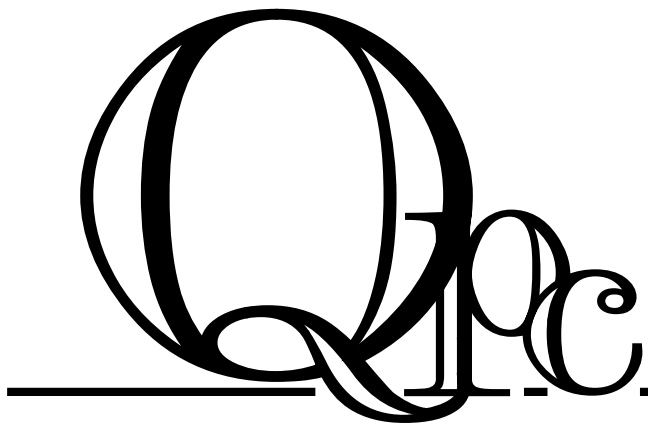




quaderni di psicoterapia comparata
esperienze di confronto e integrazione

CORPO, PSICHE E PSICOTERAPIE



quaderni di psicoterapia comparata
esperienze di confronto e integrazione

CORPO, PSICHE E PSICOTERAPIE

QUADERNI DI PSICOTERAPIA COMPARATA
6/2017
LUGLIO 2017

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 PECCHIOLO, ANDREA INNOCENTI, MANUELE MATERA

COMITATO DI REDAZIONE:
GIULIA BONACCORSO, PAOLO CARNICELLI, ORietta CASINI, CHIARA FABRETTO, GIACOMO FINI,
FEDERICO PESCIATINI, SILVIA TABANI

COMITATO SCIENTIFICO:
PIETRO CATERINI, MARIO AJAZZI MANCINI, ANNALISA CAMPAL, GIOVANNI CIOLI, GIOVANNA
D'ONGHIA, ANDREA INNOCENTI, FEDERIGO BRUNO INNOCENTI, MANUELE MATERA, NICOLA
MATERASSI, SIMONA PECCHIOLO, 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: CORPO, PSICHE E PSICOTERAPIE

Jonathan H. Slavin, Miki Rahmani

Un ballo lento. Mente, corpo e sessualità in una nuova psicoanalisi relazionale

pag. 9

Giulia Bonaccorso

Quando il corpo è deturpato

pag. 19

Paolo Carnicelli

Il contatto corporeo nel trattamento clinico

pag. 27

Orietta Casini

Corporeità e tossicodipendenza: il corpo nell'eroinomane

pag. 33

Silvia Tabani

La complessa questione delle addiction. Il mondo interno e esterno delle dipendenze patologiche

pag. 41

Gruppo Extimité

Il corpo tra Freud e Lacan

pag. 53

Alberto Batini

Cosa resta dell'isteria

pag. 65

Filippo Cantelli

Lo psicoterapeuta di fronte al dolore fisico. Uno sguardo ad alcuni approcci terapeutici

pag. 73

Lapo Conti

Il corpo nell'incontro terapeutico. Una riflessione comparata tra filosofia della mente, scienze cognitive e ambito clinico

pag. 79

Tabatha Fantoni

L'autolesionismo

pag. 85

Gian Piero Giampieri	
<i>Il corpo del terapeuta. Il controtransfert somatico</i>	pag. 91
Federica Niro	
<i>La centralità del corpo in psicoterapia. Tecniche di drammatizzazione</i>	pag. 101

ATTUALITÀ

Giulia Bonaccorso	
<i>MMORPG. Il fattore della socializzazione all'interno dei giochi di ruolo online</i>	pag. 111

RECENSIONI

Paolo Carnicelli	
<i>Convegno PNEI Lucca 2016</i>	pag. 121
Stroscio et al.	
<i>Melancholia. Riflessioni sul film di Lars Von Trier</i>	pag. 127

RIFLESSIONI

Chiara Fabretto	
<i>Cosmologia di una vita violenta</i>	pag. 139
Chiara Fabretto	
<i>La realtà ristretta dell'uomo recluso</i>	pag. 145
Federico Pesciatini	
<i>Le motivazioni del suicidio. Lettura delle ultime lettere di Jacopo Ortis</i>	pag. 153

STUDI E RICERCHE

Federico Pesciatini	
<i>Stato attuale delle tecniche proiettive. Sostenitori e detrattori a confronto</i>	pag. 157
Giacomo Fini	
<i>Insight!</i>	pag. 167
Manuele Matera	
<i>Il rilassamento integrato: una tecnica per i disturbi d'ansia</i>	pag. 179

EDITORIALE

Il corpo è certamente uno dei misteri più importanti e interessanti da svelare per la scienza umana. Per gli operatori del mondo psicologico è il rapporto tra mente corpo il punto cruciale, come questi due aspetti si interfacciano, come si integrano. Altre questioni importanti sono come il corpo viene pensato, trattato e considerato in psicoterapia. La S.P.C. ha partecipato al congresso FIAP "Amore e Psiche – La dimensione corporea in psicoterapia" tenutosi ad Ischia il 6, 8, 9 ottobre 2016, portando il suo contributo e partecipando agli interventi delle altre scuole. Ci è parso di trovare al congresso un clima di interesse e di impegno comune ad entrare nella complessità dell'argomento, soprattutto attraverso un atteggiamento di apertura alla integrazione delle teorie e dei modelli portati da relatori appartenenti a scuole diverse. Tra i prestigiosi ospiti internazionali la lezione magistrale è stata tenuta da Jaak Panksepp, L'idea della complessità espressa da questo autore rispetto al funzionamento del cervello umano non consente, nella nostra opinione, di "prendere una parte per il tutto" ovvero nessuna scuola psicoterapeutica può indicare sé stessa come quella che ha una risposta su tutte ma può solo onestamente dire di fare parte di questa complessità. Panksepp è l'autore di "The Archeology of Mind" (2012) e al congresso ha esposto e discusso le implicazioni in ambito psicoterapeutico e psichiatrico delle sue scoperte relative alla localizzazione nelle zone più profonde e antiche del cervello di sette emozioni di base, sperimentalmente dimostrate, comuni all'uomo e ad altri mammiferi. Rage, Seeking, Fear, Lust, Care, Panic, Play sono contemporaneamente vissuti soggettivi e comportamenti, presenti a una coscienza embrionale, sensazioni emozionali che vengono successivamente processate a livelli più elevati del cervello come memoria e apprendimento e, al livello neo-corticale, cognitivamente. Le scoperte di Panksepp forniscono base scientifica e di conseguenza un terreno comune alle teorie psicologiche e ai modelli psicoterapeutici attuali che possono essere ripensati alla luce della complessità che ne deriva. Purtroppo, Jaak Panksepp, psicologo, psicobiologo e neuroscienziato americano di origine estone, è morto improvvisamente nell'aprile di quest'anno. Lascia alla comunità scientifica una corposa e fertile eredità. A proposito del ruolo del terapeuta, Panksepp consigliava di cercare il contatto con le emozioni di base attraverso l'empatia e adattando le tecniche terapeutiche ad ogni singolo paziente.

È nella relazione infatti, e questa è una conferma importante e confortante che proviene dalle "neuroscienze affettive", che si situa la speranza della 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: Il corpo. Nel primo articolo, *Un ballo lento. Mente, corpo e sessualità in una nuova psicoanalisi relazionale*, Jonathan H. Slavin e Miki Rahmani parlano della comprensione in terapia delle esperienze attraverso il corpo proprio e dell’altro nella relazione interpersonale. La prima parte del Focus raccoglie i lavori di alcuni dei tirocinanti della Scuola. Giulia Bonaccorso, in *Quando il corpo è deturpato* affronta il tema del valore dell’aspetto fisico nell’incontro con gli altri e nella propria percezione. *Corporeità e tossicodipendenza: il corpo nell’eroinomane* è un ritratto del tossicodipendente italiano di oggi, dal punto di vista della sua personalità e delle sue consuetudini. Ancora sul tema della dipendenza *La complessa questione delle addiction. Il mondo interno ed esterno delle dipendenze patologiche*, in cui Silvia Tabani descrive cause ed effetti delle dipendenze ed affronta il tema complesso della prevenzione e della riabilitazione. Siamo qui lieti di ospitare la trascrizione del seminario *Il corpo tra Freud e Lacan* tenutosi presso l’associazione culturale “Extimite” con interventi di Giulia Lorenzini, Claudia Tinti e Piergiorgio Curti. A seguire i lavori di alcuni tra gli allievi del quarto anno del corso di specializzazione in psicoterapia. Alberto Batini, in *Cosa resta dell’isteria?* si chiede come sia cambiata l’isteria dalle descrizioni presenti nell’opera di Freud ad oggi, esplorando le recenti definizioni e teorie. *Lo psicoterapeuta di fronte al dolore fisico. Uno sguardo ad alcuni approcci terapeutici* di Filippo Cantelli ci parla di come lo psicoterapeuta può aiutare il paziente a combattere il dolore fisico. Lapo Conti è l’autore di *Il corpo nell’incontro terapeutico. Una riflessione comparata tra filosofia della mente, scienze cognitive e ambito clinico*. Nella relazione terapeutica non soltanto due menti si incontrano, ma anche due corpi, nella condivisione di un’esperienza pienamente intersoggettiva. *L’autolesionismo. Cos’è, le motivazioni sulle quali si basa e le strategie per affrontarlo con particolare attenzione ad un approccio cognitivo-comportamentale* è il titolo del lavoro di Tabatha Fantoni dedicato alle condotte autolesive, alle funzioni che rivestono, alle strategie di cura di un problema di rilevanza sociale. Ancora sulla presenza del corpo nello spazio della terapia e sulle sue implicazioni *Il corpo del terapeuta. Il controtransfert somatico* di Giampiero Giampieri e *La centralità del corpo in psicoterapia. Tecniche di drammatizzazione* di Federica Niro, dedicato al tema del coinvolgimento del corpo nel processo terapeutico attraverso alcune tecniche.

ATTUALITÀ: MMORPG. *Il fattore della socializzazione all’interno dei giochi di ruolo online*. Un viaggio nella Internet Gaming Addiction a firma di Giulia Bonaccorso, che esplora in particolare il mondo dei Massively Multiplayer Online Role-Playing Games.

RECENSIONI: *Recensione al Convegno PNEI 2016* tenutosi a Bagni di Lucca, autore Paolo Carnicelli. *Melancholia*. Recensione al film di Lars von Trier a cura di C. Garganese, A. Tommasi, M. Luca, G. Palmieri, A. Zucconi, D. Strosio.

RIFLESSIONI: Di Chiara Fabretto *Cosmologia di una vita violenta*. Pier Paolo Pasolini e il suo romanzo "Una vita violenta" ispirano una riflessione sul tema della violenza, le sue radici e le patologie correlate. Ancora di Chiara Fabretto *La realtà ristretta dell'uomo recluso*, sulla condizione del detenuto, con un'intervista ad una psicologa del carcere di Sollicciano a Firenze. *Le motivazioni del suicidio: lettura delle "Ultime lettere di Jacopo Ortis"* di Federico Pesciatini affronta il tema del suicidio attraverso alcune teorie sociologiche e psicologiche.

STUDI E RICERCHE: *Stato attuale delle tecniche proiettive. Sostenitori e detrattori a confronto*, di Federico Pesciatini, rende conto del dibattito in corso sulle tecniche proiettive, in particolare Rorschach, TAT e Disegno della figura umana. *Insight!* di Giacomo Fini è uno studio sull'insight, che cos'è, come avviene, come può coadiuvare nella ricerca di soluzioni ai problemi. Manuele Matera è autore dell'articolo *Il rilassamento integrato*, sulle teorie e le tecniche di rilassamento.

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

Corso di formazione di base in

TECNICHE DI RILASSAMENTO INTEGRATE e loro utilizzo in ambito clinico e sanitario

Nuova Edizione

32 ore - riservato a **operatori dell'area sanitaria**

gennaio 2017



UN BALLO LENTO. MENTE, CORPO E SESSUALITÀ IN UNA NUOVA PSICOANALISI RELAZIONALE

di Jonathan H. Slavin¹ e Miki Rahmani²

¹Professore Harvard University e New York University, due volte Presidente della Divisione di Psicoanalisi APA, Presidente del Massachusetts Institute for Psychoanalysis

²Chief Psychologist Centro Salute Mentale South Jerusalem, Docente Emerito Hebrew University di Gerusalemme

Questo articolo è una versione preliminare e ridotta dell'articolo pubblicato in cartaceo e online nella rivista *Psychoanalytic Perspectives* nel 2016. Per citare l'articolo si prega di fare riferimento a questa versione:

This article is an earlier and briefer version of an article published in print and online in the journal *Psychoanalytic Perspectives* in 2016. To cite this article please cite that version:

Slavin, J. & Rahmani, M. (2016). *Slow dancing: Mind, body, and sexuality in a new relational psychoanalysis*. *Psychoanalytic Perspectives*, 13:152-167. Copyright © 2016 National Institute for the Psychotherapies

Traduzione italiana a cura di Natalia Garcia Berra, psicologa

IL LAVORO DI JONATHAN E MIKI

di Andrea Innocenti

Direttore Scuola di Psicoterapia Comparata

Nel mese di giugno 2017 abbiamo avuto il piacere di ospitare presso la Scuola di Psicoterapia Comparata di Firenze Jonathan H. Slavin e Miki Rahmani. Jonathan e Miki hanno tenuto seminari e workshop sulla prospettiva relazionale nella psicoterapia, sulla sessualità nello sviluppo e nella terapia, e sulla supervisione clinica negli Stati Uniti, in Canada, Israele, Russia, Romania, Armenia, Turchia, Cina e Italia. Abbiamo chiesto loro di contribuire alla nostra rivista con la pubblicazione di questo articolo, che bene riassume i principi di base del loro lavoro clinico e di ricerca pluridecennale.

Jonathan H. Slavin, Ph.D., ABPP, è Clinical Instructor in Psicologia presso il Dipartimento di Psichiatria della Harvard Medical School; è inoltre Professore Clinico Associato del Programma di Post-Dottorato in Psicoterapia e Psicoanalisi della New York University; ha fondato il Tufts University Counseling Center, di cui è stato anche Direttore (1970–2006); è stato presidente della Divisione di Psicoanalisi (39) della American Psychological Association; è fondatore e presidente del Massachusetts Institute for Psychoanalysis. Le pubblicazioni del Dr. Slavin si sono incentrate sui fondamentali elementi esperienziali nella relazione terapeutica, tra cui l'amore, la sessualità, il desiderio, la sincerità, l'agency personale, e il loro ruolo nel riparare la mente.

Miki Rahmani, M.A., è Psicologo Responsabile presso il Centro di Salute Mentale "South Jerusalem", e Faculty Emerita della School of Education presso la Hebrew University di Gerusalemme, Israele. In oltre 35 anni di insegnamento e pratica

clinica, ha tenuto corsi annuali, seminari e workshop sulla relazione in supervisione, il processo della supervisione nel lavoro clinico e nella formazione, e sul processo di cura.

*Nel suo posto in riva al fiume
Suzanne ti ha voluto accanto
e ora ascolti andar le barche
ora puoi dormirle al fianco
si lo sai che lei è pazza
ma per questo sei con lei
E ti offre il tè e le arance
che ha portato dalla Cina
e proprio mentre stai per dirle
che non hai amore da offrirle
lei è già sulla tua onda
e fa che il fiume ti risponda
che da sempre siete amanti*

*E tu vuoi viaggiarle insieme
vuoi viaggiarle insieme ciecamente
perché sai che le hai toccato il corpo
il suo corpo perfetto con la mente
(Suzanne – Leonard Cohen)*

Entro la prospettiva relazionale, il recente pensiero psicoanalitico (Fast, 2006, 2012; Fonagy e Target, 2007; Gentile, 2007, 2008, 2010, 2013) ha tentato di reintegrare il corpo e l'esperienza corporea nella nostra comprensione della formazione della mente. Questo ritorno al corpo è interessante perché è proprio lì che la psicoanalisi si è concentrata nella prima metà del XX secolo, dopo l'abbandono da parte di Freud della teoria del trauma. Il suo fulcro, e quello della psicoanalisi classica, era sulla libido, sulla sessualità e sull'esperienza corporea nello sviluppo della personalità.

Tuttavia a questo fece seguito una rivoluzione nella psicoanalisi. A partire da Winnicott, da Sullivan in America, e poi con la psicologia del Sé e la prospettiva relazionale, la psicoanalisi incominciò a muoversi in un'altra direzione, distanziandosi dall'esperienza corporea e avvicinandosi verso il modo in cui le relazioni plasmano la mente. Questa rivoluzione relazionale è stata essenziale. Ha restituito importanza nella psicoanalisi all'impatto che la realtà, rappresentata da persone reali, interazioni

reali e fallimenti reali durante lo sviluppo hanno sulla formazione della mente.

È importante tenere a mente che queste prospettive "relazionali" non riguardano semplicemente le interazioni nel mondo reale. Piuttosto, riguardano il modo in cui le relazioni, così come sono esperite dall'individuo, conformano il mondo interno, la mente. Gli oggetti interni non sono semplici creazioni di fantasie libidinali prodotte dall'interno. Si basano sulle interazioni reali con persone reali. Inoltre, queste prospettive relazionali hanno cambiato il modo di vedere il processo psicoterapeutico. Il terapeuta o l'analista non era più un osservatore esterno e obiettivo che forniva una sorta di *insight* che in qualche modo produce un cambiamento. Il vero agente di cambiamento diviene la reale interazione tra due persone reali. Durante lo sviluppo del pensiero psicoanalitico, questa ampia prospettiva relazionale ci ha permesso di ritrovare nuovamente qualcosa che avevamo perso di vista in 75 anni, ovvero il profondo impatto che il trauma reale e l'abuso sessuale hanno su tante, tantissime persone. Ed è precisamente questo il punto di partenza dal quale si è sviluppata la psicoanalisi.

