenuti su BXD.

Tali dati tendono a confermare la letteratura sul tema circa i fattori di personalità legati ai comportamenti problematici passati e disturbi della condotta, al possibile esordio legato alla pressione dei pari (Degenhardt et al., 2003; Frisher, Cromer, McLeod, Bloor e Hickman, 2007; Harrison e Narayan, 2003; Von Sydow, 2002); fra i fattori di rischio presi in considerazione dalla letteratura non sembrano invece avere particolare rilevanza, per il campione preso in esame, né i livelli di autostima né i tratti di personalità legati ai disturbi dell'umore o ai disturbi d'ansia (Frisher, Cromer, McLeod, Bloor e Hickman, 2007; Harrison e Narayan, 2003).

Per l'assenza di correlazioni tra le scale RC9, AGG e ACT, i dati raccolti non sembrano confermare anche l'associazione fra comportamenti aggressivi, aggressività generalizzata e consumo di cannabis (EMCDDA, 2008), sebbene la presenza di alti valori sulla scala JCP possa essere un indicatore di cattiva condotta passata.

La correlazione di alti livelli di severità di consumo su tutte le scale di dipendenza in relazione alla scala RC4 ed entrambe le Scale specifiche JCP e SUB indica come la tendenza a comportamenti di *acting out* sembri essere connessa sia all'abuso di sostanze che alla condotta giovanile e all'influenza negativa dei compagni.

La presenza di alti punteggi nella scala sovraordinata BXD e nella scala PSY-5 DISC-R in relazione a valori più alti nelle scale di consumo indicano un'associazione fra bassi livelli di controllo comportamentale e assunzione della sostanza.

La distinzione fra soggetti non dipendenti e dipendenti (o problematici e non, o ad alto rischio e non) identificati attraverso i 4 test di consumo presenta differenze significative per tutti i test e tutte le scale di personalità già citate, confermando però solo in parte le ricerche precedenti (Budney e Moore, 2002; Looby e

Earleywine, 2007; Temple et al, 2011), in quanto i soggetti "problematici" si distinguono per un minor autocontrollo e controllo della sostanza, tuttavia non per aver una maggior svalutazione psicosociale. In particolare ciò è in accordo con i dati circa il ruolo svolto dall'impulsività nello sviluppo del rischio di uso problematico di cannabis (Van Der Pol, 2013).

Tale rapporto fra lo scarso controllo degli impulsi, la ricerca di sensazioni forti e situazioni eccitanti ed assunzione della sostanza è confermato dalla letteratura precedente, sebbene dai dati in nostro possesso non si possano fare valutazioni circa le capacità di coping nell'affrontare situazioni stressanti (Kokkevi, 2006; Harrison e Narayan, 2003; Chabrol et al., 2005; Buckner, Mallot, Schmidt e Taylor, 2006; Copeland, 2006).

Il rapporto di causalità è risultato inoltre significativo attraverso l'analisi delle regressioni per ciascuna delle scale di personalità sopracitate; pertanto si può affermare che tali fattori di rischio (la tendenza a non aver un buon autocontrollo) siano salienti per il mantenimento del comportamento di assunzione della sostanza. Per quanto riguarda l'autovalutazione dei soggetti circa il proprio consumo, tale dato risulta consistente con i risultati dei test specifici per la Cannabis, mostrando quindi un buon grado di consapevolezza sul proprio tipo di consumo. Le differenze fra i due gruppi risultano inoltre significative per i risultati ottenuti nei test sul consumo, mostrando come i due gruppi si rapportino con la sostanza in maniera effettivamente diversa.

Sebbene dall'analisi dei dati risultano non esserci particolari relazioni fra l'autovalutazione sul consumo e tratti di personalità ad eccezione per JPC e RC3 (cinismo), le differenze fra il gruppo che si è dichiarato consumatore occasionale ed il gruppo che si è dichiarato consumatore abituale risultano significative per tutte le scale di personalità già correlate ai test di consumo.

La correlazione inversa fra Autovalutazione di consumo e Cinismo, anch'essa significativa fra i due gruppi di consumatori individuati, indica che i soggetti che si sono dichiarati consumatori occasionali hanno, rispetto ai consumatori abituali, una visione della natura umana più negativa, presentando più credenze ciniche circa le motivazioni degli altri, considerati meno degni di fiducia in quanto motivati solo dal proprio

interesse. Interessante notare anche l'assenza di relazioni di tale dato con le scale interpersonali (IPP, SAV, SHY e DSF), che rende difficile interpretare tale differenza di Cinismo fra i due gruppi.