Ma ora è assolutamente necessario che la psicoanalisi effettui una nuova integrazione tra il corpo fisico e l'esperienza relazionale. Come sempre più ricerche scientifiche stanno evidenziando, il cervello fisico, l'organo attraverso cui il corpo sperimenta il mondo, e la mente, la psiche, sono un'unità. La scissione mente-corpo (Fast, 1992) che ha le sue radici negli ideali di Platone ed è stata rafforzata nel pensiero occidentale dal rifiuto del corpo e della sensualità da parte della teologia Cristiana, non è più sostenibile. Dopo quasi due decenni di scoperte importanti sullo studio del cervello, Kandel (2013), premio Nobel in Medicina, recentemente ha affermato "la psicoterapia è un trattamento biologico, una terapia per il cervello. Produce cambiamenti fisici percettibili e durevoli nel nostro cervello". Ed è effettivamente così. Tutti gli studi effettuati attraverso TAC cerebrali mostrano che ogni forma di psicoterapia, sia di tipo Cognitivo Comportamentale, sia di tipo "relazionale", produce cambiamenti reali e permanenti negli schemi della comunicazione cerebrale. Questo non è più in discussione. Ciò che invece è ancora in discussione, e che deve essere oggetto di ulteriori studi, è se siano gli aspetti relazionali di un processo psicoterapeutico o i contenuti di tale terapia alla fonte del cambiamento.

In psicoanalisi ritornare al corpo, al cervello, vuol dire incontrare la realtà materiale e fisica, il limite tra il corpo e la mente nel mondo reale esterno. Come è chiaro da tempo, noi non possiamo continuare a pensare soltanto alla realtà interna, psichica. Certo, implicitamente sappiamo che le nostre menti funzionano attraverso l'esperienza dei nostri corpi nel mondo fisico. Non solo attraverso i sensi, ma anche, dal nostro punto di vista, nel modo fondamentale in cui pensiamo. Noi pensiamo con i nostri corpi (Renik, 1993) e attraverso l'incontro del nostro corpo con il mondo fisico. Le metafore sono forse il miglior esempio di ciò. Per metafora di solito si intende un processo intellettuale e mentale di astrazione, l'uso di una parola o di una frase per designare o spiegarne un'altra. Ma, di fatto, se pensiamo alle metafore,

queste non sono solo la sostituzione di alcune parole con altre. Quasi sempre, noi utilizziamo il mondo fisico e l'incontro del nostro corpo e la sua relazione con esso¹ in modo da comprendere meglio anche i concetti più astratti e i nostri sentimenti umani più complessi. Facciamo alcuni esempi: in questa discussione, se ci fate delle domande difficili, in inglese diremo che ci tenete *sulle punte dei piedi* (in italiano: che ci tenete *sulle spine*), o che dobbiamo *pensare su due piedi*; il fatto che qualcuno lì dietro stia dormendo mentre parliamo *ci distrugge*; speriamo che qualcuno faccia una *domanda profonda*; cerchiamo di non stare sulla *superficie* delle cose; e, quando ieri abbiamo ricevuto la notizia sul nostro piccolo stock di Apple, *abbiamo toccato il cielo con un dito*.

È evidente che usiamo il nostro corpo in funzione della nostra mente. Ma è possibile cercare di trovare la nostra mente nel corpo — incluso nella sua espressione più astratta, la metafora — senza ritornare alla basilare integrazione psicoanalitica dell'assoluta centralità della sessualità nel nostro sviluppo mentale? Non sono forse la sessualità, la sensualità, il piacere fisico, il modo primario in cui il corpo sperimenta il mondo fin dalla nascita? E, se così è, una nuova psicoanalisi relazionale che si occupi del corpo nella mente non dovrebbe occuparsi anche dell'efficace spiegazione di Freud sul ruolo fondamentale della nostra esperienza sessuale al centro e al limite dei nostri mondi relazionali?

Vediamo cosa Freud (1912), il primo analista relazionale, dice riguardo l'origine delle relazioni:

...siamo costretti ad ammettere che tutti i rapporti sentimentali di simpatia, amicizia, fiducia e simili, da cui nella nostra vita traiamo vantaggio, per quanto puri e non sensuali possano apparire nella nostra autopercezione conscia, sono geneticamente collegati con la sessualità e si sono sviluppati da brame puramente sessuali attraverso un'attenuazione della meta sessuale. Originariamente non abbiamo conosciuto che oggetti sessuali e la psicoanalisi ci dimostra che anche le persone che nella vita reale ci limitiamo a stimare o ammirare possono

¹ I lavori di Irene Fast (1992, 2006) sulla natura fondamentalmente corporea della mente e del pensiero in psicoanalisi, e di Owen Renik (1993) sugli aspetti corporei e di movimento del corpo impliciti nel pensiero preconscious,

specialmente nella clinica in relazione alla consapevolezza del controtransfert, hanno avuto molta rilevanza nell'elaborazione del nostro pensiero riguardo le metafore e il corpo.

continuare a essere oggetti sessuali per il nostro inconscio (p.527).

Riprendendo l'argomento di Freud, in questa discussione speriamo di esplorare alcuni dei modi in cui la sessualità è alla base dell'elaborazione di tutte le nostre esperienze relazionali, della formazione delle nostre menti e relazioni nella potente interazione tra genitori e figli; dei rapporti sessuali tra adulti; e implicata in ciò che avviene tra pazienti e terapeuti.

Vogliamo sottolineare che sappiamo che ciò che stiamo dicendo non è del tutto nuovo. In parte qualcosa è già stato detto in passato. Quello che speriamo di fare è di fornire una sorta di nuova "lente" per osservare concetti che sono già familiari. Iniziamo con due vignette cliniche.

Perdere la propria mente nel sesso

Kurt, il mio paziente, non riusciva a trovare la sua mente. Un uomo sulla trentina, Kurt era perso in una palude interiore di incertezza e ambiguità, e pensava che la sua vita fosse estremamente faticosa. Passava da una relazione all'altra, relazioni che potevano avere una durata variabile. All'inizio si sentiva estremamente coinvolto dalle donne che incontrava, ma gradualmente incombeva una sensazione di ansioso disorientamento. Perché stava con lei? Non riusciva a trovare i suoi sentimenti. Mi sentivo perso anch'io.

Gradualmente, con il passare del tempo, emerse il quadro² del mondo in cui Kurt era cresciuto. Aveva dei genitori che volevano il suo bene, che gli avevano dato tutto il meglio che potevano materialmente. Cibo, casa, una buona educazione. Ma entrambi erano perseguitati da due importanti, seppur diversi, traumi avvenuti durante il loro sviluppo. Il padre aveva vissuto la guerra da bambino ed era emotivamente inaccessibile. Sua madre, la cui madre era stata molto brutale, cercava di calmarlo e consolarlo, prima da bambino e ora da adulto, con commenti superficiali che non tenevano mai in considerazione la sua reale solitudine emotiva e il suo dolore. Che fosse perché incapaci di riconoscere il bisogno di Kurt di avere un

contatto reale con loro, di toccare la sua mente con la loro, o che i suoi sforzi abbiano smosso la loro vulnerabilità traumatizzata, ogni genitore era, a modo suo, veramente inaccessibile. I suoi tentativi per trovare riconoscimento, vicinanza, il bisogno di essere semplicemente visto, non lo avevano portato da nessuna parte.

Dopo molti mesi di trattamento, è stato fatto molto lavoro riguardo l'esperienza di sviluppo di Kurt. E inoltre ha conosciuto una donna e sono entrati subito in sintonia. L'intensità cresce rapidamente tra loro. Sono entrambi incuriositi dagli interessi dell'altro, lui la trova estremamente attraente. Sembrano veramente aver trovato un contatto.

Toccare diventa *toccare*. L'eccitazione del riconoscimento, l'esperienza di due persone che si incontrano, l'incontro delle loro menti – fondamentalmente sessuali e corporee all'origine, come suggerito da Freud (1912), ciò che Jessica Benjamin (1995) definisce come il piacere del riconoscimento – presto diviene sesso.

Qualche seduta più tardi, Kurt ha un'espressione molto triste. È veramente molto giù. "Non lo so, Jonathan", mi dice. "Siamo entrati in intimità. È un'esperienza incredibile. Cioè, dovrebbe essere un'esperienza incredibile. Sono sicuro che altri uomini la penserebbero così. Ma succede qualcosa", Kurt dice, "lei si perde così tanto in se stessa, nei suoi orgasmi, e ci rimane per così tanto tempo che mi sento vuoto e distaccato". Così come Kurt lo descrive, sembra chiaro che lui non si sente più parte di un qualche processo tra di loro, tra le loro passioni e i loro corpi. Lei è nel suo spazio e lui ancora una volta si sente perso.

Trovare la propria mente nel sesso

Una neo terapeuta sta lavorando con un uomo dall'autostima molto fragile, percepita in modo doloroso soprattutto nei suoi rapporti con le donne. La terapeuta vuole essere d'aiuto, ma lei stessa è scettica riguardo alla terapia. Perché non fornire solo un sostegno? Lentamente, grazie all'attenta guida del suo supervisore, la terapeuta

² È quasi impossibile, durante la stesura di questo lavoro, non notare i riferimenti materiali che utilizziamo quando

comunichiamo. Localizzare: trovare nel mondo fisico; un quadro: qualcosa che vediamo, qualcosa di materiale.

comincia da ascoltare e il paziente le racconta di più su di sé e sulla sua esperienza. Ma in seguito a una seduta recente, la terapeuta dice al suo supervisore che è completamente confusa. Non riesce a mettere insieme i pezzi. Il paziente era ad una festa e stava ballando un lento con un'amica. Tra di loro inizia a succedere qualcosa, qualcosa di profondo, non solo sessuale, dice lui, ma un qualcosa di vitale ed eccitante. Lui percepisce che lei sente la stessa cosa. Ancora più sorprendentemente, lei gli chiede: "Anche tu hai sentito qualcosa di veramente speciale?". Incredibilmente anche lei aveva l'urgenza di sapere se la cosa era reciproca.

La terapeuta ricordava poco altro della seduta, eccetto la fine. Il paziente aveva detto che quello di cui più voleva sbarazzarsi era del piccolo bambino bisognoso dentro di lui, che odia. Di colpo la terapeuta si sentì dire: "Perché non puoi semplicemente amarlo?". Il paziente rimase scioccato. Disse: "Non ci avevo mai pensato". La terapeuta non capisce da dove è arrivato questo commento ma si ricorda che aveva immaginato quanto doveva essere stato carino lui da bambino, intanto che pensava al proprio figlio piccolo.

Mentre supervisore e terapeuta parlavano, tornarono sul discorso del lento. La terapeuta disse come l'aveva immaginato e sentito dentro di lei, nel suo corpo. Il supervisore riconobbe che anche lei aveva provato qualcosa. Il contenuto della seduta le tornò in mente. La terapeuta si ricordò che il paziente aveva parlato dell'umiliante rifiuto che aveva sperimentato in quarta elementare da parte di una bambina a cui aveva chiesto di essere la sua fidanzata. Tutta la sua vita si era sentito non visto. Lo odiava e odiava se stesso. La terapeuta si ricordò che il paziente le aveva detto che voleva che fosse scritto sulla sua tomba [epitaffio] "qui giace una persona reale". Ora, dopo il lento e la reazione della ragazza, pensa che dovrebbe essere "qui giace una persona con connessioni reali". Aveva sempre sentito che nessuno, specialmente le donne, poteva vederlo veramente.

Supervisore e terapeuta in seguito parlarono su come le immagini del ballo lento avessero rivitalizzato entrambe, e come avevano permesso alla terapeuta di mettersi in contatto con il paziente, sentirlo come uomo e come

ragazzo, in modo che lui potesse iniziare a mettersi in contatto con il bambino piccolo dentro di lui.

Discussione

Fermiamoci un momento a considerare il significato di queste due vignette. Nel caso del lento, la terapeuta è sorpresa dal potere del processo. Mentre abbiamo ascoltato queste vignette sul ballo lento, su un ballo a stretto contatto, forse anche noi abbiamo avuto le nostre proprie immagini e sensazioni; anche noi possiamo sentire il sovrapporsi di esperienze di risposte umane profondamente *psichiche e corporee* e, con esse, una corrispondente capacità di comprensione più profonda. Quando entriamo nella mente di un'altra persona e veniamo toccati dalla sua, comprendiamo queste esperienze *attraverso e con i nostri corpi*.

Il caso di Kurt ci dice molto sull'incredibile fatica che certe persone fanno a trovare la propria mente nel mondo materiale, compreso il mondo del corpo e il contatto mente/corpo con la realtà. Kurt ha "perso la testa" con la sua ragazza, o meglio, si è sentito perso dentro lei, perché, così come nella sua esperienza con i suoi genitori, ha sentito che *nessuno era lì*, in ogni accezione corporea ed emotiva che questa frase possa avere. Questa è una terribile e terrificante perdita di ancoraggio nel proprio corpo e nel mondo, molto diversa da ciò che "perdere la testa" in un momento di passione possa voler dire.

Negli esempi di Kurt e del liscio vediamo due poli che sono sempre potenzialmente presenti in ognuno di noi, tra dissociazione e relazioni, tra l'avere la nostra mente con noi mentre tracciamo quella di un'altra persona, o cancellare il contatto, perdere la nostra mente e quella dell'altro. Benjamin (1995) si riferisce alla "*tensione costante* tra il riconoscimento dell'altro e l'affermazione di sé" (p.38, corsivo nell'originale, trad. del traduttore). Quando l'oscillazione tra questi due poli è assente, quando fallisce la tensione intersoggettiva, non vi è più alcun ballo lento, la mente del paziente è scissa tra l'onnipotenza e l'abbietta resa (Benjamin, 1995) e si prova l'essenziale vuoto dell'esistenza, così come Kurt ha profondamente sperimentato.

Quello che speriamo di suggerire in questa discussione è che la sessualità *incarna* tutto questo potenziale di esperienze umane in noi e nelle relazioni: la spinta e la resa, dalla superficie della mente, e quella del corpo, fino al limite del quasi troppo, smuovendo passione o, con qualche differenza, provocando violazione. Nella sessualità, in un unico e solo momento, si illumina il paradosso della mente umana e delle relazioni tra gli uomini: la capacità di tenere l'altro nella mente, di tenerli come custodi della nostra esperienza di *agency* mentre ci rispondono; e, allo stesso tempo, di cancellarli quando privilegiano i desideri della nostra mente sentiti così pressantemente nei nostri corpi.³

È fondamentale per il pensiero psicoanalitico comprendere che questi modi di esperire sono creati e modellati dalle primissime interazioni tra bambino e madre, nel contatto corporeo che sta alla base di tutte le successive interazioni e il modo in cui verranno sentite, *sentite* come esperienze corporee, sessuali ed emotive. Per di più, ogni genitore dà al figlio quello che noi vorremmo chiamare *le impronte della sessualità* alla loro esperienza con i figli; vale a dire, l'inimitabile e unico modello della loro esperienza sulla sessualità così come è stata elaborata nella loro vita, come staranno e come sentiranno i loro figli; la loro capacità di piacere, eccitazione, sintonizzazione, contenimento, dissociazione, morte, assenza è diversa e unica in ogni persona, come un'impronta. Ciò che eccita un genitore riguardo a suo figlio spaventa un altro. E le nostre menti e il nostro modo di esperire, incluso il modo in cui esperiamo la sessualità, sono modellati da questi processi, dalle impronte sessuali dei nostri primi *caretaker* (Slavin 2011). Ruth Stein (1998) ha parlato di come la madre "stabilisce" la propria sessualità nel figlio e posa le basi per il suo viaggio erotico attraverso il suo

potenziale erotico e seduttivo. Con un altro linguaggio, Freud ha detto più o meno la stessa cosa.⁴

Il ballo lento e le impronte sessuali nella cura

Che ne è delle impronte sessuali del terapeuta? E di quelle del paziente? Chiaramente, il tema portante di questo argomento è che l'incontro tra la mente del paziente e quella del terapeuta include entrambi i loro corpi e le loro sessualità. Non intendiamo soltanto nei sentimenti sessuali e di attrazione comunemente e coscientemente provati che inevitabilmente avvengono nelle relazioni di cura. Neanche nel cosiddetto "controtransfert". Ma se il corpo e la sessualità del corpo sono fondamentali per il modo in cui conosciamo e negoziamo il mondo, quindi anche i nostri corpi e la nostra sessualità sono fondamentali per la creazione e l'evoluzione della relazione di cura.

Mentre studiamo il ruolo dell'esperienza sessuale corporea e fisica nell' "arena" della cura, ci troviamo di fronte al difficile compito che i terapeuti devono intraprendere. La natura fragile e delicata della sessualità entro un percorso di cura, così come in altri contesti, è chiara. Punto fondamentale della sessualità, in qualunque contesto, è che si colloca al limite tra la sintonizzazione e la violazione. Ma è proprio questo limite alla base del potere e della passione dell'atto sessuale. Pensate al momento prima del primo bacio. Succederà? Sarà troppo presto? Chi farà la prima mossa? Dovrei farla io? Come risponderà lui o lei? Qualcuno deve "rompere il ghiaccio". E anche in un ballo qualcuno deve condurre. Vediamo che ruolo potrebbe avere tutto ciò in ambito psicoterapeutico.

³ Come descritto da Oxenhandler (2001), "...la violazione è un elemento dell'eros. L'amore erotico—a qualunque polo del continuum—implica sempre un elemento trasgressivo, uno straripamento degli argini normali. Quantomeno, la trasgressione è presente come possibilità, come qualcosa dalla quale ci ritraiamo, con la quale giochiamo e ci bilanciamo sul limite...Il permesso concesso all'amore fisico in certi contesti...avviene contro lo sfondo della proibizione". (p.205, trad. del traduttore)

⁴ Come scrisse Freud (1905): La madre probabilmente si spaventerebbe se le si spiegasse che con tutte le sue tenerezze risveglia la pulsione sessuale del suo bambino e ne prepara la successiva intensità. Essa ritiene di agire per amore asessuale,

"puro", perché ad esempio evita accuratamente di eccitare i genitali del bambino più di quel che è inevitabile per la cura del corpo. Ma, come sappiamo, la pulsione sessuale non viene risvegliata soltanto dall'eccitamento della zona sessuale; anche ciò che noi chiamiamo tenerezza manifesterà infallibilmente un giorno il suo effetto sulle zone genitali. Se la madre capisse qualcosa di più dell'alto significato delle pulsioni per tutta la vita psichica, per tutte le prestazioni etiche e psichiche, si risparmierebbe del resto, anche dopo questa spiegazione, qualsiasi rimprovero. Essa non fa che adempiere il proprio compito quando insegna al bambino ad amare; questi deve infatti diventare una persona valida, con un energico bisogno sessuale, e compiere nella sua vita tutto ciò a cui la pulsione spinge un uomo" (p.122).

Recentemente abbiamo avuto modo di discutere due *paper* di Steve Kuchuch, editor della rivista *Psychoanalytic Perspectives*, e Galit Atlas, un'analista di New York, sull'esperire sessuale nel trattamento di due loro pazienti. Speriamo di poter convogliare abbastanza dei loro lavori per far sì che questi esempi possano essere utili.

Steve e Galit sono due persone diverse, con diverso orientamento sessuale, ma sono stati disponibili a discutere sull'inimitabile configurazione, le impronte, della loro sessualità con i loro pazienti.

Steve, un uomo prevalentemente omosessuale, si ritrovò coinvolto, eccitato nel corpo e nella fantasia dal suo paziente, un uomo estremamente attraente, e in apparenza prevalentemente eterosessuale. Risuonando con la sua personale esperienza di bambino con un padre terrificante, lui vede, lui sente il piccolo bambino solo che piange che è dentro il suo paziente. Lo ama. Vuole abbracciarlo, tenerlo, baciare e fare l'amore con lui. E la teoria sull'azione terapeutica di Steve poggia su questo. Questa risonanza con l'esperienza del suo paziente, sapere che cosa si prova dall'interno, i tremori e i desideri — incluso il modo in cui gli permetteva momenti di *insight* interpretativo e il modo in cui veniva processato tra di loro fino, ma non oltre, il punto di violazione — hanno permesso la riconfigurazione delle impronte sessuali del paziente, permettendogli di entrare in un nuovo modo di relazionarsi intimamente. Congelato da tutta la vita per quanto riguarda le relazioni, il paziente riuscì a trovare una compagna, sposarsi e diventare padre.

Le cose andarono diversamente nel caso di Galit. La sua paziente, una donna, venne alla prima seduta, si sedette, aprì le gambe, mise la sua grossa borsa in mezzo e buttò tutte le sue cose sul pavimento. Dall'inizio, quando apre la borsa tra le gambe, la paziente trasuda una sessualità, grezza, caotica, provocante e anche un po' aggressiva. Galit non era attratta, nel modo in cui era attratto Steve, dall'esperienza interiore della sua paziente o dal suo trauma. La sua impronta sessuale è diversa. Galit è stata molto turbata da quello che è emerso, o meglio è esploso, durante il trattamento. Qualcosa le ha permesso di avere presa su di sé e si è mostrata molto brava a gestire la situazione. A un certo punto, abbastanza inconsciamente, discutendo l'esperienza della

paziente, Galit usa le sue stesse parole sessuali e grafiche. La paziente è scioccata. "Ho veramente usato quelle parole?". E lì succede qualcosa di trasformativo. Sentendo le parole scioccanti di Galit, la paziente sente qualcosa nella sua mente, forse lo sente e lo vede nel corpo, in un modo molto diverso. Si deve confrontare con la sua propria esperienza di violazione e sessualità violata.

In queste due istanze vediamo come a volte la risonanza delle impronte sessuali di entrambe le parti permette un grande cambiamento terapeutico. In altri casi, l'esperienza può essere di distruzione, disregolazione, intrusione. Tuttavia, vediamo come attraverso un processo che Galit ha compiuto dentro di sé la sessualità fondamentale del paziente viene anch'essa trasformata. La mente del paziente è cambiata e, attraverso questo lavoro intensivo, anche l'esperienza del corpo è cambiata.

Né Steve né Galit hanno *deciso* di rispondere nella maniera in cui hanno fatto. Così come ognuno di noi ha avuto le proprie immagini e anche le proprie esperienze corporee quando abbiamo parlato del primo bacio, del ballo lento, così è stato per l'esperire sessuale emerso nelle menti e nei corpi di Steve e Galit quando si sono seduti con i loro pazienti. Forse qualcuno di noi ha provato qualcosa di simile con qualche paziente. Ed è lì che avvengono dei cambiamenti determinanti.

Cerchiamo di capirlo fino in fondo. Toglie il fiato. Utilizzando le nostre personali impronte riguardo all'esperire sessuale, come Steve e Galit, stiamo aiutando i pazienti a riscrivere le loro. Come i pazienti di Steve e Galit, le impronte sessuali rivedute dei nostri pazienti avranno necessariamente in esse alcune impressioni e tracce delle nostre. Non c'è modo di aggirare questa cosa, ed è una questione importante nel pensiero psicoanalitico. Abbiamo trascorso oltre 100 anni cercando di evitarlo. Ma le nostre menti, le nostre menti *sessuali*, avranno un impatto indelebile sui nostri pazienti. Questo è di fatto l'unico modo in cui essi possono crescere e cambiare (Slavin, 2010).

"Anche tu hai sentito qualcosa di veramente speciale?" chiede la giovane donna, dopo aver ballato un lento con il suo amico. E il paziente inizia a rivedere la comprensione di chi è. Non è più solamente una persona reale, ma "una

persona con connessioni reali”. Questo è psicoterapia? Assolutamente. In quanto psicoterapeuti tentiamo di creare niente meno che momenti come questo, cambiamenti così potenti e permanenti nella mente e nel cervello.

La psicoanalisi relazionale ha da tempo abbandonato il concetto di “neutralità” così come tradizionalmente inteso. Era sicuramente una buona idea se si considera che cosa si intendeva per neutralità all’interno della cornice teorica classica. Ma forse abbiamo degli esempi di un diverso tipo di neutralità in queste due storie. Sia Galit sia Steve sono scossi dalle loro esperienze e sentimenti, sentimenti sessuali, che non sono assolutamente neutrali nel senso comune di questa parola. Invece, li accolgono con una sorta di stupore e apprezzamento, e un’accettazione della fondamentale umanità di quei sentimenti. Questo, di fatto, è qualcosa che i terapeuti devono fare quotidianamente. È quello che abbiamo deciso di fare e quello per cui i nostri pazienti ci pagano.

Ciò che noi crediamo aiuti Steve e Galit, e che noi crediamo sia essenziale per ogni terapeuta che spera di essere aperto all’intera gamma di sentimenti essenziali alla crescita del paziente, è che sono intensamente interessati in ciò che stanno provando, in ciò che sta avvenendo nelle loro menti e nei loro corpi. Ognuno di loro tratta la propria sessualità e la relativa conversazione interiore di pensieri e sentimenti che hanno con loro stessi come fondamentalmente *innocente* (Slavin, 2011) e affascinante. Questo è fondamentale. E noi dobbiamo fare altrettanto.

Ma come possiamo fare ciò? Non crediamo che le solite raccomandazioni che forniamo per la pratica e l’etica psicoanalitica siano molto utili in questo caso. E non crediamo neanche che i terapeuti debbano essere delle figure eroiche legate fermamente alla sedia che sopravvivono alla provocazione, seduzione e attrazione del canto delle sirene della sessualità. E non avremo mai la perfetta analisi personale che ci ripulisca dai nostri personali desideri sessuali sepolti, quindi abbandoniamo quell’idea.

Dobbiamo anche rinunciare a dare tutta la responsabilità al paziente, a dire che è il transfert del paziente che lo ha ributtato su di noi. Abbiamo creato tante belle teorie che ci dicono come questo sia una buona cosa e come

possiamo utilizzarlo in modo terapeutico. Ma vogliamo essere molto chiari nel separare ciò che stiamo dicendo qui da qualunque idea sull’identificazione proiettiva o sul controtransfert. Questi non sono concetti inutili, ma se prendono il sopravvento nella nostra mente, interferiscono con la capacità del terapeuta di *semplicemente stare* con l’esperienza. Come scrisse il poeta E.E. Cummings:

*poiché per primo viene il sentimento
da chi presta attenzione
alla sintassi delle cose
non riceverai mai un autentico bacio*

Che cosa dovremmo fare?

Una terapeuta richiese una supervisione riguardo alla terapia con una paziente lesbica eccezionalmente sospettosa e distante con cui stava lavorando. Per più di due anni, la terapeuta aveva sentito che non c’era modo di avvicinarsi realmente alla paziente. Ma alla fine di una seduta recente, la paziente aveva descritto un sogno in cui, per la prima volta, compariva un contenuto sessuale e una rappresentazione della terapeuta. Non era rimasto tempo nella seduta per lavorare sul sogno ma, quando la paziente si era alzata per andarsene, c’era stato un momento di vicinanza fisica, quasi di contatto, mentre era passata vicino alla terapeuta. La terapeuta aveva sentito la tensione sessuale. Che cosa farne? Cosa doveva pensare del transfert sessuale e, soprattutto, della sua eccitazione “controtransferale” sentita per la prima volta con questa paziente così difficile?

Sicuramente questa vignetta può servire da modello per altri momenti simili incontrati in psicoterapia. A partire dal classico scritto di Freud sull’amore di traslazione (1915) abbiamo 100 anni di discussioni cliniche e teoriche sull’argomento. Ma quello che pensiamo si potrebbe perdere nel modo in cui tradizionalmente pensiamo a queste questioni è che il grado in cui questi momenti di incontro, nel sogno e nel modo in cui si è conclusa la seduta, così come nella tensione sessuale della terapeuta, non è solo il potenziale dell’interpretazione, per *fare* qualcosa, ma una considerevole conquista in sé. Il potenziale del tatto, desiderio e amore, in tutte le loro

accezioni, che sono in gran parte venute a mancare nella vita della paziente e che la terapia sta ora introducendo per la prima volta.

In questo senso, collocare immediatamente ciò che proviamo e ciò che viene suscitato nel nostro corpo nella categoria della “identificazione proiettiva” o del “controtransfert” spesso rappresenta una fuga difensiva dall’esperire il semplice potere di una relazione che il terapeuta deve in primo luogo sentire.⁵

Questo è il nostro punto: il fatto che i terapeuti rispondano in maniera sessuale, quando sono nell’intimità con un’altra persona, è semplicemente umano. È alla base della nostra capacità umana di esperire la sessualità in maniera innocente (Slavin, 2011). Non c’è qualcuno che è attivo e qualcuno che è passivo, e non bisogna renderne conto. Fondamentalmente, bisogna apprezzare il fatto che rispondiamo in maniera sessuale ai nostri pazienti, alcuni che si incastrano con le nostre strutture preesistenti e fantasie, e alcuni che non lo fanno, perché siamo umani. Perché è così. Perché le menti toccano i corpi e i corpi toccano le menti. E in questo modo sono mutuamente modificati per sempre.

Bibliografia

Atlas, G. (2015). Touch me, know me: The enigma of erotic longing. *Psychoanalytic Psychology*, 32, 123–139. Anche in Atlas, G. (in stampa). *Enigmatic Knowing: Sexuality, Intimacy and the Ways We Listen*. London & New York: Routledge.

Benjamin, J. (1995). Recognition and destruction: An outline of intersubjectivity. In: *Like Subjects, Love Objects: Essays on Recognition and Sexual Difference*. New Haven, CT: Yale University Press, pp. 27–48.

Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73:5-46.

Cummings, E.E. (1991). Complete Poems, 1904-1962. New York: Liveright.

Fast, I. (1992). The embodied mind: Toward a relational perspective. *Psychoanalytic Dialogues*, 2:389-409.

Fast, I. (2006). A body-centered mind. *Contemporary Psychoanalysis*, 42:273-295.

Fast, I. (2012). The primary processes grows up. *Contemporary Psychoanalysis*, 48:183-198

Fenichel, O. (1941). *Problems of Psychoanalytic Technique*. New York: The Psychoanalytic Quarterly.

Fonagy, P. and Target, M. (2007). The rooting of the mind in the body: New links between attachment theory and psychoanalytic thought. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55:411-456.

Freud, S. (1905). Tre saggi sulla teoria sessuale. *OSF*, 4. Bollati Boringhieri. Torino.

Freud, S. (1912). Dinamica della traslazione. *OSF*, 6. Bollati Boringhieri. Torino.

Freud, S. (1915). Osservazioni sull’amore di traslazione. *OSF*, 7. Bollati Boringhieri. Torino.

Gentile, J. (2007). Wrestling with matter: Origins of intersubjectivity. *Psychoanalytic Quarterly*, 76:547-582.

Gentile, J. (2008). Between private and public: Towards a conception of the transitional subject. *Int. J. Psycho-Anal.*, 89:959-976.

Gentile, J. (2010). Weeds on the ruins: Agency, compromise formation, and the quest for intersubjective truth. *Psychoanalytic Dialogues*, 20:88-109.

Gentile, J. (2013). From truth or dare to show and tell: Reflections on childhood ritual, play, and the evolution of symbolic life. *Psychoanalytic Dialogues*, 23:150-169.

Kandel, E. (2013). The new science of mind. *The New York Times*. September 6, 2013. http://www.nytimes.com/2013/09/08/opinion/sunday/the-new-science-of-mind.html?_r=0

Kuchuck, S. (2012). Please (Don't) want me: The therapeutic action of male sexual desire in the treatment of heterosexual men. *Contemporary Psychoanalysis*, 48:544-562.

Medina, M. Beyond Bewilderment and Dread: The Quest for Creativity within Pathological Reenactments of Trauma. Paper presented at the Spring meeting of the Division of

Psychoanalysis (39), Santa Fe, New Mexico, April 2012.

Oxenhandler, N. (2001). *The Eros of Parenthood: Explorations in Light and Dark*. New York: St. Martin's Press.

Renik, O. (1993). Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanalytic Quarterly*, 62:573-571.

Slavin, J. (2010). Becoming an individual: Technically subversive thoughts on the role of the analyst's influence. *Psychoanalytic Dialogues*, 20:308-324.

Slavin, J. (2011). The innocence of sexuality. In L. Aron & A. Harris (Eds.), *Relational Psychoanalysis, Vol. 4: Expansion of Theory* (pp. 45–67). NY:

⁵ Medina (2012) ha trattato una tematica simile quando ha scritto riguardo l’esperienza e l’elaborazione del controtransfert.

Routledge. (Originally published in 2002, in *Psychoanalytic Quarterly*, 72:51–80.).

Slavin, J. (2014). Touching becomes *touching*: Mind, body, and sexuality in a new relational

Psychoanalysis. Reply to discussions. *Psychoanalytic Perspectives*, 11: 49–57.

QUANDO IL CORPO È DETURPATO

di Giulia Bonaccorso

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

Negli ultimi anni, gli psicologi clinici hanno mostrato un maggiore interesse rispetto ai soggetti con una deformazione e ciò che ne consegue a livello psicosociale (Pearce e Wardle, 1989).

Per tutta la nostra vita, la maggior parte di noi tenta di modificare la propria apparenza fisica per tentare di mostrarsi nel miglior modo possibile. Facendo ciò dimostriamo, sebbene in maniera implicita, quanta importanza abbia il nostro aspetto fisico per l'impressione che gli altri si fanno di noi (Rumsey e Hancourt, 2004).

Il termine *deformità*, nella patologia umana, è riferito ad “ogni allontanamento permanente dalla normale forma o funzione delle singole parti del corpo” (Enciclopedia Italiana). Ad ogni modo, la definizione va inserita all'interno di una cornice che tiene presente le norme sociali, i valori e le attitudini che circondano e inglobano il singolo individuo. A questo proposito, prendendo in considerazione alcune pratiche culturali, vedremo che non tutte le tipologie di alterazioni dell'aspetto fisico vengono necessariamente percepite come delle deformità; basti pensare ai buchi alle orecchie o i piercing, ai tatuaggi, all'usanza della circoncisione, etc. (Cash e Pruzinsky, 2002); queste sono pratiche socialmente accettate in qualche società e assolutamente rifiutate in altre.

Oltre al fattore culturale, va presa in considerazione l'idea che ogni singolo individuo ha del proprio aspetto fisico. Ad esempio, alcuni individui che hanno una cicatrice o un difetto fisico, lieve o notevole, sono influenzati in maniera negativa dalla considerazione che hanno di se stessi, a tal punto da avere difficoltà a condurre una vita normale (Thompson e Kent, 2001). Inerente a questo fattore è la questione

dello stereotipo. In ogni società esistono degli stereotipi, implicitamente e socialmente accettati e adottati dalla maggior parte della popolazione; per quanto concerne il fattore della deformità, sappiamo che esistono degli stereotipi riguardanti, appunto, l'aspetto fisico. Le persone attraenti, ad esempio, vengono considerate socialmente più competenti e più intelligenti, in più possono essere avvantaggiate in diverse situazioni, come ad esempio durante un colloquio di lavoro (Cash e Pruzinsky, 1990). Per quanto riguarda, invece, i soggetti con una qualche deformazione visibile, essi riportano spesso esperienze negative e problemi relazionali (Thompson e Kent, 2001; Bradbury, 2012). Ciò che porta questi soggetti a sviluppare problemi psicosociali, come quello appunto delle difficoltà relazionali, è proprio la reazione negativa delle altre persone che si manifesta nel momento in cui incontrano un soggetto deturpato.

Tentando di spiegare perché le persone reagiscano in maniera ostile, Robinson et al., (1996) propongono tre motivazioni che stanno alla base di questo comportamento. La prima risiede nella possibilità che gli individui seguano la “*just-world fallacy*” (credenza del mondo-giusto). Questa credenza consiste nell'ipotesi che le azioni di una persona siano intrinsecamente inclini ad avere delle conseguenze moralmente giuste; ovvero le azioni nobili saranno ricompensate positivamente e tutte quelle cattive saranno punite. Seguendo questa credenza, i soggetti reagiscono negativamente di fronte ad un individuo con deturpazione perché pensano che se lo meriti come fosse una punizione per qualche trasgressione commessa in passato. La seconda motivazione risiede nel fatto che i soggetti, non conoscendo la natura e la causa di quella deturpazione, penseranno che sia una condizione contagiosa, quindi limiteranno al

minimo il contatto o addirittura lo annulleranno del tutto. La terza è quella secondo cui i soggetti, non sapendo come comportarsi di fronte a questi individui deformati, tenderanno ad evitarli.

Cause della deformità

Per quanto concerne le cause di una deturpazione, queste possono essere raggruppate in tre macro categorie: una è quella delle malformazioni congenite, la quale include condizioni di malformazione visibili fin dalla nascita o altre che possono diventare maggiormente evidenti con la crescita (ad esempio, casi tipici sono il labbro leporino, l'emangioma, la psoriasi, etc.); un'altra categoria è quella che raggruppa le deturpazioni causate da eventi traumatici (per esempio a seguito di incendi, di incidenti stradali o industriali, etc.) (Harris, 1997); infine, quella che racchiude le deformità causate dalla contrazione di malattie (per esempio quelle dermatologiche come l'acne, la vitiligine e la psoriasi che possono esserne la causa diretta, oppure altre che possono esserne la causa indiretta poiché è il trattamento a produrla e non la malattia stessa, un esempio di questo è il trattamento chirurgico per il cancro) (Hagedoorn e Molleman, 2006).