Dai dati emersi attraverso l'analisi del differenziale semantico si evince che non vi sia una differenza fra significativa circa come i diversi gruppi di soggetti si percepiscono sotto effetto della sostanza. Inoltre gli aggettivi scelti dal campione rivelano un'auto-percezione sotto effetto di cannabis tendenzialmente positiva; alla luce di ciò riteniamo possa essere utile in indagini future affiancare il differenziale semantico ad una valutazione della volontà di smettere o continuare a fare uso della sostanza.

La presente ricerca ha dunque riscontrato che il consumo di cannabis è associato all'alterazione dell'autocontrollo e alla disfunzione comportamentale di tipo esternalizzante, associata in particolare al comportamento antisociale, come prevedibile all'abuso di sostanze ed ai problemi comportamentali in giovane età. I soggetti che fanno più uso di sostanze risultano quindi meno in grado di controllare il proprio comportamento e presentano maggiori condotte di *acting out*, ovvero la tendenza ad esprimere i propri vissuti emotivi conflittuali attraverso l'azione piuttosto che con il linguaggio, comportandosi in modo poco riflessivo, senza considerare le possibili conseguenze negative di tali comportamenti.

Come considerato da Lacan (1953-54; 1955-56) tale tendenza all'*acting out* può essere considerata un tentativo di scaricare la tensione emotiva derivante da un conflitto interno attraverso una risposta comportamentale ad una situazione attuale. In tal senso il comportamento di consumo della sostanza potrebbe essere considerato conseguenza di una difetto di *simbolizzazione attraverso la parola* identificabile attraverso la formula lacaniana che definisce l'episodio psicotico "ciò che è precluso al simbolico, torna al reale" (Lacan, 1953-54; p. 84, lezione del 17 febbraio 1954). Se consideriamo quindi il consumo di cannabis come comportamento di *acting out*, esso rientrerebbe dunque all'interno del meccanismo di preclusione (*forclusion*) ed andrebbe quindi considerato al pari di un episodio psicotico, pur non essendo un indice di psicosi. Infatti, come afferma Lacan nei suoi scritti relativi ai seminari

del 1955-56, "registro l'acting-out come equivalente a un fenomeno allucinatorio di tipo delirante che si produce quando simbolizzate prematuramente, quando affrontate qualcosa nell'ordine della realtà e non all'interno del registro simbolico" (p. 95, lezione dell'11 gennaio 1956).

In tal senso, non avendo rilevato correlazioni significative fra l'utilizzo della sostanza ed alcuna delle scale di disfunzione del pensiero o di psicoticismo, riteniamo che sia utile indagare ulteriormente se il comportamento di assunzione della sostanza sia effettivamente legato maggiormente al controllo del comportamento e all'impulsività (già riscontrata da Van Der Pol, 2013) o alle condotte di acting out.

Infine il campione preso in esame ha dimostrato di avere una buona capacità di autovalutazione circa il consumo della sostanza come verificato attraverso i test di consumo. I soggetti che fanno un minor uso di cannabis risultano avere una maggior svalutazione nei confronti delle persone, attribuendogli comportamenti più negativi e motivati da interessi personali; tuttavia, tale dato, legato principalmente all'autovalutazione di consumo, non trova riscontri in letteratura e risulta pertanto difficilmente interpretabile.

Riferimenti Bibliografici

- Adamson, S.J., e Sellman, J.D. (2003). A Prototype Screening Instrument for Cannabis Use Disorder: The Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an Alcohol Dependent Clinical Sample. *Drug and Alcohol Review*, 22, 309-315.
- Agosti, V., Nunes, E., e Levin, F. (2002). Rates of psychiatric comorbidity among U.S. residents with lifetime cannabis dependence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28(4), 643-652.
- Agosti, V., Levin, F.R. (2004). Predictors of treatment contact among individuals with cannabis dependence. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 30, 121-127.
- Amato, P.R., e Keith, B. (1991). Consequences of parental divorce for children's wellbeing: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 110, 26-46.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., text rev. Washington, DC: Author.
- Arendt, M., e Munk-Jorgensen, P. (2004). Heavy cannabis users seeking treatment prevalence of psychiatric disorders. *Soc. Psychiatr. Epidemiol.*
- Arnao, G. (1993). *Cocaina e crack*. Feltrinelli: Milano.
- Bauman, A., e Phongsavan, P. (1999). Epidemiology of substance use in adolescence: prevalence, trends and policy implications. *Drug and Alcohol Dependence*, 55, 187-207.
- Beauvais, F., Chavez, E.; Oetting, E., Deffenbacher, J., e Cornell, G. (1996). Drug use, violence, and victimization among White American, Mexican American, and American Indian dropouts, students with academic problems, and students in good academic standing. *Journal Couns Psychol.*
- Boys, J., Marsden, e Strang, J. (2001). Understanding reasons for drug use amongst young people: a functional perspective. *Health Education Research*, vol. 16, 4, 457-469.
- Braus, D.F., Wrase, J., Grusser, S., Hermann, D., Ruf, M., Flor, H., Mann, K., e Heinz, A. (2001). Alcohol-associated stimuli activate the ventral striatum in abstinent alcoholics. *Journal Neural Transmission.*
- Bray, J.W., Zarkin, G.A., Ringwal, C., e Qi, J. (2000). The relationship between marijuana initiation and dropping out of high school. *Health Economy*, 9, 9-18.
- Brol, H., Rey, A., Cassan, D., Julliot, M., Carlin, E., e Rodgers, R. (2005). Contributions of social influences and psychopathological factors to cannabis use and dependence in high-school students. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 22(2), 46-51.
- Buckner, J.D., Schmidt, N.B., Bobadilla, L., e Taylor, J. (2006). Social anxiety and problematic cannabis use: Evaluating the moderating role of stress reactivity and perceived coping. *Behaviour Research and Therapy*. 44(7), 1007-1015.
- Budney, A.J., e Moore, B.A. (2002). Development and consequences of cannabis dependence. *Journal Clin. Pharmacol.*, 42, 28S-33S.
- Butters, J.E. (2002). Family stressors and adolescent cannabis use: a pathway to problem use. *Journal of Adolescence*, 25, 645-654.
- Catford, J. (2001). Illicit drugs: Effective prevention requires a health promotion approach. *Health Promotion International*, 16, 107-110.
- Chen, K., e Kandel, D.B. (1998). Predictors of cessation of marijuana use: an event history analysis. *Drug Alcohol Depend.* 50(2), 109-121.
- Chilcoat, H.D., Dishion, T.J., e Anthony, J.C. (1995). Parent monitoring and the incidence of early drug sampling in urban elementary school children. *American Journal of Epidemiology*, 141, 25-31.
- Coffey, C., Carlin, J.B., Lynskey, M., Coffey, C., Carlin, J.B., Lynskey, M., et al. (2002). Cannabis dependence in young adults: an Australian Cannabis dependence in young adults: an Australian population study. *Addiction.*
- Copeland, J. (2006). Management of Cannabis Use Disorder. *Addictions Treatment and Prevention*, 2, Blackwell Science: United Kingdom, 15-23.
- Cunningham, J.A. (2000). Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite? *Drug Alcohol Depend.* 59, 211-213.
- Degenhardt, L., Hall, W., e Lynskey, M. (2003). Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and psychosis. *Drug and Alcohol Dependence*, 71, 37-48
- Dougherty, D.M., Bjork, J.M., Harper, R.A., Marsh, D.M., Moeller, F.G., Mathias, C.W., e Swann, A.C. (2003). Behavioral impulsivity paradigms: A comparison in hospitalized adolescents with disruptive behavior disorders. *Journal of Child Psychol Psychiatry.*