Le cause della deturpazione giocano un ruolo importante nel momento in cui andiamo ad esaminare l'impatto e le reazioni psicologiche e sociali del soggetto. Esso, nel momento in cui entra in un qualsiasi tipo di relazione con l'altro, va incontro a una serie di reazioni che a loro volta modificano il suo modo di reagire e pensare. Si può considerare la natura delle difficoltà esperite da questi soggetti, prendendo in esame due prospettive (Cash, 1990). La prima è di natura largamente sociale e culturale e potrebbe essere pensata come la "*visione dall'esterno*". Questa prende in considerazione l'importanza che ha l'apparenza, mostrando come, rispetto a questa, abbia un ruolo cruciale l'influenza sociale e quindi l'interazione con gli altri e le loro reazioni. La seconda prospettiva si può considerare come una "*visione dall'interno*" e prende in considerazione l'importanza data all'apparenza sulla base della percezione individuale propria, quindi anche del benessere emotivo e della qualità della vita.

Prendendo in considerazione queste due prospettive, quindi, vediamo come i responsi emotivi e comportamentali dei soggetti con deturpazioni siano influenzati sia da come essi stessi si vedono e percepiscono, sia dalle reazioni degli individui che li circondano. A sostegno di questo, si può notare come per tutta la nostra vita, la maggior parte di noi si sforza nel modificare in qualche modo il proprio aspetto fisico (chirurgia, prodotti per l'estetica come trucchi, etc.) per cercare di presentarsi nel migliore dei modi. Facendo ciò, implicitamente riconosciamo che il nostro aspetto fisico contribuisce nel dare una certa impressione di noi (Rumsey e Harcourt, 2003), di fatto i soggetti con deturpazioni sono molto attenti alle reazioni degli altri e spendono molte energie prestando attenzione a queste, diventando eccessivamente preoccupati per il loro aspetto e per l'effetto di questo sugli altri (Macgregor, 1979; 1989). Anche per questo motivo Macgregor (1979) parla di "disabilità sociale" riferendosi alle varie malformazioni; egli sostiene che oltre ad avere un impatto sui pensieri, emozioni e comportamenti di coloro che ne sono affetti, è chiaro che la regione in cui risiede la deturpazione attiri l'attenzione dell'altro, per cui essa con grande probabilità verrà notata dalle altre persone.

Ricerche recenti suggeriscono che la misura in cui una differenza evidente provoca disabilità sociale, implica una complessa interazione di fattori sociali e individuali. In aggiunta, lo spettro emotivo, i pensieri e le caratteristiche del comportamento delle persone con una deformazione, hanno molte similitudini con quelli sperimentati da chi è insoddisfatto del proprio aspetto, che sembra essere apparentemente "normale" (Rumsey, 2002).

Fattori esacerbanti o migliorativi delle reazioni socio-emotive alla deturpazione

Ci sono stereotipi secondo i quali i soggetti attraenti sono socialmente ritenuti più intelligenti, più competenti e hanno una migliore capacità di adattamento (Eagly et al., 1991). I soggetti con delle diversità visibili, invece, spesso riportano difficoltà a livello relazionale soprattutto con estranei o con persone per cui nutrono un interesse anche a livello fisico. Questi soggetti raccontano anche di notare

reazioni per lo più negative da parte di altri individui (come per esempio essere fissati dagli altri in maniera a volte anche intrusiva e sgarbata) e di subire discriminazioni (Jowett e Ryan, 1985; van der Donk et al., 1994). Questi soggetti spesso riportano un forte senso di ansia ed evitamento sociale, un tono dell'umore basso, bassa autostima e svalutazione del sé, problemi relazionali e difficoltà nell'ambito lavorativo (Shaw, 1981; Rumsey e Harcourt, 2005).

Nonostante questi dati, diversi studi suggeriscono che l'impatto psicologico riguardo il vivere con una deturpazione può anche essere minimo per diversi individui. Molti soggetti, in diverse ricerche, hanno mostrato un buon funzionamento sociale ed emozionale nonostante la condizione di malformazione; ad esempio questo è quello che è stato riscontrato in alcuni studi condotti su soggetti con il tipo di malformazione che coinvolge i vasi capillari della cute (cosiddetto nevo vinoso), su coloro che presentano delle bruciature, etc. (Bowden et al., 1980; Kalick et al., 1981; Ben-Tovim e Walker, 1995). Questo dato ha aperto una questione importante riguardo l'impatto psicologico, la reazione e le strategie di coping adottabili in queste circostanze. Moss (2005) analizza, a questo proposito, il perché alcuni individui riescono con maggiore facilità a far fronte ai possibili disagi causati dalla loro deturpazione, mentre altri incontrano maggiori difficoltà. Diverse ricerche che hanno preso in considerazione questo argomento si sono concentrate specialmente su alcuni temi. Uno di questi è quello riguardante la **severità della deturpazione**, ovvero quanto è visibile ed estesa o meno.

Diversi studi interessatisi a questo tema hanno riportato risultati equivoci rispetto a ciò che è stato esperito dal campione di soggetti coinvolti nella ricerca (Badbury, 1996; Robinson, 1997; Moss, 2005). Quelli che presentano una deturpazione più grave, comunque, devono fare i conti costantemente con delle reazioni sociali, nonostante alcune di loro siano prevedibili; si può dedurre che è proprio questa prevedibilità che porta il soggetto a sviluppare delle strategie di coping con cui fronteggiare queste situazioni spiacevoli. Alcune di queste strategie adottate dai soggetti, si è notato siano la *spiegazione* del perché della deturpazione, il continuare a *fissare l'altro* più a lungo di quanto egli faccia o *distrarlo* parlando

di se stessi positivamente o *spostando* l'attenzione su altro (Moss, 2005).

Lo sviluppo di queste e altre strategie di coping da parte degli individui che molto più spesso devono far fronte a reazioni sociali spiacevoli (si potrebbe dedurre quindi che questi soggetti siano coloro con una più evidente malformazione), porta a pensare che l'adattamento a una severa deturpazione è più lineare rispetto, invece, a coloro i quali presentano dei difetti fisici minori (MacGregor, 1990). Ma nonostante ciò, molti studi dimostrano che la gravità della malformazione non è un buon predittore delle reazioni emotive del soggetto deturpato (Badbury, 1996; Robinson, 1997).

Soprattutto per quanto riguarda la sensazione di angoscia causata da una condizione di sfiguramento, alcuni studi sui soggetti con ustioni (Williams e Griggiths, 1991; Cahners, 1992) hanno messo in evidenza che coloro che presentano in maniera marcata e più visibile cicatrici causate da bruciature, sono costretti ad affrontare le reazioni degli altri e quindi ad adattarsi al loro aspetto alterato; sviluppano così più velocemente una buona capacità di coping rispetto a chi ha delle cicatrici nascoste; questi ultimi, invece, potrebbero continuare ad evitare la realtà del loro aspetto alterato e quella esterna invece di affrontarla.

Un altro tema affrontato dalle ricerche è quello delle **caratteristiche demografiche**.

Secondo molti studi sembrerebbe che siano le donne i soggetti più turbati da un deturpamento facciale e riportano in linea maggiore problemi psicologici rispetto agli uomini, poiché mostrano avere una maggiore preoccupazione rispetto il “come apparire” (Andreasen e Norris, 1977; Bradbury, 1996; Robinson et al., 1996).

Per quanto riguarda l'età, Bradbury (1993) ha mostrato che lesioni traumatiche al viso sono particolarmente problematiche nel momento in cui si presentano durante una fase delicata dello sviluppo, come ad esempio a metà o alla fine dell'adolescenza. Questa fase, infatti, è molto delicata perché gli adolescenti si trovano al cuspide della loro indipendenza dalla famiglia, mentre dipendono molto dal gruppo dei pari per la loro vita sociale, costruiscono la loro immagine corporea e utilizzano l'aspetto fisico come regolatore primario del senso di autostima. Per questo motivo, nella circostanza in cui si

presenta una deturpazione (causata per esempio da un incidente stradale) in questa fase del ciclo di vita, è più probabile che essi vadano incontro ad alti livelli di angoscia (Bradbury, 2012).

Lo schema dell'immagine corporea è il risultato delle esperienze interpersonali e di socializzazione. Questo schema include una componente di auto-valutazione che fa riferimento alla misura in cui c'è una discrepanza tra un ideale interiorizzato e le proprie caratteristiche fisiche (Cash e Grant, 1996). Anche i bambini nati con una malformazione possono riscontrare alcuni problemi. Potrebbero trovare delle difficoltà nel risolvere la prima delle fasi dello sviluppo psico-sociale di cui parla Erikson (1982), ovvero quella della “fiducia-sfiducia” che va dalla nascita al primo anno di vita. Essi potrebbero ritrovarsi ad affrontare una crisi durante questa fase poiché il loro aspetto può generare un generale senso d'ansia, sconforto e rifiuto dovuto al desiderio non realizzato dei genitori di avere un bambino “normale”; questo può sfociare in difficoltà relazionali ed emotive nell'età adulta da parte del soggetto deturpato laddove non vi è stato un appropriato e sano attaccamento (Holmes, 1997; Thompson e Kent, 2001). A questo proposito è bene sottolineare l'importanza di un adeguato **supporto sociale** ai fini dello sviluppo di buone strategie di coping.

Come sappiamo, nessun uomo è un'isola. I soggetti vivono in un contesto composto dalla famiglia, dal gruppo di amici, da relazioni, ed essi definiscono e narrano le loro esperienze di vita attraverso i loro i pensieri e credenze riguardo se stessi e coloro che li circondano. Inevitabilmente, quindi, la forma che assumerà l'esperienza di avere una differenza fisica visibile da parte di chi ha delle deturpazioni, sarà modellata da tutti questi fattori (Bradbury, 2012). In questo senso, il supporto sociale è molto importante ai fini di un positivo senso di autostima del soggetto deturpato. L'accettazione di un figlio deformato da parte della famiglia e un alto livello di supporto sociale sono elementi cruciali per un positivo sviluppo psicosociale del soggetto, poiché potrebbero farlo sentire accettato attraverso il mantenimento dell'autostima (Robinson, 1997). Alcune ricerche hanno tenuto in considerazione il fattore della resilienza, sostenendo che questo sia un attributo che tampona le esperienze negative

di stress e fatica che accompagnano un individuo deturpato. I fattori che influenzano positivamente e rafforzano la resilienza possono essere appunto il supporto familiare, ma anche la fede, il senso dell'umorismo, il senso del sé, le abilità sociali e la determinazione (Meyerson, 2001).

Un'altra tematica presa in considerazione dalle ricerche è quella legata alla **natura della deturpazione**. Secondo quanto detto da Bradbury (2012), è ragionevole pensare che chi nasce con una malformazione abbia delle reazioni psicologiche differenti rispetto a coloro che hanno subito improvvisamente e traumaticamente un cambiamento del loro aspetto. I soggetti con una deturpazione di natura congenita sono cresciuti con una faccia diversa, ma possono aver dovuto far fronte a un senso di imperfezione o di differenza molto visibile e possono addirittura sentirsi anormali.

Durante il periodo scolastico possono essersi ritrovati isolati dai compagni, oppure possono vedersi fissati a lungo da parte degli adulti; questo può portare all'evoluzione di un senso di vergogna e una mancanza di sviluppo di un ego robusto (Bradbury e Hewison, 1994).

Per quanto riguarda gli individui con una deturpazione di natura traumatica, essi possono aver avuto, invece, uno sviluppo normale, ma poi hanno dovuto far fronte a una perdita di sé o ad un cambio improvviso dello stato sociale e delle reazioni e relazioni sociali (Versnel et al., 2010).

Sembrerebbe, quindi, che anche se la sfida può essere differente, il fatto che la natura della malformazione sia congenita o traumatica non è necessariamente un fattore che le rende una più difficoltosa dell'altra o viceversa. Piuttosto, si può pensare che alcuni individui riescano a trovare più semplicemente dei modi per affrontarla efficacemente e per relegare ad un ruolo meno importante la loro condizione di deformazione (Rumsey, 2002).

Reazioni psico-sociali dei soggetti deturpati

Per quanto concerne i vissuti emotivi dei soggetti con deturpazioni, molti studi riportano prevalentemente stati negativi. Le ricerche condotte su soggetti che presentano una condizione di differenza a livello dermatologico (psoriasi, acne, vitiligine, eczema e nevo vinoso),

mostrano che essi tendono ad una maggiore sofferenza emotiva rispetto alla popolazione “normale” e possono avere delle disfunzioni sessuali dovute all'imbarazzo (Meding e Swanbeck, 1990; Ryan, 1991; van Dorssen, 1992); anche la condizione di rischio suicidario potrebbe essere più alta del normale (Cotterill e Cunliffe, 1997).

Secondo alcuni studi, i soggetti con deturpazioni incorrono a dei rifiuti in una grande varietà di situazioni (Bull e Rumsey, 1988; Lowe, 1993), ad esempio alcuni individui con psoriasi hanno riportato esperienze in cui gli è stato chiesto di uscire dal ristorante, dalla piscina o da un luogo pubblico a causa del loro aspetto fisico (Ginsburg e Link, 1989).

L'esperienza di rifiuto può portare a un'immagine del corpo negativa che si attiva nel momento in cui c'è la possibilità di doversi esporre (Cash e Grant, 1996). A questo proposito, la stigmatizzazione gioca un ruolo significativo poiché nel momento in cui i soggetti credono che la loro condizione di deformità sia stigmatizzabile, essi saranno più inclini ad evocare situazioni di rifiuto o comunque ad aspettarsele (Kent, 1999). Si potrebbe pensare, quindi, che nel momento in cui un soggetto esperisce una situazione spiacevole, egli stesso tenderà ad evocarla nelle situazioni future, inserendosi così in un circolo vizioso fatto di rifiuti e malesseri. Per lo stesso motivo, le esperienze positive possono avere un impatto non solo per la “disabilità” della persona dovuta alla propria condizione, ma anche per i suoi stati negativi, come l'ansia sociale e la bassa autostima (Altabe e Thompson, 1996).

Un aspetto largamente indagato dalla letteratura è quello dell'ansia esperita dai soggetti con deformazioni, soprattutto l'ansia sociale.

Numerosi studi hanno riscontrato un'alta prevalenza di problemi d'ansia (Jowett e Ryan, 1985; West, 1988; Kent e Keohane, 2001), il comportamento usuale che ne consegue è quello dell'evitamento sociale che può essere associato ai vissuti di paura di un giudizio negativo da parte degli altri. Per esempio, i risultati di un esperimento condotto da Kent e Keohane (2001) su soggetti con psoriasi, mostrano un elevato livello di paura riguardo le valutazioni negative soprattutto da parte di chi presentava un quadro clinico più grave e una qualità della vita più bassa; questo li portava ad evitare di

entrare in contatto con l'alterità. Di fatto, i soggetti con deturpazioni spesso tentano di nascondere la loro condizione evitando le situazioni sociali, per esempio le piscine o altre attività sportive (Kent, 2000). L'ansia che accompagna questi soggetti può essere letta come un'ansia dovuta al desiderio di essere accettati. Quando si parla di ansia sociale/fobia sociale, c'è sottintesa una preoccupazione per quanto riguarda la valutazione dell'altro, la tendenza ad usare l'evitamento come strategia di coping, la presenza di pregiudizi, l'attenzione alle possibili minacce, la sovrastima della possibilità di rifiuto e l'aver una rappresentazione di sé che non incontra gli ideali standard (Rapee e Heimberg, 1997).

C'è una crescente evidenza che le caratteristiche di personalità come la propensione alla vergogna, la bassa autostima e la consapevolezza del proprio aspetto fisico, che si sviluppano primariamente nell'infanzia e si modificano successivamente attraverso esperienze sociali, possono predisporre i soggetti ad essere più o meno socialmente ansiosi (Leary e Kowalski, 1995; Thompson e Kent, 2001). La vergogna che questi soggetti provano, può portarli ad usare delle strategie maladattive nel tentativo di fronteggiare la situazione di disagio, ad esempio essi possono nascondersi, evitare situazioni e persone, auto biasimarsi. Anche il senso di autostima può venire intaccato dalla condizione di deturpazione; di fatto molte ricerche riportano un collegamento tra l'essere deformato e una bassa autostima (Thompson e Kent, 2001).

Interventi clinici

Sebbene persone con deturpazioni riportino un alto livello di depressione e, soprattutto, ansia, c'è una grande differenza nel modo in cui essi riescono ad affrontare le loro sensazioni e le reazioni degli altri. Diversi interventi terapeutici si sono dimostrati efficaci nell'aiutarli, purché questi provvedessero a fornire sia un'assistenza sociale che psicologica.

Il modo attraverso cui i soggetti deturpati si percepiscono, il modo in cui pensano di se stessi e come interpretano determinate situazioni, ha degli effetti sulle loro risposte emotive e comportamentali. Come riportato in letteratura, possiamo dire che le modalità con cui questi soggetti pensano le loro interazioni sociali

dipenderanno dalle loro esperienze passate e dagli attuali livelli di supporto sociale di cui dispongono. Gli interventi a sostegno di questi soggetti devono mirare ad identificare l'elemento cognitivo e comportamentale specifico che predispone questi individui ad esperire quelle sensazioni di angoscia e disabilità dovute al loro aspetto fisico (Thompson e Kent, 2001).

Un approccio ampiamente utilizzato è quello della terapia cognitivo-comportamentale che in questa area di intervento utilizza come base la nozione dello schema dell'immagine corporea. L'immagine che i soggetti deturpati danno di se stessi, varia da persona a persona nella misura in cui il loro aspetto fisico ha un ruolo importante per la loro autostima (Cash e Grant, 1996).

La terapia cognitivo-comportamentale mira a modificare lo schema dell'immagine corporea che questi soggetti hanno costruito così che diventino meno preoccupati e vigili nei confronti dei comportamenti altrui, che ne diano altre interpretazioni e che siano meno assorbiti dagli ideali o dalle discrepanze tra questi e il loro aspetto fisico (Bradbury, 1996; Cash e Grant, 1996; Thompson e Kent, 2001; Moss e Carr, 2004). Quindi l'obiettivo è quello di identificare le strategie disfunzionali utilizzate dal soggetto deturpato, come ad esempio l'evitamento, il diniego, la proiezione e di sviluppare dei modi più utili di reagire e funzionare. Il ruolo dello psicologo è di assistere i processi di adattamento, sistemazione, auto-accettazione nella realtà esterna che sarà sempre giudicante e guardinga (Bradbury, 1996; Lansdown et al., 1997; Bradbury, 2012). Sebbene le persone con deturpazioni non possano direttamente cambiare le loro attitudini sociali, esse potrebbero cambiare il modo con cui rispondere e il modo con cui interpretano cosa gli è successo, riscoprendo un nuovo e positivo senso di identità e autostima (Bradbury, 2012).