- Eide, A.H., Acuda, S.W., Khan, N., Aaroe, L.E., e Loeb, M.E. (1997). Combining cultural, social, and personality trait variables as predictors for drug use among adolescents in Zimbabwe, *Journal of Adolescents*, 20, 511-524.
- EMCDDA (2008). *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, OPOCE: Luxembourg.
- Epstein, D.H., Willner-Reid, J., Vahabzadeh, M., Mezghanni, M., Lin, J.L., e Preston, K.L. (2009). Real-time electronic-diary reports of cue exposure and mood in the hours before cocaine and heroin craving and use. *Arch Gen Psychiatry*.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., e Swain-Campbell, N.R. (2003). Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people, *Psychological Medicine*, 33, 15-21.
- Fergusson, D.M., e Horwood, J. (2000a). Cannabis use and dependence in a New Zealand birth cohort. *NZ Med. J.* 113(1109), 156–158.
- Fergusson, D.M., e Horwood, J. (2000b). Does cannabis use encourage other forms of illicit drug use?. *Addiction*, 95(4), 505–520.
- Flórez-Salamanca, L., Secades-Villa, R., Budney, A.J., García-Rodríguez, O., Wang, S., e Blanco, C. (2013). Probability and predictors of cannabis use disorders relapse: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug Alcohol Depend.* 132, 127–133.
- Frisher, M., Crome, I., Green C., et al. (2005). Individual and population risk of drug use among adolescents attending an English Youth Offending Team: An epidemiological approach. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 16, 11-23.
- Glantz, M.D., e Pickens, R. (1992). *Vulnerability to Drug Abuse*, American Psychological Association: Washington DC, 211-253.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., e Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90(5), 607-614.
- Grüsser, S.M., Wrase, J., Klein, S., Hermann, D., Smolka, M.N., Ruf, M., Weber-Fahr, W., Flor, H., Mann, K., Braus, D.F., e Heinz, A. (2004). Cue-induced activation of the striatum and medial prefrontal cortex is associated with subsequent relapse in abstinent alcoholics. *Psychopharmacology* (Berl).
- Hall, W.D. (2006). Cannabis use and the mental health of young people. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 105–113.
- Hammer, T., e Vaglum, P. (1990). Forbruk av rusmidler og rekruttering til sosialhjelp blant unge arbeidsløse i Norge (Substance abuse and selection to social assistance among young unemployed people in Norway). *Alkoholpolitik, Nordiske tidsskrift for alkoholforskning*, 7, 75-84.
- Harrison, P.A., e Narayan, G. (2003). Differences in behaviour, psychological factors and environmental factors associated with participation in school sports and other activities in adolescence, *Journal of School Health*, Vol. 73, No. 3.
- Hawkins, J.D., Graham, J.G., Maguin, E., Abbott, R.D., Hill, K.G., Catalano, R.F. (1997). Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(3), 280-290.
- Horwood, L.J., Fergusson, D.M., Hayatbakhsh, M.R., Najman, J.M., Coffey, C., Patton, G.C., Silins, E., e Hutchinson, D.M. (2010). Cannabis use and educational achievement: findings from three Australasian cohort studies. *Drug Alcohol Depend.*, 110, 247–253.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M., e Bachman, J.G. (1992). *Smoking, drinking, and illicit drug use among American Secondary School students, College students, and young adults. 1975–1991*. US Dept. of Health and Human Services, Rockville, MD.
- Kandel, D.B. (1996). The parental and peer contexts of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences. *Journal of Drug Issues*, 26, 289–315.
- Kandel, D.B., e Faust, R. (1975). *Sequence and stages in patterns of adolescents drug use*. *Arch. Gen. Psychiatry* 32:923–932.
- Kandel, D.B., e Logan, J.A. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: I. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *Am. J. Public Health*, 74(7), 660–666.
- Kandel, D.B., e Davies, M. (1992). *Progression to regular marijuana involvement: phenomenology and risk factors for near-daily use*.
- Kokkevi, A., Saoirse, N.G., Spyropoulou, M., e Risk Behaviour Focus Group of the HBSC (2006). Early initiation of cannabis use: a cross-national European perspective, *Journal of Adolescent Health*, 39, 712–719.
- Lacan, J. (1953-54). *Il seminario, Libro I, Gli scritti tecnici di Freud*. Trad. di Antonello Sciacchitano e Irène Molina (1978) sotto la direzione di Giacomo B. Contri, Einaudi: Torino.
- Lacan, J. (1955-56). *Il seminario, Libro III, Le psicosi*. Trad. di Ambrogio Ballabio, Piergiorgio Moreiro, Carlo Viganò (1985) sotto la direzione di Giacomo B. Contri, Einaudi: Torino.
- Legleye, S., Karila, L., Beck, F., e Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Use*, 12(4), 233-242.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P., e Brown, R.A. (1999). Level of current and past adolescent cigarette smoking as predictors of future substance use disorders in young adulthood. *Addiction*. 94, 913–921.
- Lieb, R., Schuetz, C.G., Pfister, H., von Sydow, K., et al. (2002). Mental disorders in ecstasy users: a prospective-longitudinal investigation. *Drug and Alcohol Dependence*, 68(2), 195-207.
- Looby, A., e Earleywine, M. (2007). Negative consequences associated with dependence in daily cannabis users. *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy*, 2, 3.
- Lopez-Quintero, C., Cobos, J.P., Hasin, D.S., Okuda, M., Wang, S., Grant, B.F., e Blanco, C. (2010). Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC), *Drug and Alcohol Dependence*.
- Lynskey, M.T., Coffey, C., Degenhardt, L., Carlin, J.B., e Patton, G.C. (2003). A longitudinal study of the effects of adolescent cannabis use on high school completion. *Addiction*, 98, 685–692.
- Madu, S.N., e Matla, M.P. (2003). Correlations for perceived family environmental factors with substance use