Un altro intervento psicologico è quello denominato *social skill training* (formazione di abilità sociali), dimostratosi efficace con adolescenti che avevano il labbro leporino o presentavano deturpazioni causate da bruciature (Blakeney et al., 1990; Kapp-Simon, 1995).

Attraverso questo tipo di intervento, i soggetti apprendono un nuovo copione mentale per interagire con gli altri; i pensieri diretti e negativi riguardanti l'aspetto fisico vengono contestati da nuovi pensieri attuando i comportamenti appresi

per gestire gli incontri sociali (Robinson et al., 1996; Thompson e Kent, 2001; Rumsey e Harcourt, 2003).

Conclusioni

Prendendo in considerazione l'analisi fatta della letteratura riguardante il tema delle deturpazioni, possiamo considerare questa condizione fisica molto difficoltosa poiché quotidianamente i soggetti si ritrovano ad affrontarla. Qualsiasi situazione interazionale, che può andare dall'incontrare degli amici a, semplicemente, incrociare lo sguardo di qualcuno facendo la spesa, costringe questi soggetti a fronteggiare delle situazioni per lo più spiacevoli. A questo proposito molti studi suggeriscono di sviluppare delle strategie di coping utili ai fini di vivere il più serenamente possibile non solo tutte quelle situazioni che richiedono l'interazione con l'alterità, ma anche il proprio mondo interno. Oltre questo, la letteratura ci suggerisce alcuni approcci con cui un individuo deturpato può essere aiutato e sostenuto, come ad esempio la terapia cognitivo-comportamentale, tenendo sempre in considerazione non solo le caratteristiche individuali del soggetto, ma anche quelle del mondo che lo circonda, quindi la società, le stigmatizzazioni, la cultura, gli usi e i costumi. Questi giocano un ruolo fondamentale per quanto riguarda la percezione di sé e degli altri, e quindi anche la percezione delle malformazioni.

Riferimenti bibliografici

- Altabe M. & Thompson J.K. (1996). Body Image: A Cognitive Self-Schema Construct. *Cognitive Therapy and Research*. 20: 171 – 193.
- Andreasen N. & Norris A. (1977). Long-term Adjustment and Adaptation Mechanisms in Severely Burned Adults. In Moss R. (Ed.) *Coping with Physical Illness*. New York: Plenum.
- Ben-Tovim D. & Walker M.K. (1995). Body Image, disfigurement and disability. *Journal of Psychosomatic Research*. 39: 283 – 291.
- Blakeney P., Portman S. & Rutan R. (1990). Familial Values as Factors Influencing Long-term Psychological Adjustment of Children After Severe Burn Injury. *Journal of Burn Care Rehabilitation*. 11: 472 – 475.
- Bowden M., Fdeller I., Thorlen D., Davidson T & James M. (1980). Self-esteem of severely burned patients. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*. 61: 449 – 452.

- Bradbury E. (1993). Psychological Approaches to Children and Adolescents with Disfigurement. *ACPP Rev Newslett.* 15: 1 – 6.
- Bradbury E. & Hewison J. (1994). Early Parental Adjustment to Visible Congenital Disfigurement. *Child Care Health Dev.* 20: 251 – 266.
- Bradbury E. (1996). *Counselling people with disfigurement.* Leicester: British Psychological Society.
- Bradbury E. (2012). Meeting the psychological needs of patients with facial disfigurement. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surger.* 50: 193 – 196.
- Bull R. & Rumsey N. (1988). *The Social Psychology of Facial Appearance.* New York: Springer-Verlag.
- Cahners S. (1992). Young Women with Breast Burns. A Self-Help Group by Mail. *Journal of Burn Care and Rehabilitation.* 13: 44 – 47.
- Cash T. & Grant J. (1996). Cognitive-Behavioral Treatment of Body-Image Disturbances. In van Hasselt V. & Hersen M. (Eds.), *Sourcebook of Psychological Treatment Manuals for Adult Disorders.* New York: Plenum Press.
- Cash T., & Pruzinsky T. (1990). *Body Image: Developmental, Deviance and Change.* New York, Guilford Publications.
- Cash T., & Pruzinsky T. (2002). *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice.* New York, Guilford Press.
- Cotterill J. & Cunliffe W. (1997). Suicide in Dermatological Patients. *British Journal of Dermatology.* 137: 246 – 250.
- Eagly A., Ashmore R., Makhijani M. & Longo L. (1991). What is beautiful is good, but... A meta-analytic review of research on the physical attractiveness stereotype. *Psychological Bulletin.* 110: 109 – 128.
- Erikson E. (1982). *The Life Cycle Completed.* New York: Norton.
- Enciclopedia Italiana [ONLINE]: [http://www.treccani.it/enciclopedia/deformita_\(Enciclopedia-Italiana\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/deformita_(Enciclopedia-Italiana)/)
- Ginsburg I. & Link B. (1989). Feelings of Stigmatization in Patients with Psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology.* 20: 53 – 63.
- Hagedoorn M. & Molleman E. (2006). Facial Disfigurement in Patients with Head and Neck Cancer: The Role of Social Efficacy. *Health Psychology.* 25 (5): 643 – 647.
- Harris D. (1997). Types, causes and physical treatments of visible differences. In: Landsdown R., Rumsey N., Bradbury E., Carr T. & Partridge J. *Visibly different. Coping with disfigurement* (pp. 79 – 90). Oxford: Butterworth – Heinemann.
- Holmes J. (1997). Attachment, Autonomy, Intimacy: some Clinical Implications of Attachment Theory. *British Journal of Medical Psychology.* 70: 231 – 248.
- Jowett S & Ryan T. (1985). Skin disease and handicap: an analysis of the impact of skin conditions. *Social Science and Medicine.* 20: 425 – 429.
- Kalick S., Goldwyn R. & Noe J. (1981). Social issues and body image concerns of port wine stain patients undergoing laser therapy. *Lasers in Surgery and Medicine.* 1: 205 – 213.
- Kapp-Simon K. (1995). Psychological Interventions for the Adolescent with Cleft Lip and Palate. *Cleft Palate Craniofacial Journal.* 32 (2): 104 – 108.
- Kent G. (1999). Correlates of Perceived Stigma in Vitiligo. *Psychology and Health.* 14: 241 – 251.
- Kent G. (2000). Understanding Experiences of People with Disfigurements: An Integration of Four Models of Social and Psychological Functioning. *Psychology, Health and Medicine.* 5: 117 – 129.
- Kent G. & Keohane S. (2001). Social Anxiety and Disfigurement: The Moderating Effects of Fear of Negative Evaluation and Past Experience. *British Journal of Clinical Psychology.* 40: 23 – 34.
- Landsdown R., Rumsey N., Bradbury E., Carr A., Partridge J., editors (1997). *Visibly Different: Coping with Disfigurement I.* Oxford: Butterworth – Heinemann.
- Leary M. & Kowalski R. (1995). *Social Anxiety.* London: Guilford Press.
- Lowe J. (1993). The Stigma of Acne. *Journal of Hospital Medicine.* 49: 809 – 812.
- Macgregor F. (1979). *After Plastic Surgery: Adaptation and adjustment.* New York: Praeger.
- Macgregor F. (1989). Social Psychological and cultural dimensions of cosmetic and reconstructive plastic surgery. *Aesthetic Plastic Surgery.* 13: 1 – 8.
- Macgregor F. (1990). Facial disfigurement: Problems and management of social interaction and implications for mental health. *Aesthetic Plastic Surgery.* 14: 249 – 257.
- Meding B. & Swanbeck G. (1990). Consequences of Having Hand Eczema. *Contact Dermatitis.* 23: 6 – 14.
- Meyerson M.D. (2001). Resiliency and Success in Adults with Moebius Syndrome. *Cleft Palate Craniofacial Journal.* 38 (3): 231 – 235.
- Moss T. & Carr T. (2004). Understanding Adjustment to Disfigurement: The Role of the Self-Concept. *Psychology and Health.* 19 (6): 737 – 748.
- Moss T. (2005). The relationship between objective and subjective ratings of disfigurement severity and psychological adjustment. *Body Image.* 2: 151 – 159.
- Pearce S. & Wardle J. (1989). The practice of behavioral medicine. Leicester: *The British Psychological Society.*
- Rapee R & Heimberg R. (1997). A cognitive-Behavioral model of Anxiety in Social Phobia. *Behaviour Research and Therapy.* 35: 741 – 756.
- Robinson E., Clarke A. & Cooper C. (1996). *The Psychology of Facial Disfigurement. Facing the Future, a Guide for Health Professionals.* London. Changing Faces.
- Robinson E., Rumsey N. & Partidge J. (1996). An Evaluation of the Impact of Social Interaction Skills Training for Facially Disfigured People. *British Journal of Plastic Surgery.* 49: 281 – 289.

Robinson E. (1997). Psychological research on visible differences in adults. In: Lansdown R., Rumsey N., Bradbury E., Carr T. & Partridge J. (Eds). *Visibly different. Coping with Disfigurement* (pp. 102 – 111). Oxford: Butterworth Heinemann.

Rumsey N. (2002). Body image & congenital conditions with visible differences. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. (pp. 226 – 233). New York: Guilford.

Rumsey N. & Harcourt D. (2004). Body Image and Disfigurement: issues and interventions. *Body Image*. 1: 83 – 97.

Rumsey N. & Harcourt D. (2005). *The psychology of appearance*. London: OUP.

Ryan T. (1991). Disability in Dermatology. *British Journal of Hospital Medicine*. 46: 33 – 36.

Thompson A. & Kent G. (2001). Adjusting to disfigurement: processes involved in dealing with being visibly different. *Clinical Psychology Review*. 21 (5): 663 – 628.

West J. (1988). *Clinical Psychology in Action: A Collection of Case Studies*. London: Wright Publications.

Williams E., & Griffiths T. (1991). Psychological Consequences of Burn Injury. *Burns*. 17: 478 – 480.

Van der Donk J., Hunfeld., Passcher J., Knegt-Junk K. & Nieboer C (1994). Quality of the life and maladjustment associated with hair loss in women with alopecia androgenetica. *Social Science and Medicine*. 38: 159 – 163.

van Dorssen E. (1992). Experience of Sexuality of Patients with Psoriasis and Constitutional Eczema. *Netherlands Journal of Dermatology*. 136: 2175 – 2178.

Versnel S.L., Duivenvoorden H.J., Passchier J. & Mathijssen I.M. (2010). Satisfaction with Facial Appearance and Its Determinants in Adults with Severe Congenital Facial Disfigurement: a Case-Referent Study. *Journal Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery*. 63: 1642 – 1649.

IL CONTATTO CORPOREO NEL TRATTAMENTO CLINICO

di Paolo Carnicelli

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

Il contatto corporeo è un elemento fondamentale allo sviluppo dell'individuo e ci accompagna in tutta la nostra esistenza. E' stato evidenziato come già il feto reagisca alla stimolazione nel ventre materno, così come già nella gravidanza il contatto fisico sia un importante canale di comunicazione - addirittura un meccanismo vitale - di legame umano fra madre e figlio. Una volta nato, il contatto del bambino con la madre non è più continuo e soprattutto si riduce al contatto epidermico. Da una situazione di unitarietà, in cui l'altro non è distinto dal sé, il contatto tramite la pelle è il solo mezzo con cui per il resto della vita potremo fare esperienza del corpo dell'altro.

La pelle è un organo di straordinaria importanza per la nostra vita; è fondamentalmente il confine fra il nostro corpo ed il resto del mondo. Mantiene per tutta la vita le sue molteplici funzioni di barriera meccanica contro agenti esterni come batteri e virus, ma anche non viventi, come le radiazioni solari o l'acqua o altri agenti chimici. Una funzione fondamentale della pelle è quella sensoriali: l' *Homunculus* di Penfield rende bene l'idea della complessità di questo aspetto. Vi si nota anche come certe zone del corpo siano molto più responsive di altre; vi si trova infatti una concentrazione di recettori molto più alta.

La comunicazione è per la pelle una funzione molto sviluppata, date che i recettori sono di varia natura e per questo permettono di essere sensibili non solo al tatto ma anche alla temperatura, alla pressione, alle sostanze chimiche e all'umidità. Il tatto è per l'uomo uno dei primi canali comunicativi e di scambio. Il sistema nervoso ha la funzione di ricevere,

trasmettere, controllare, regolare e trasferire le informazioni nel corpo. E' interessante ricordare che questo si genera dalle cellule del foglietto embrionale esterno, l'ectoderma, lo stesso prototessuto da cui si genererà anche la pelle. Il tatto rimarrà la una fondamentale forma di comunicazione in tutto il corso della vita, mantenendo un immenso potenziale di uso e di abuso, di benessere e di disagio. Esso è inoltre il nostro solo senso bidirezionale: non è possibile toccare un' altra persona, senza venire a nostra volta toccati.

Importanza del contatto corporeo

Molti studi riconoscono l'importanza del contatto corporeo nella creazione della struttura dell'individuo. Fin dalla prima infanzia infatti il contatto con le figure di attaccamento è indispensabile allo sviluppo del bambino. E' fondamentale anche il contatto con il nostro stesso corpo attraverso l'esplorazione visiva, in particolare dei piedi, delle mani e delle dita, ma anche attraverso il contatto con la bocca; ciò costituisce una delle prime esperienze esplorative e conoscenza indispensabili allo sviluppo.

Come afferma Bowlby nella sua opera *Attaccamento e perdita*, col proseguire dello sviluppo il bambino mantiene la necessità di un contatto corporeo con le figure di riferimento, le quali forniscono, prevalentemente in maniera non verbale, conforto, contenimento, amorevolezza e rassicurazione; elementi indispensabili allo sviluppo del senso di sé, all'esplorazione e alla crescita in generale (Bowlby,1976).

Molti studi relativi all'età dello sviluppo concordano sull'importanza della relazione, del

contatto e della sintonizzazione affettiva adeguata come elementi indispensabili allo sviluppo neurologico ed emotivo, nonché alla strutturazione di un adeguato senso di sé. Già Spitz, grazie agli studi compiuti tra il 1945 e il 1946 in istituti per orfani, conclude come i sorrisi, le carezze, il tono della voce della madre e il contatto fisico col corpo di lei stimolino nel piccolo una reazione positiva assolutamente necessaria per il proprio corretto sviluppo, mentre la privazione di contatto determina esiti traumatici (Spitz, 1972).

Harlow, attraverso i suoi celebri esperimenti sulle scimmiette Rhesus, ha stabilito come il contatto con la figura di attaccamento sia per il cucciolo d'uomo una necessità innata e primaria al pari del bisogno di essere nutriti (Harlow, 1971). Più recentemente si è reso evidente come anche per lo sviluppo del Sé sia indispensabile la relazionalità con gli adulti. Ovviamente la relazione nei bambini è sostanzialmente attraverso il canale corporeo. Per mezzo della relazione psicocorporea il bambino esperisce una risposta più o meno adeguata all'espressione dei propri bisogni (Shore, 2003a).

Recenti studi in ambito neuroscientifico sostengono la primarietà dello sviluppo del Sé corporeo implicito rispetto a successive funzioni del Sé esplicito. Il Sé implicito infatti fornisce la base allo sviluppo di elementi del Sé acquisiti successivamente nello sviluppo dell'infante (Shore 2003a, Shore 2003b). Molte esperienze nell'ambito della neonatalità chiariscono come il contatto corporeo sia indispensabile. Possiamo ricordare la Kangaroo Mother Care, tecnica nata negli anni '70 per sopperire alla mancanza di incubatrici, che consiste nel mantenere il contatto pelle a pelle tra madre e neonato. E' attualmente introdotta nella neonatologia di molti paesi per favorire lo sviluppo del neonato e l'allattamento, con esiti anche di lungo termine sulle capacità emotive, cognitive e comportamentali del bambino. E' dimostrato infatti che questa procedura favorisce lo sviluppo cerebrale, in particolare dell'area limbica (Conde-Agudelo et al., 2003).

Un'interessante evidenza biochimica consiste nell'aumento dei livelli di ossitocina nei neonati toccati amorevolmente. L'ossitocina è stata definita come l'ormone del legame affettivo, e sappiamo che la carenza di contatto fisico innalza drammaticamente la percentuale di

mortalità infantile, come prova l'elevato tasso di mortalità negli orfanotrofi e la sua diminuzione nel caso di maggior affettività tra il personale addetto e i bambini (Cohen, 1987).

Il bisogno di contatto fisico non si limita all'infanzia, ma permane nel corso della vita. Tiffany M. Field scrive: *“Il primo input sensoriale nella vita proviene dal senso del tatto mentre il bambino è ancora nel ventre materno; il tatto continua ad essere il primo mezzo per apprendere il mondo, attraverso l'infanzia, fino alla fanciullezza. Il tatto è fondamentale per la crescita dei bambini, per il loro sviluppo e per la salute; così come per il benessere fisico e mentale dell'adulto”*. (Field, 2001). A tal proposito possiamo ricordare alcune ricerche che hanno dimostrato come il massaggio inneschi una cascata di reazioni chimiche, compresa una diminuzione di sostanze come cortisolo, catecolamine, norepinefrina, epinefrina e un aumento dei livelli di dopamina e serotonina. Esso rafforza il sistema immunitario aumentando il numero e l'attività delle cellule “natural killer”. Grazie al massaggio, il sistema immunitario aumenta la propria capacità citotossica, contribuendo in tal modo a mantenere attive le difese contro gli agenti patogeni (Field 1998).

Per tutto il corso della vita il contatto rappresenta un importante canale di comunicazione quotidiana; pensiamo alla stretta di mano o all'abbraccio o a tutti i gesti che appartengono alla comunicazione non verbale. E' anche un fondamentale elemento nella comunicazione affettiva, come appare evidente per esempio alle relazioni di coppia.

Il contatto corporeo nella terapia

Abbiamo visto come il contatto sia elemento chiave di sviluppo e comunicazione per l'uomo. Chiaramente il contatto fisico può essere veicolo non solamente di esperienze positive, ma anche di eventi spiacevoli e persino di abuso. Per questo motivo, il contatto attraverso il corpo è stato spesso osteggiato nel processo terapeutico. Il canale somatico di intervento clinico, proprio per la sua potenza può avere una enorme efficacia positiva. Escludere il contatto fisico nella relazione clinica, oltre a rappresentare la perdita di un prezioso strumento d'intervento, può portare anche a eccessiva distanza e neutralità del terapeuta. Wilson e Masson affermano che *“evitare qualsiasi contatto fisico tra*

terapeuta e cliente può scoraggiare la crescita psicologica " e - aggiunge - "l'assenza di qualsiasi contatto fisico è suscettibile di provocare distorsioni transferali, vale a dire che il cliente può visualizzare il terapeuta come una figura parentale fredda e rifiutante" (Wilison e Masson, 1986).

Diverse ricerche mostrano come un terapeuta che usi il contatto corporeo riesca a creare una profonda alleanza terapeutica. Un terapeuta congruente, che usi un appropriato contatto, può aumentare il proprio senso di empatia col paziente, così come può stimolare in questi la sicurezza, la calma e il comfort (Horton, 1995). Il tocco può anche migliorare la percezione di essere ascoltati, visti, compresi e riconosciuti dal professionista con cui il paziente entra in relazione. In considerazione di ciò un contatto appropriato ha molte probabilità di aumentare il senso di fiducia e di connessione nell'alleanza terapeutica. La ricerca indica che il modo in cui i clienti vivono l'esperienza di contatto nell'incontro fornisce preziose informazioni sulla valutazione dell'alleanza terapeutica e sugli esiti dell'intervento.

Le terapie ad orientamento corporeo da sempre integrano il corpo come canale di intervento riconoscendolo come veicolo di comunicazione e di guarigione. Rimangono comunque delle differenziazioni negli specifici approcci: alcuni utilizzano il contatto e il corpo come strumento prevalente, mentre altri arrivano ad affermare che si possa condurre a buon fine una psicoterapia corporea senza mai toccare il paziente, qualora vi siano condizioni che lo impediscono, come ad esempio traumi specifici nella vita del paziente.

L'integrazione dell'aspetto somatico nell'intervento non si limita a scuole di pensiero di stretta derivazione Reichiana, come la Bioenergetica, la Vegetoterapia, o l'Organismica, ma riguarda, pur con le dovute differenze, anche altre terapie come la Gestalt e le terapie umanistiche.

Nella Gestalt il contatto fisico con il paziente è uno dei mezzi usati per accrescere la consapevolezza nei pazienti, il loro senso di appartenenza alla propria esistenza corporea e per esplorare il modo in cui essi entrano in contatto con l'ambiente. Nella Gestalt corpo e Sé sono una unità intrinseca, quindi il contatto non è con un corpo oggettivizzato, da

“cambiare”, “riallineare” o “sciogliere”, ma implica un profondo rispetto ed una adeguata cautela nei tempi e modi del contatto. Toccare consiste nel permettere una nuova esperienza al paziente, spesso introdotta da inviti a prepararsi al tocco per proseguire con l'esplorazione.

James Kepner, fautore dell'approccio corporeo nella gestalt, ha esemplificato differenti modi di toccare, sostenendo che non esiste un modo giusto di toccare, ma questo va valutato momento per momento, in funzione di diverse variabili e considerando sempre quale sia la necessità del ricevente. In alcuni casi questa domanda, infatti, può essere posta direttamente alla persona in terapia. Ciò stimola anche il ricevente ad assumere un ruolo attivo nel processo di crescita e non lo induce ad introiettare passivamente ciò che il terapeuta considera buono (Kepner, 1997).

Inserire il contatto fisico in un rapporto clinico non è comunque scontato; richiede opportuna competenza (istruzione, formazione e pratica supervisionata) per il suo uso da parte dell'operatore, ma anche conoscenza e gestione delle proprie tematiche rispetto al contatto corporeo. Ciò permette di riconoscere l'opportunità e l'utilità del contatto nella specifica relazione con il paziente e di usare comunque tempi e modi adeguati.

Operatori differenti trovano modo di esprimere il loro calore, sostegno, empatia ecc. attraverso una gamma di gesti differenti; dal toccare una mano, all'abbraccio, come al poggiare una mano sulla spalla, oltre che nelle specifiche tecniche di intervento corporeo. Ogni clinico ha un suo stile unico sia nella comunicazione che nel contatto; così alcuni tenderanno maggiormente al contatto fisico di altri e ciò è insito nell'unicità individuale degli operatori stessi. E' evidente che operatori che rifiutano il tocco o il contatto difficilmente potranno lavorare sulle persone attraverso un approccio corporeo.

La prospettiva di chi riceve il trattamento

Oltre alla consapevolezza, competenza e conoscenza dell'operatore, è fondamentale anche comprendere quale significato abbia il contatto per la persona che lo riceve. Se il clinico si sente a proprio agio nel contatto fisico con il paziente e ne ha la competenza per l'uso, la decisione se praticare o meno un contatto fisico con una particolare persona deve essere basata

su una valutazione attenta delle esigenze del paziente stesso. Il paziente costruisce il senso del gesto e del contatto che riceve, indipendentemente dall'intenzione del clinico. Ad esempio, un leggero tocco sul braccio, dato con un intento di sostegno e comprensione, può essere percepito sia nel suo significato di supporto e rassicurazione, caldo e incoraggiante, sia come ostile, invadente, controllante e irrispettoso. Allo stesso modo, una stretta di mano, alla fine della sessione, può essere percepita come un gesto di rispetto e di affermazione oppure come una manifestazione di freddezza, rigidità, distanza o persino di avversione verso il paziente.

La qualità della sintonia che l'operatore crea con il paziente è della massima importanza per quanto riguarda il significato della comunicazione non verbale e determinerà una buona parte della risposta del ricevente. Non possiamo però ignorare che un'altra discriminante sarà come egli vive il contatto e le valenze che attribuisce a esso, anche in funzione dei propri vissuti pregressi. Questo effetto si produce ovviamente anche quando poggiamo una mano sulla persona durante una tecnica. La fiducia del ricevente verso il terapeuta probabilmente si affrancherà nel corso della conoscenza e col procedere dell'intervento, entrando a tutti gli effetti nella creazione di un'alleanza terapeutica che comprende anche la reciprocità fisica.

In generale, in presenza di alcuni vissuti traumatici, esiste la possibilità che il contatto possa rievocare il trauma, ingenerando dinamiche di sottomissione, vittimizzazione e rabbia, come anche vissuti di paura, vulnerabilità e svalutazione di sé. Ciò non significa necessariamente che il contatto non possa essere utile, ma che andrà agito opportunamente. Sarà perciò fondamentale che esso avvenga quando vi è una disposizione a riceverlo. In alcuni casi è opportuno stimolare lo sviluppo di un adeguato rapporto di fiducia verso il terapeuta e di un senso di sicurezza significativo, cosicché i sentimenti e il dolore più profondi possono emergere ed essere tollerati.

Anche Pope e Vasquez (1998) autori di *Ethics in psychotherapy and counseling*, hanno evidenziato i potenziali benefici del toccare in psicoterapia, in considerazione del ricevente: *"Se il terapeuta si sente a proprio agio nell'avviare un contatto fisico con il*

paziente, mantiene un orientamento teorico per il quale questo contatto non è antitetico, e ha la competenza (istruzione, formazione e pratica supervisionata) per l'uso del contatto, la decisione se praticare o meno un contatto fisico con un particolare cliente deve essere basata su una valutazione attenta delle esigenze cliniche del cliente in quel momento. Quando è solidamente basato su bisogni clinici e su di una logica clinica, il contatto può essere una forma di cura eccezionale, confortante, rassicurante, e una via per la guarigione".

Ai fattori individuali vanno aggiunte le credenze socioculturali della persona e del suo contesto di riferimento, che vanno attentamente valutate all'inizio della terapia: se si lavora, ad esempio, con una donna musulmana valutiamo con specifica attenzione prima di proporre un contatto fisico.

Va tenuta comunque sempre in considerazione la reazione della persona, dirigendo la nostra attenzione a modifiche di postura, ad eventuali tensioni o tremore, come a manifestazioni di agio o di fastidio.

La decisione di usare il tocco sarà presa in funzione delle caratteristiche del paziente e del suo agio, ma anche delle nostre caratteristiche e del nostro senso di agio. Potremo anche chiedere riscontro di come il soggetto vive il contatto. Se per esempio prendiamo contatto appoggiando la mano possiamo chiedere alla persona come vive questo; l'informazione che ci restituisce può a sua volta rappresentare uno strumento di ulteriore esplorazione.

In alcuni casi un passaggio del lavoro, a volte impegnativo per il paziente, è proprio quello di accogliere un contatto senza sentirsi invasi o violati, con una base di fiducia nell'altro che alcuni pazienti non hanno mai esperito, si pensi a tal proposito ai bambini abusati sessualmente che non hanno ricevuto contatto fisico amorevole, disinteressato e non sessualizzato. A ciò si aggiunga che più comunemente l'esplorazione delle sensazioni interne e delle sensazioni interne rispetto al contatto, costituisce di per sé un'esperienza di consapevolezza corporea e/o di lavoro su tali vissuti.

I contesti che richiedono particolare prudenza

Solo la nostra capacità di mantenere attenzione ai segni del paziente ci permette di lavorare opportunamente e in un approccio psicocorporeo, molti di questi segni sono

manifestati nel e dal corpo. Hunter e Struve (1998) suggeriscono che si debba prestare particolare attenzione utilizzando il contatto con le persone che hanno subito aggressioni, negligenza, difficoltà di attaccamento, dipendenza sessuale, disturbi alimentari e difficoltà nell'intimità. Per contro queste tipologie di persone possono trarre grande giovamento da un lavoro progressivo che renda per loro possibile ricevere piacere dal contatto. Un ambito in cui è consigliabile usare con prudenza il contatto corporeo è il lavoro con gli adolescenti che hanno fisiologicamente una fase evolutiva dove il vissuto corporeo spesso è conflittuale.

Dobbiamo però considerare che quando lavoriamo con persone che presentano traumi consistenti e conseguenti disfunzionalità della personalità gravi, quali i disturbi di personalità, il contatto potrebbe attivare senso di mancanza di protezione e paura dell'intimità, avviando reazioni automatiche di difesa. Spesso, infatti, queste persone hanno esperienze lesive di contatto che hanno strutturato traumi e rappresentato abusi. E', infatti, ampiamente noto il legame tra abuso e abusi fisici o sessuali e disturbi di personalità (Rossiter et al., 2015). In alcuni casi in queste persone anche solo l'anticipazione della vicinanza evoca automatismi di sofferenza, tradimento, abbandono e abuso. I pazienti traumatizzati durante l'infanzia a volte non sono in grado di fare distinzioni tra un contatto affettuoso e un contatto sessuale. Ripristinare un'esperienza di contatto positivo e rispettoso è fondamentale (Hunter & Struve, 1998; Horton, 1995).

Gli individui con traumi profondi peraltro hanno seri problemi a gestire percezioni e sensazioni, dalle quali si sentono sopraffatti. Del resto è comprensibile come in soggetti traumatizzati rivolgere l'attenzione ai vissuti interni significhi mettersi in contatto con sensazioni ed emozioni fortemente spiacevoli legate al trauma stesso.

I clienti istrionici, invece, possono sviluppare un desiderio di un intenso transfert erotico e spesso considerano realistiche queste aspettative. Il contatto fisico non farebbe che aggravare questa tematica.

I clienti con un disturbo di personalità borderline necessitano di un setting estremamente strutturato e preciso, nel quale ogni cambiamento e attraversamento dei confini

precedentemente stabiliti deve essere annunciato e concordato. Ovviamente la particolare attenzione al tema del confine va tenuta in considerazione anche lavorando su un piano corporeo. Con questi soggetti quindi, occorre accortezza e specifica competenza. Dobbiamo essere molto cauti nell'uso del contatto anche quando la persona mostra una tendenza verso la dissociazione, poiché si possono verificare riattivazioni di memorie traumatiche e il paziente può dissociarsi perdendo contatto con la realtà attuale. Queste situazioni sono delicate e richiedono competenze specifiche psichiatriche e psicoterapeutiche. Quando si lavora con i clienti che hanno una storia di abusi e/o violenze, è un gesto importante chiedere il permesso di toccare prima di effettuare contatto fisico. Chiedendo si comunica rispetto per il paziente, si consolida nella persona la possibilità a ricevere rispetto per il suo confine.

Riferimenti bibliografici

- Bowlby J. (1976), *Attaccamento e perdita 1*, Torino, Bollati Boringhieri,
- Cohen S. S. (1987) *The magic of touch*. New York, Harper and Row.
- Conde-Aagudelo A., Diaz-Rossello J.L., [Belizan J.M.](#) (2003) *Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants*. Cochrane Database Syst Rev.
- Field T. M. (1998), *Massage therapy effect* American Psychologist, 1270-1281
- Field T. M. (2001), *Touch* American Boston, MA, MIT Press
- Harlow, H. (1971). *Learning to love*. New York, Albion
- Horton, J., Clance P. R., Sterk-Elifson, C., Emshoff, J., (1995). *Touch in psychotherapy: A survey of patients' experiences*. Psychotherapy, 32, 443-457.
- Hunter, M., & Struve, J. (1998). *The ethical use of touch in psychotherapy*. Thousand Oaks, CA, Sage.
- Kepner J. (1997), *Body Process. Il lavoro con il corpo in psicoterapia* Milano, Franco Angeli
- Pope, K.S., & Vasquez, M.J.T. (1998). *Ethics in therapy and counseling: A practical guide*, 2nd edition. San Francisco, Jossey-Bass
- Rossiter et al. (2015) *Childhood trauma levels in individuals attending adult mental health services: An evaluation of clinical records and structured measurement of childhood trauma*. Child Abuse & Neglect, 44, 36-45
- Shore A.N. (2003a), *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé* Roma, Astrolabio Ubaldini.

Shore A.N. (2003b), *I disturbi del Sè. La disregolazione degli affetti* Roma, Astrolabio Ubaldini.

Spitz R. (1972), *Il primo anno di vita del bambino* Firenze, Giunti-Barbera

Wilson, B.G., & Masson, R.L. (1986). *The role of touch in psychotherapy: An adjunct to communication*. Journal of counseling and Development, 64, 497-500.

CORPOREITÀ E TOSSICODIPENDENZA: IL CORPO NELL'EROINOMANE

di Orietta Casini

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

Trentuno anni, eroinomane: ecco il drogato italiano. Il 2012 è stato l'anno del ritorno dell'eroina. La sostanza che negli anni '80 ha devastato un'intera generazione è tornata, rientrando prepotentemente sul mercato da Afghanistan e Myanmar. La crisi morde e bucarsi torna di moda. Lo sballo con l'"ero" costa meno, perché bastano piccole dosi, meno costose della più raffinata "coca". Ancora oggi questa droga è responsabile della maggior parte dei casi di morbidità e mortalità collegati al consumo di droga nell'Unione Europea. Dopo due decenni in cui si è osservato un calo nell'uso di eroina, a partire dal 2003 la tendenza è diventata sempre meno chiaramente definita (Rapporto Osservatorio Droga, 2011). Sono appunto 6-7 anni che gli esperti del settore parlano di un ritorno dell'eroina, anche se i numeri non sono alti dato il normale periodo di latenza che esiste tra l'inizio dell'uso della sostanza e l'arrivo del tossicodipendente ai servizi in cerca di aiuto o semplicemente perché segnalato dalle autorità.

Che cos'è l'eroina? La storia del rimedio miracoloso: da farmaco a droga.

L'eroina è la droga semisintetica più conosciuta. Viene ricavata dall'acetilazione della morfina, che deriva a sua volta dall'oppio. Scaldando la morfina con l'anidride acetica si ottiene la "diacetilmorfina", commercializzata con il nome di eroina, che oltre a essere l'oppiaceo più diffuso è, come droga d'abuso, quella che agisce più rapidamente. Questo perché il processo di acetilazione rende l'eroina molto più solubile nei grassi organici rispetto alla morfina base e quindi

ne potenzia le capacità di penetrazione nei tessuti cerebrali attraverso la circolazione sanguigna. La sintesi dell'eroina è semplice e poco costosa: non servono laboratori particolarmente attrezzati né chimici particolarmente qualificati. Questa droga è oggi inserita nella famiglia delle "designer drug". Quando Henderson (1975) coniò tale termine descriveva i tentativi non ufficiali di sintesi che, partendo da sostanze sottoposte a controllo d'uso, con lievi modificazioni chimiche originavano prodotti legali (almeno temporaneamente), remunerativi, meno costosi e molto più potenti della molecola principale. L'eroina è stata una delle prime designer drugs, usata per "curare" la dipendenza dalla morfina; sintetizzata per la prima volta nel 1874 dal chimico inglese Wright, venne dichiarata inefficace da alcuni farmacologi e messa nel cassetto dei ricordi.

La seconda nascita dell'eroina risale al 21 agosto del 1897 quando un chimico tedesco, Felix Hoffmann, nello stesso laboratorio in cui creò l'aspirina, sintetizzò nuovamente l'eroina, dando luogo ad una delle peggiori piaghe sociali contemporanee. Il successo dell'eroina è anche attribuibile al nome stesso, una geniale trovata pubblicitaria: *heroin*, infatti, in tutte le lingue suggerisce l'idea di invincibilità. Tra la fine del 1800 e l'inizio del '900 più di 10.000 pazienti testarono l'eroina per guarire da gravi affezioni dell'apparato respiratorio; illustri farmacologi alla guida di queste ricerche giudicarono positivamente gli effetti di tale sostanza. In pochi anni l'uso di eroina commercializzata dall'azienda farmaceutica Bayer, fu estesa ad altri 30 tipi di patologie, negli adulti, nei bambini e perfino nelle donne gravide (malattie cardiovascolari, sclerosi a placche, diabete,

disturbi ginecologici, ipertensione e disturbi psichici come demenza, depressione, psicosi). L'eroina venne addirittura usata per eliminare il desiderio sessuale nei casi di "ninfomania". Nel 1899 la Bayer esportava l'eroina in 23 Paesi; in questo business si tuffarono altre 20 case farmaceutiche. Nel 1924, una volta scoperto tutto il suo potenziale di dipendenza e la sua ridotta efficacia terapeutica, l'eroina venne inclusa nella prima legge federale sugli stupefacenti. Nel 1925 venne firmata a Ginevra una Convenzione Internazionale dell'Oppio a cui aderirono molte nazioni. Tuttavia gli embarghi furono aggirati dalle stesse case farmaceutiche che diffusero tonnellate di sostanza sul mercato nero (Gessa, 1994). Ormai il danno era fatto e nel 1977 fu inserita nella tabella delle sostanze cosiddette "pesanti". Intere generazioni, negli anni '60, '70 e '80, hanno fatto uso d'eroina. Le grandi organizzazioni criminali dell'epoca organizzarono una vera e propria strategia di marketing ritirando dal mercato nero tutte le droghe in circolazione ed immettendo solo eroina in grandi quantità e a basso prezzo. Quando il numero di tossicodipendenti da eroina fu soddisfacente, gli spacciatori alzarono i prezzi alle stelle. Il primo decesso ufficiale risale al 1973, ma è solo nell'inverno del 1974 che l'eroina compare sul mercato della droga in quantità rilevanti per essere poi smerciata tramite un "traffico di formiche" (Arlacchi e Lewis, 1989) fatto da singoli o da piccoli gruppi di consumatori-rivenditori che si riforniscono, oltre che nei paesi dell'Asia sud-occidentale, anche in Olanda o in India. Fra il 1974 e il 1975 si costituisce un primo nucleo di eroinomani che, proprio per l'improvviso ma ben studiato rialzo delle dosi, diventano una pattuglia efficientissima di spacciatori al minuto. Questi primi tossicomani sono portatori di una cultura antagonista ai valori consumisti, la ricerca di un mondo migliore rispetto a quello esistente. Gli eroinomani di adesso sono invece giovani qualunque. L'iniziale "ideologia dell'eroina" è svanita ben presto dalla subcultura degli eroinomani ed anche l'immagine del giovane "junkie" incompreso che tira avanti a suo modo e si scontra con una società oppressiva ha perso il suo richiamo: l'uso di eroina ha perduto il suo status trasgressivo (Arlacchi e Lewis, 1989).