- among adolescents in South Africa. *Psychological Reports*, 92, 403-415.
- Martin, G., Copeland, J., Gates, P., e Gilmour, S. (2006). The Severity of Dependence Scale (SDS) in an adolescent population of cannabis users: reliability, validity and diagnostic cut-off. *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 83, no. 1, 90-93
- Merrill, J.C., Kleber, H.D., Shwartz, M., Liu, H., e Lewis, S.R. (1999). Cigarettes, alcohol, marijuana, other risk behaviors, and American youth. *Drug Alcohol Depend*, 56, 205-212.
- McCrystal, P., Higgins, K., e Percy, A. (2006). School exclusion drug use and delinquency in adolescence. *Journal of Adolescence*, 29, 829-836.
- Nicholi, A. (1983). The non-therapeutic use of psychoactive drugs: A modern epidemic. *New England Journal of Medicine*, 308, 925-933.
- OEDT (2009). *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention, Thematic papers*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- Okulicz-Kozaryn, K. (2007). Ocena psychometrycznych wlasciwosci testu "Problemowe uzywanie marihuany" (PUM) dla dorastajacych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 16(2), 105-111.
- Patton, G.C., Coffey, C., Carlin, J.B., et al. (2002). *Cannabis use and mental health in young people: Cohort study*.
- Perkonig, A., Lieb, R., Höfler, M., Schuster, P., Sonntag, H., e Wittchen, H.U. (1999). Patterns of cannabis use, abuse and dependence over time: incidence, progression and stability in a sample of 1228 adolescents. *Addiction*, 94(11), 1663-1678.
- Preston, K.L., Vahabzadeh, M., Schmittner, J., Lin, J.L., Gorelick, D.A., Epstein, D.A. (2009). Cocaine craving and use during daily life. *Psychopharmacology*.
- Report GPS-ITA, Dipartimento politico antidroga (2012). *Indagine sul consumo di sostanze psicotrope nella popolazione italiana 18-64 anni*. Relazione annuale al Parlamento 2012 sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia, Dicembre.
- Silbereisen, R.K. (1997). Mißbrauch und Gebrauch von Alkohol und Drogen im Jugendalter. In: Weinkraut, R., Haisch, J., Kessler, M. (a cura di), *Public Health und Gesundheitspsychologie*. Huber, Göttingen, 170-178.
- Smart, R., e Ogborne, A. (2000). Drug use and drinking among students in 36 countries. *Addictive Behavior*, 25, 455-460
- Stinson, F.S., Ruan, W.J., Pickering, R., e Grant B.F. (2006). Cannabis use disorders in the USA: prevalence, correlates and co-morbidity. *Psychol. Med.* 36, 1447-1460.
- Swift, W., Hall, W., e Teesson, M. (2001). Cannabis use and dependence among Australian adults: results from the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Addiction*, 96, 737-748.
- Temple, E.C., Brown, R.F., e Hine, D.W. (2011). The 'grass ceiling': limitations in the literature hinder our understanding of cannabis use and its consequences. *Addiction*, 106(2), 238-244.
- Van der Pol, P., Liebrechts, N., de Graaf, R., Korf, D.J., van den Brink, W., e van Laar, M. (2013). Predicting the transition from frequent cannabis use to cannabis dependence: a three-year prospective study. *Drug Alcohol Depend*, 133(2), 352-359.
- Van der Pol, P., Liebrechts, N., De Graaf, R., Ten Have, M., Korf, D.J., Van den Brink, W., e Van Laar, M. (2013). Mental health differences between frequent cannabis users with and without cannabis dependence and the general population. *Addiction*.
- Van Etten, M.L., Anthony, J.C. (1999). Comparative epidemiology of initial drug opportunities and transitions to first use: marijuana, cocaine, hallucinogens and heroin. *Drug Alcohol Depend*, 54, 117-125.
- Veen, N., Selten, J.P., Hoek, H.W., Feller, W., Graaf, Y., e van der Kahn, R.S. (2002). Use of illicit substances in a psychosis incidence cohort: a comparison among different ethnic groups in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- WHO (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, Geneva.
- Wills, T.A., Yaeger, A.M., e Sandy, J.M. (2003). Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 24-31.
- Wittchen, H. (2002). Prevalence and age of onset for drug use in seven international sites: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 285-297.

CORSO DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA COMPARATA

La psicoterapia non è una scienza.
Mentre la psicologia oggi ha vari modelli
che possono reggere test di scientificità,
la psicoterapia, più che una scienza, è un'arte.

(V. Guidano)

IMPARA L'ARTE.

OPEN DAY

20 GIUGNO 2016

H. 18,00

VIALE GRAMSCI 22 FIRENZE

INGRESSO LIBERO