Effetti e conseguenze sull'uso di eroina. La tossicodipendenza.

Oltre all'assunzione per via orale, che è molto rara, è adesso molto in voga, soprattutto tra i "new addicted", sniffare eroina. Tuttavia, la maggior parte dei consumatori di eroina assume tale sostanza iniettandosela poiché in questo modo raggiunge in maniera quasi immediata il cervello, producendo il tanto desiderato "flash". Oltre al flash, che studi medici sostengono venga raggiunto 10 secondi dopo l'iniezione, gli effetti dell'eroina sono identici a quelli della morfina, ma da 5 a 10 volte più potenti; inoltre ha effetti analgesici e influenza l'umore del consumatore provocando una sensazione di benessere e di indifferenza nei confronti degli stimoli esterni, diminuendo l'angoscia, le paure e le tensioni. Dopo 5-8 ore gli effetti di una dose di eroina spariscono, per questo gli eroinomani solitamente si fanno 3 volte al giorno. Gli effetti inizialmente piacevoli sopra detti dopo l'assunzione di eroina possono seguire effetti assolutamente indesiderabili, anche molto gravi, quali nausea e vomito, capacità di elaborazione mentale annebbiata, funzioni cardiache e respiratorie rallentate, sonnolenza, assuefazione, dipendenza psicologica (con il desiderio incontrollabile di provare nuovamente le sensazioni di benessere), dipendenza fisica (vere e proprie sindromi di astinenza), tolleranza (con la necessità di aumentare il dosaggio della sostanza), fino all'overdose, che avviene quando il soggetto assume una quantità di eroina superiore a quella che il fisico è in grado di metabolizzare, oppure combina la sostanza con alcol, psicofarmaci, o ancora la sostanza è "tagliata" con altre sostanze velenose, portando alla morte. Sicuramente uno degli effetti più dannosi dell'eroina è la dipendenza che crea nel soggetto che l'assume.

Il DSM-IV-TR (2000; pp. 219-220) e la comunità scientifica internazionale sono concordi nel ritenere che una persona può essere diagnosticata "dipendente da sostanze" quando il suo uso di alcol o droghe procura disturbi clinici significativi per 12 mesi consecutivi in 3 (o più) delle seguenti aree:

1. *Tolleranza*: il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o

l'effetto desiderato; un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza

2. *Astinenza*: la caratteristica sindrome di astinenza per la sostanza; la stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza
3. la sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto
4. desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza
5. una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza (per es. recandosi in visita da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (per es. fumando "in catena"), o a riprendersi dai suoi effetti
6. interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso della sostanza
7. uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza (per es. il soggetto continua ad usare cocaina malgrado il riconoscimento di una depressione indotta da cocaina, oppure continua a bere malgrado il riconoscimento del peggioramento di un'ulcera a causa dell'assunzione di alcool).

Nel DSM-5 (2013; pp. 565-567) la diagnosi di disturbo da uso di sostanze è basata su un pattern comportamentale patologico correlato all'uso della sostanza. Per facilitare l'organizzazione, i criteri sono stati raccolti in raggruppamenti complessivi di:

- controllo compromesso dell'uso della sostanza
- compromissione sociale
- uso rischioso della sostanza
- criteri farmacologici (tolleranza e astinenza)

La dipendenza è quindi la condizione fisica e mentale di chi, sospendendo l'assunzione di una

sostanza, è soggetto ad un impulso incontrollabile, detto *craving*, alla ricerca e all'uso di quella sostanza. Un individuo "in addiction" perde quindi la capacità di agire in modo autonomo e diventa diretto da una forza irresistibile alimentata dall'astinenza.

Sul versante fisico i danni dell'eroina, come di molte altre sostanze tossiche, sono dovuti al consumo della sostanza in sé, alle sue modalità di assunzione, alla quantità della sostanza assunta, alla sua frequenza di assunzione e allo stato di salute del tossicodipendente da eroina. Tra le complicazioni mediche, le più evidenti in un soggetto eroinomane sono:

- danneggiamento delle mucose nasali
- danni ai tessuti delle prime vie respiratorie e dei polmoni per i vapori troppo caldi dell'inalazione
- ulcerazioni della pelle, ascessi e collassi dei vasi sanguigni, infezioni alle valvole cardiache dovute alle ripetute iniezioni
- gravi infezioni dovute a condizioni igieniche insufficienti o carenti per l'assunzione tramite siringa
- problemi dentari, quali carie e piorrea
- amenorrea nelle donne
- malattie renali, epatiti e HIV per l'uso di siringhe o altri materiali non sterili o già usati in precedenza da altri soggetti infetti

Sul versante psicologico è stato rilevato tra gli eroinomani un aumento dei pazienti in comorbidità psichiatrica. Molti soggetti presentano infatti uno o più disturbi psichici che vanno dalla fobia, alla depressione, al vero e proprio disturbo di personalità.

Ma qual è la personalità dell'eroinomane?

La personalità dell'eroinomane

Socialmente i consumatori di eroina continuano ad essere considerati psicopatici o sociopatici, emarginati, chiusi in uno stile di vita incentrato sul consumo della droga, sulla criminalità e sulla prostituzione. Gli eroinomani, rispetto agli altri "tossici" si riconoscono al primo sguardo, sono quelli che chiedono la monetina alla stazione ferroviaria, magri, emaciati, con lo sguardo assente ed il passo sonnambolico, euforici o

disperati. Ma oltre alla disonestà, all'infinita serie di bugie dette ai familiari, agli amici e a se stessi, alla depressione e all'isolamento, c'è a lungo termine un vero e proprio cambiamento di personalità, con una vera e propria trasformazione dei tratti comportamentali e caratteriali. La personalità dell'eroinomane è detta anche "personalità biochimica"; di seguito alcune delle sue caratteristiche:

- cambiamento repentino dell'umore
- difficoltà nella comunicazione
- diminuzione del senso di responsabilità
- scarsa cura di sé
- incapacità o forte difficoltà nella concentrazione
- incapacità di portare a termine progetti iniziati
- rancore e rabbia repressa
- ansia
- insonnia
- desiderio incontrollabile della sostanza
- irascibilità
- aggressività
- bugie
- noncuranza negli affetti
- disinteresse per tutto ciò che lo circonda
- tendenza all'isolamento e alla chiusura verso il mondo esterno
- depressione e sensi di colpa

Corporeità e tossicodipendenza

L'eroina, insieme con la morfina, è l'unica droga che prevede una violazione corporea così estrema come l'iniezione. Se si chiede ad un eroinomane cosa fa nella sua vita, difficilmente dirà "mi drogo" oppure "faccio uso di eroina" ma molto probabilmente risponderà: "mi buco". Bucarsi il corpo, introdurre una sostanza così velenosa con un'azione violenta di *self-harm*, è parte fondamentale dell'addiction, indipendentemente dalla sostanza. In quei ristretti e oggi invisibili gruppi di junkie, chi sniffa eroina è percepito come diverso, non appartenente al branco, straniero. Anche se la sostanza inalata è la stessa, il fatto decisivo è la non condivisione del rito di questa autoflagellazione, il dolore e contemporaneamente il raffinato piacere delle vene "sbrindellate", ferite, sfinite. Iniettarsi eroina diventa una pratica mistica e

assolutamente corporea, è il superamento del dolore dell'anima anche attraverso il dolore del corpo. Il dolore del buco porta la pace. Una pace dove finalmente la vita si ferma, ma non diventa morte.

Il suo aspetto crudamente corporeo, il suo lasciare piaghe, il suo mostrare nelle ferite del corpo vivo la fragilità della vita diventa la ragione principale della ghettizzazione degli eroinomani, del rifiuto violento della società verso questa droga rispetto ad altre sostanze, altrettanto dannose e anche maggiormente diffuse, come la cocaina. L'eroina è la negazione di tutto ciò che questa società postmoderna, fatta di eterna giovinezza e ostentato benessere, non può tollerare.

La letteratura psicologica sul tema della corporeità del tossicodipendente è assai scarsa e per lo più datata, anche se molti autori, prevalentemente di orientamento psicoanalitico, propongono una visione del corpo del tossicodipendente come simbolo e strumento indispensabile per il recupero del soggetto stesso. Il corpo non conosce parole, ma parla un suo linguaggio attraverso una serie infinita di segni. Il corpo trasmette emozioni. I soggetti tossicodipendenti mostrano evidenti difficoltà ad avvicinarsi e a comprendere le loro emozioni e ancor più a tradurle in parole. Le difese maggiormente usate, come la regressione e la rimozione, lasciano spazio incontrastato al principio di piacere che annulla gradualmente la capacità del soggetto dipendente di fare un corretto esame di realtà. Iniettare l'eroina per evitare il dolore e ottenere il piacere comporta un processo di introiezione per cui, escludendo il pensiero, il piacere si ottiene introducendo un oggetto nel proprio corpo. Così, non riuscendo ad elaborare cognitivamente l'esperienza, ci si ritrova a ripeterla compulsivamente (Martinotti e Callieri, 2009). È questa la ragione per cui un eroinomane "a rota" se non riesce a ottenere la sostanza, proverà comunque un certo piacere nell'iniettarsi in vena solo semplice acqua.

Il corpo, con i suoi movimenti, i suoi ritmi, il suo tono muscolare, la sua postura racconta, in una visione psicofisica unitaria dell'essere umano, la mente con le sue idee, le sue esperienze e i suoi vissuti, emozioni, i blocchi, le inibizioni. Il corpo del tossicodipendente che assume droghe per via parenterale è spesso visibilmente maltrattato, ferito e inascoltato (Moschese, 2004). Apolloni

(1986) parla del corpo del tossico come di una “epigrafe da interpretare” in cui la pelle è il teatro, il manifesto della tossicomania, l'esito di una continua ed estenuante battaglia. In condizioni normali la pelle è l'involucro che protegge e delinea i confini del Sé, nel caso del tossicomane troviamo una “pelle martoriata, continuamente interrotta, bucata”, tantoché Pissacroia (1985) arriva a definire l'eroinomane come “psicosi della pelle”. Il corpo attraverso la sostanza mantiene in sé emozioni che altrimenti causerebbero un acuto dolore mentale. Ma il desiderio non viene mai appagato dalla droga e rimane un dopo-consumo scoperto, che genera angoscia, che porta alla ripetizione dell'atto instaurando la dipendenza.

Il pensiero del tossicomane si caratterizza per essere iposimbolizzato, rappresentazione di un Io debole e immaturo che vede il continuo fallimento della vita emozionale in cui lo psichico è continuamente sottoposto al corporeo. Seguendo questa concezione il comportamento tossicomane può considerarsi come la conseguenza di un deficit delle funzioni di mentalizzazione, ovvero della rappresentazione mentale dell'esperienza emozionale e corporea. Citando Bion (1970) si può pensare come i dati sensoriali ed emotivi, che incidono nella mente come elementi-beta, restano non trasformati in elementi-alfa accumulandosi e risultando alla fine disturbanti per il corretto funzionamento psichico. Numerosi studi hanno sottolineato la qualità essenzialmente fisica, concreta, del mondo tossicomane e la sua carenza della dimensione psichica. Il linguaggio e la simbolizzazione consentono di introiettare un'esperienza. Assumendo una sostanza per ottenere piacere o evitare dolore il tossicodipendente rimane a un livello primitivo di incorporazione per cui, escludendo il pensiero, il piacere si ottiene introducendo un oggetto nel proprio corpo.

A ciò si collega la difficoltà del tossicomane nel verbalizzare le emozioni e nel dar loro significato, emozioni che possono essere particolarmente travolgenti. L'alexitimia è un tratto comune nei tossicodipendenti e tende ad assumere caratteristiche psicologiche proprie e particolari (Loas *et al.*, 2000). L'intossicazione permette al corpo di sostituire esperienze emotive con esperienze sensoriali. Un parallelismo tra tossicomania e disturbo

psicosomatico può aiutare nella comprensione della problematica: il disagio che il paziente vive nel corpo, il tossicodipendente lo vive attraverso il corpo. Rispetto alla malattia psicosomatica, la tossicodipendenza si distingue per il suo carattere di agito per cui, se nel paziente psicosomatico il deficit di mentalizzazione si mostra direttamente tramite un disturbo organico, nel tossicomane si esprime principalmente mediante una specifica condotta, solitamente quella dell'abuso.

Ai Ser.T. – Servizi per le Tossicodipendenze arrivano solitamente persone molto segnate nel corpo a causa dell'abuso, soggetti soprattutto in situazioni di forte consumo o con una lunga carriera di tossicodipendenza. È un corpo che racconta vissuti, sentimenti e personalità e che può essere letto secondo tre registri (Mammana, 1991): il corpo dell'abuso, il corpo dell'astinenza e il corpo della rinascita.

Il corpo dell'abuso

Il vissuto corporeo del tossicodipendente può essere visto come l'esito di un meccanismo di difesa, la scissione che comporta la netta separazione tra corpo e mente. Le diverse sensazioni e gli stati d'animo sono gli effetti provocati dalle sostanze psicotrope che raggiungono i centri nervosi e li stimolano direttamente. Questo percorso artificiale espropria il corpo della capacità di produrre ed esprimere emozioni e vissuti, rompendo il suo essere in relazione con la mente. Il corpo perde la capacità di associare schemi psico-fisici (piacere, dolore, gioia, tristezza, ecc.) ai diversi stati della mente e si trasforma in mero canale per qualcosa che proviene dall'esterno, la droga appunto, e arriva al cervello senza mediazione né elaborazione. Il San Sebastiano di Antonello da Messina sembra la rappresentazione perfetta di ciò che significa, per chi si buca, bucarsi. Iniettarsi eroina è una pratica mistica e assolutamente corporea, è il superamento del dolore dell'anima attraverso il dolore del corpo. Il San Sebastiano con il suo corpo trafitto dalle frecce mantiene uno sguardo sereno, come se traesse uno strano piacere misto a malinconia. Nulla allude esplicitamente al dolore. San Sebastiano è solo. Manca un elemento fondamentale per ogni martirio: il pubblico. Le

poche figure presenti, in secondo e terzo piano, sono distratte. Tutto avviene in silenzio, in solitudine, in assoluta intimità. Un profano, pensando al flash dell'eroina, si raffigura un corpo che magari si contrae, una mente che delira, nella realtà il flash immobilizza e allo stesso tempo decontrae, rilassa. Il corpo si abbandona e la mente si annulla. È in questo meccanismo che il dolore del buco, della freccia e della siringa, diventa per San Sebastiano e per il tossicodipendente il veicolo per una pace altrimenti impossibile, la pace santa dell'eroina (Voce, 2009). Una pace dove la vita finalmente sparisce, senza tuttavia diventare morte, lasciando solo il corpo abbandonato, travolto dal piacere per un desiderio soddisfatto. La piccola morte dell'eroina, come quella dell'orgasmo, passa attraverso il corpo, la sua violazione, il buco.

“Prendi la siringa, mettila quasi parallela al braccio, non devi trapassarla, devi insinuarti, devi aprire la pelle piano... Bravo così, spingi, ora, spingi, eccola! L'hai presa... tira su... perfetto... Lo vedi il sangue nella siringa che colora la roba? Vuol dire che sei dentro, che hai bucato la vena. Brucia, vero? Ora inietta, ma piano... Impara a sentire che puoi sentire anche con le tue vene, che il tuo corpo sente anche dentro, non solo fuori, sulla pelle... Bravo, tutta, iniettala tutta, ma no, no, non togliere subito la siringa dal braccio, aspira di nuovo altro sangue nella siringa, e ora iniettila ancora: si chiamano risciacciaqui, più ne farai, più sarai certo che neanche una molecola di roba andrà persa... Lo senti come al dolore del buco si sostituisce il piacere caldo della roba? È per questo, amico mio, che l'eroina non è semplicemente una droga, è una filosofia... Ma tu non puoi capire, è troppo presto, anche se presto sarà già tardi, per te come per me... E ora toglì la siringa dal braccio e succhiati via dal braccio la goccia di sangue che ti sta colando verso il gomito. Impara che sapore ha il tuo sangue e goditi la tua piccola morte, che è l'unica cosa per cui vale la pena di vivere questa piccola vita.” (Voce, 2009).

Il corpo dell'astinenza

Quando gli effetti “piacevoli” dell'eroina finiscono, il corpo riemerge in tutta la sua forza, manifestando il dolore di ogni muscolo, di tutte le ossa, i brividi, i crampi, la sudorazione, accompagnata da stati di ansia e di angoscia. Corpo e mente tornano nuovamente in relazione attraverso la sofferenza. Come sostiene

Mammana (1991) l'ascolto di un corpo che ricompare prepotentemente dopo l'abuso è estremamente difficile, se non impossibile. Facilmente l'angoscia diventa panico mentre l'aspettativa di nuove sofferenze, unita alla spasmodica ricerca della sostanza, rende incontenibile la situazione. Il rischio di questo stato è che il corpo dell'astinenza si trasformi nel corpo dell'ossessione che degrada, talora, fino alla morte.

“Ingoiavamo pillole su pillole e con metodo ci bevevamo del vino. Ma non serviva a niente. Improvvisamente non controllavo più le mie gambe. Sentivo una pressione tremenda nel cavo delle ginocchia. Mi sdraiai sul pavimento e stesi le gambe. Tentai di distendere i muscoli delle gambe. Ma non riuscivo più a controllarli. Spinsi le gambe contro l'armadio. E lì rimasero. Non riuscivo a spostarle. Mi rotolavo sul pavimento, ma i piedi mi rimanevano come appiccicati all'armadio. Ero completamente madida di sudore gelato. Gelavo e tremavo e questo sudore freddo mi scorreva sul viso fino a dentro gli occhi.(...) Detlef stava ancora peggio di me. Lui stava per dare di matto. Tremava dal freddo e improvvisamente si tolse il maglione. Si sedette su una sedia nell'angolo della finestra. Le sue gambe erano continuamente in movimento. Era come se corresse stando seduto. Con spasimi pazzeschi le sue gambe andavano avanti e indietro. Non era neanche più un tremore. Si contraeva continuamente su se stesso e urlava. Erano crampi allo stomaco.” (Hermann e Rieck, 1979, pp. 162-163).

Il corpo della rinascita

Con l'allentarsi dell'impulso ossessivo per la sostanza compare lentamente una relazione tra la mente e il corpo. Il corpo riacquista la sua funzionalità, tornando a essere comunicativo e la persona rientra in un circuito di comunicazione sana. La crescita di questo processo consente il ricostruirsi dell'unità mente/corpo e il conseguente vissuto di unificazione.

Nonostante il fenomeno eroina sia tornato con prepotenza nelle stazioni, nei Ser.T., negli angoli nemmeno troppo nascosti delle nostre città, nelle seconde pagine di cronaca dei giornali, le persone, i non addetti ai lavori, i non direttamente coinvolti, non vedono, e se vedono si limitano a condannare e voltare le spalle. Perché l'eroina fa paura: il suo aspetto crudamente corporeo, il suo lasciare piaghe, il suo mostrare la fragilità della vita con la morte

del corpo, non è accettabile nella società dell'eterna giovinezza e dell'ostentato benessere.

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edn) (DSM-5). Washington, DC: APA.

Apolloni, P. (1986). Il corpo del tossicomane: un'epigrafe da interpretare. In Bruni A., (a cura di), *La tossicomania e il suo trattamento*, San Severino Marche: Edizioni Croce Bianca.

Arlacchi, P. e Lewis, R. (1989). *Il mercato dell'eroina a Bologna e Provincia*, Bologna, USL 27 e Comune di Bologna.

Bion, W.R. (1970). *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando Ed.

Gessa, G.L. (1994). L'incredibile storia dell'eroina. La più famosa droga d'autore. *Medicina delle Tossicodipendenze*, 4, anno II, 20-22.

Henderson, G.L., Frincke, J., Leung, C.Y., Torten, M., e Benjamini, E. (1975). Antibodies to Fentanyl. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, Vol. 192, 2, 489-496.

Hermann, K., e Rieck, H. (1979). *Christiane F. Noi, i ragazzi dello zoo di Berlino*. Milano: RCS Rizzoli Libri.

Loas, G, Otmani, O, Lecercle, C, e Jouvent, R. (2000). Relationship between the emotional and cognitive component of alexithymia and dependency in alcoholics. *Psychiatry Res.*, 96(1), 63-74.

Mammana, G. (1991). Il corpo del tossicomane. *Salute e prevenzione*, 2, anno VIII.

Martinotti, G., e Callieri, B. (2009). Il corpo nell'esperienza del tossicomane. *Dipendenze Patologiche*, 1, 3-6.

Moschese, V. (2004). Psicomotricità e rilassamento corporeo. *Prospettive sociali e sanitarie*, 34, 6-8.

OEDT, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (2011). Relazione annuale: evoluzione del fenomeno della droga in Europa.

Pissacroia, M. (1985). *Il tossicomane. Contributi ad una clinica psicoterapeutica*. Roma: Bulzoni.

Voce, L. (2009). Il corpo nudo dell'eroina. *Jasad*, 3.

Master in Psicologia Giuridica

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

- Completamente aggiornato -

1 anno - 272 ore - per laureandi e laureati in Psicologia, psichiatri, NPI

con possibilità di stage

prossima edizione: gennaio - dicembre 2018



LA COMPLESSA QUESTIONE DELLE ADDICTION: IL MONDO INTERNO ED ESTERNO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

di Silvia Tabani

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

Con il termine *dipendenza* si definisce un sistema di comportamenti che si instaurano in seguito all'uso cronico e compulsivo di sostanze (droghe legali, come i farmaci, o illegali, come l'alcol), o anche in assenza di esse, come nel caso delle nuove dipendenze; per cui l'individuo percepisce l'urgente necessità di assumerle o di mettere in atto una data modalità comportamentale dannosa, indipendentemente dal danno fisico, psicologico e sociale che provocano.

Nel 1952 il comitato dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) definisce la tossicodipendenza come uno stato di intossicazione periodica o cronica prodotto dalle ripetute assunzioni di una sostanza naturale o sintetica, caratterizzato da:

- 1) Un irresistibile desiderio o bisogno di continuare ad assumere la sostanza e a procurarsela con ogni mezzo
- 2) Una tendenza ad aumentare la dose, data dalla tolleranza alla sostanza
- 3) Una dipendenza psichica (psicologica) e di solito fisica agli effetti della sostanza
- 4) Conseguenze dannose per l'individuo e la società

Secondo il DSM IV TR (manuale diagnostico e statistico per i disturbi mentali) la dipendenza da sostanze è una modalità patologica d'uso della sostanza che comporta menomazione e disagio clinicamente significativi, come manifestato da almeno tre delle seguenti condizioni:

- 1) Tolleranza: intesa come effetto diminuito della stessa quantità di sostanza dato dall'uso continuativo, che comporta l'utilizzo di dosi sempre più

elevate per raggiungere l'effetto desiderato

- 2) Astinenza
- 3) Assunzione della sostanza in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto
- 4) Desiderio persistente o tentativi inutili di ridurre e controllare la sostanza
- 5) Grande quantità di tempo spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza
- 6) Interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative
- 7) Uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, causato ed esacerbato dalla sostanza

Il DSM V ha impostato i suoi criteri diagnostici in modo differente rispetto al DSM IV-TR; esso parla di disturbi indotti da sostanze e di disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci, ma non si fa più riferimento alla dipendenza da sostanze. Rispetto al DSM IV-TR, nel V viene inserito il disturbo da gioco d'azzardo, ma delle dipendenze comportamentali è l'unico disturbo ad essere inserito, gli altri per quanto si riscontrino nella pratica clinica non sono riconosciuti dal DSM.

Il ruolo del corpo e la determinante educativa

Il corpo ha un ruolo centrale nelle dipendenze ed è sempre costantemente immerso in questa condizione. Lo è sin dall'abuso che poi si trasforma in dipendenza, lo è nello sviluppo della

tolleranza, per cui è necessaria una dose maggiore di sostanza per raggiungere gli effetti psicologici e fisici desiderati, lo è nei sintomi di astinenza che la sostanza comporta, lo è nel *craving*, in cui il corpo si porta attivamente alla ricerca della sostanza e non può farne a meno, lo è nell'emarginazione sociale.

Dal punto di vista psicoanalitico e psicosomatico, la tossicodipendenza può essere intesa oggi come un processo identificatorio che permette al soggetto, senza troppi sforzi, di trovare rifugio dall'angoscia, laddove nella sua struttura psichica non è presente un metodo alternativo di riorganizzazione simbolica dei propri moti pulsionali. Secondo Lacan nel soggetto tossicodipendente sono riscontrabili delle difficoltà nel processo di "separazione" nella sua infanzia. Ogni bambino ha bisogno di ricevere le sue "istruzioni per l'uso" dei sistemi regolatori delle relazioni familiari e sociali, compresi il proprio corpo e il corpo materno. Secondo Lacan questi strumenti simbolici che hanno lo scopo di funzione regolatoria e normativa, si riassumono nella Funzione Paterna il cui obiettivo, al culmine della maturazione genitale del bambino, è quello di affacciarlo alla complessità dei meccanismi affettivo-relazionali, conferendogli un posto simbolico, un nome, un'identità. Una Funzione Paterna difettosa condanna il bambino e nel futuro l'adolescente che sarà, il quale cercherà di fare da sé in un flusso di oggetti-identità che il mercato dei consumi fornisce in forma sempre più massiva e seduttiva. Lacan nel 1966 descrive la suggestiva figura dello "specchio infranto" rappresentativa dell'Io distrutto del bambino, il quale avverte una disconferma di se stesso di fronte alle aspettative che gli adulti esercitano su di lui, entrando così in una profonda crisi che lo indurrebbe a comportamenti disadattivi i quali vanno a rinforzare i suoi comportamenti di dipendenza. Comportamenti che esploderebbero poi durante l'adolescenza. L'adolescente si trova quindi a trovare un "rifugio" identificatorio nella tossicodipendenza, nell'anoressia, nella bulimia, nella dipendenza da sesso, da gioco d'azzardo e in molte altre dipendenze comportamentali, poiché nella sua struttura mentale non si è costituito quel processo e quello spazio adeguato per i propri moti pulsionali, lasciando così spazio all'angoscia.

Il tossicodipendente non sente il corpo come suo e l'assunzione della sostanza diventa un disperato tentativo di riappropriarsene, anche se questa diventa un'appropriazione temporanea, che necessita di ripetizione continua e che trasforma il "rimedio" in un veleno dal forte potere distruttivo. Il corpo si mostra prevalentemente come un corpo-agito, alla continua ricerca di emozioni, come se queste non venissero mai trovate, riconosciute, vissute abbastanza al suo interno.

Peyron (1983) scrive: "nella relazione coi tossicomani parla il corpo. Cioè non si parla più per mezzo di simboli; è il corpo che parla con le sue lesioni organiche, con i suoi tatuaggi e col suo sub-ittero congiuntivale e col suo tremolio nell'alcolista".

Quello del tossicodipendente è un corpo maltrattato, ferito, ignorato, è un corpo percepito come estraneo per le diverse sensazioni che lo attraversano, è un corpo frammentato. Il dato più frequente è l'incuria, la trascuratezza che il soggetto tossicodipendente dimostra verso il corpo e attraverso il corpo, che si presenta spesso come ferito, malato, decaduto.

Mammana (1991) legge il corpo del tossicodipendente secondo tre registri: abuso, astinenza e rinascita.

a) *Il corpo dell'abuso*: viene attuato il meccanismo di difesa della scissione, che comporta una separazione netta tra mente e corpo. Sentire la propria realtà come unificata è fondamentale per esperire il senso di benessere, questo però non accade nel tossicodipendente che tenta di negare la dimensione corporea, nell'illusoria ricerca di un'unitarietà personale non vissuta, ma in qualche modo desiderata. La droga è ciò che facilita artificialmente la sensazione di un'unitarietà psicosomatica puramente "mentale", che vissuta in modo regressivo, dà un'effimera sensazione di benessere. Gli stati d'animo che il tossicodipendente prova (calma, eccitazione, lucidità, etc.) sono l'effetto dell'azione delle sostanze psicotrope che vanno a stimolare direttamente i centri nervosi. Questo è un percorso artificiale che non consente alla mente di essere in relazione con il suo corpo, che con il passare del tempo perde la sua capacità di associare sensazioni psicofisiche (es. piacere, rabbia, tristezza...) ai diversi stati della mente. Il corpo diventa inutile, poiché la velocità e

l'intensità dell'azione della droga nel procurare sensazioni di piacere è totalmente diversa dai processi psicofisici naturali.

b) *Il corpo dell'astinenza*: quando l'effetto della droga cessa, la forza dolorosa del corpo torna a farsi sentire. Emergono così i sintomi del dolore osseo e muscolare, i crampi, i brividi, la sudorazione, i quali sono associati a stati d'ansia e d'angoscia, quasi a ricomporre attraverso la sofferenza, la relazione mente-corpo che è stata negata. L'angoscia ben presto diventa panico, mentre l'aspettativa di nuove sofferenze, unita all'irrefrenabile ricerca di droga, rende la situazione incontenibile.

c) *Il corpo della rinascita*: quando viene meno il meccanismo di compulsione a fare uso di droga e quindi l'ossessione si è attenuata, il corpo riacquista la sua funzionalità, torna ad essere comunicativo, a parlare e ad ascoltare; la persona rientra in un sano circuito di comunicazione.

Come direbbe Borgna (1997), il corpo del tossicodipendente è un corpo che ha perso la sua unità, la sua Gestalt interna. La mancata capacità di interiorizzazione e mentalizzazione degli strumenti simbolici adeguati come diceva Lacan, metterebbero in luce una mancata differenziazione fra soggetto e oggetto, dove la corporeità intesa come confine di sé, non trova un limite. Il piacere smisurato sarebbe un tentativo estremo di tenere insieme tutti i frammenti. "Essere in quel corpo" acquista importanza solo quando da esso si trae piacere, questo piacere consente di "creare una istantaneità", dove spazio e tempo si immobilizzano (Olievenstein, 1981).

Nella società odierna stanno prendendo sempre più piede le dipendenze comportamentali, le quali si differenziano dalle tossicodipendenze perché non traggono piacere dall'assunzione di una sostanza, bensì da un comportamento. Tra queste dipendenze troviamo: la dipendenza da gioco d'azzardo, la dipendenza sessuale, la dipendenza da internet, la dipendenza da videogiochi, la dipendenza affettiva, la dipendenza da shopping compulsivo, etc. Queste sono attività che per la maggior parte delle persone rappresentano parte integrante del normale svolgimento di vita quotidiana, tuttavia per alcuni individui possono diventare attività patologiche, nelle quali si perde il controllo delle proprie azioni, tali da provocare gravissime

conseguenze. Le somiglianze con le tossicodipendenze sono molte:

- La sensazione di impossibilità di resistere all'impulso di mettere in atto il comportamento (compulsività)
- Sensazione di crescente tensione che precede la messa in atto del comportamento (craving)
- La sensazione di piacere e sollievo con la messa in atto del comportamento
- Percezione di perdita del controllo
- Comportamento persistente nonostante venga associato a conseguenze negative

Questi soggetti hanno una grandissima difficoltà nella regolazione emotiva delle proprie emozioni e sentimenti, sono incapaci di gestirli e integrarli, in questo modo il comportamento compulsivo dà loro un momentaneo sollievo (come nel caso dei tossicodipendenti), del tutto effimero e di breve durata; determinando di conseguenza sentimenti negativi come la vergogna, il senso di colpa, la depressione, la perdita di autostima. A livello cognitivo osserviamo difficoltà attentive, difficoltà nella concentrazione, pensieri intrusivi ricorrenti, distorsioni cognitive nel modo di elaborare la realtà, convinzioni disfunzionali riguardo se stessi, gli altri, le relazioni. Le difficoltà di interazione sociale sono consistenti, causa la loro struttura mentale e l'incapacità di relazionarsi agli altri in modo intimo, e questo con il passare del tempo comporta un progressivo isolamento. Spesso le amicizie che intrattengono sono superficiali o manipolative. (Cantelmi *et al.*, 2004). Anche il ruolo del corpo è totalmente diverso in questo tipo di dipendenze, il corpo non è più utilizzato passivamente per l'introduzione della sostanza ed in parte annullato dalla sostanza stessa, come spiegato in precedenza, ma in ogni modalità di dipendenza comportamentale, esso si comporta diversamente. Nella dipendenza comportamentale abbiamo un corpo che si mette in moto per adottare quel comportamento che gli fornisce piacere. Da una parte abbiamo il tossicodipendente il cui corpo è contenitore e mezzo di piacere attraverso il quale viene introdotta la sostanza, che sia alcol, cocaina, eroina e svariate altre sostanze psicoattive che provocano una risposta, tanto che il corpo è autonomamente attivo solo nella fase di craving. Dall'altra parte, con le dipendenze comportamentali, non abbiamo l'introduzione

nell'organismo di sostanze, ma la messa in atto di un comportamento che dà piacere, gratifica. Nella dipendenza affettiva il desiderio di “fondersi nell'altro” perdura inalterato nel tempo, possiamo notare quanto il suo corpo e la sua mente passino in secondo piano, scomparendo nell'altro. Nella dipendenza da internet o da videogiochi, come nel gioco d'azzardo, il corpo si “rinchiude” in quell'attività passandovi la maggior parte del suo tempo, riducendo i contatti sociali, familiari, affettivi. Il corpo e la mente sono totalmente assorbiti dall'attività che provoca piacere. Nella dipendenza da sesso il corpo ha un ruolo predominante, la persona utilizza il corpo e la sessualità in modo dipendente per poter trarne piacere, fuggendo dallo stress, dai sentimenti dolorosi e da quelle che sono le relazioni intime e affettive di fronte alle quali emerge una profonda inadeguatezza nella capacità di gestirle. Anche nella dipendenza da shopping compulsivo la persona si isola durante questa attività, impiegandovi un tempo superiore a quello preventivato, comportando una grave compromissione nel funzionamento sociale e lavorativo. Le attività di acquisto non sono un momento da condividere, la persona utilizza gran parte del suo tempo per andare attivamente e in solitario, a “procacciarsi” i suoi oggetti di desiderio e durante tutto il suo iter di godimento momentaneo, il corpo è parte attiva. Il corpo è pervaso da un'intensa sensazione di eccitazione e gratificazione durante l'acquisto, seguita più tardi da sentimenti di depressione, colpa e vergogna.

Cantelmi et al (2004) affrontano nel dettaglio le motivazioni emotive e cognitive che supportano e danno origine a questo tipo di dipendenze. Prima fra tutte vi è la vergogna. La vergogna è definita come una mancata connessione del bambino con il genitore, il bambino si trova in una situazione di arousal elevato, la quale non è corrisposta dal genitore. La vergogna è fondamentale affinché si creino le giuste condizioni per lo sviluppo dell'autocontrollo, tuttavia se i sentimenti di vergogna non sono seguiti da una riparazione e una spiegazione del genitore finiscono per creare una forte umiliazione nel bambino. Se l'umiliazione diventa cronica il bambino tenderà a limitarsi nelle sue azioni, poiché il suo cervello maturerà in modo limitato. Comportamenti, pensieri,

emozioni subiscono una limitazione durante la crescita e la maturazione. La vergogna e questa continua limitazione comporteranno in questi bambini, una volta adulti, delle difficoltà nella creazione della relazione con l'altro, relazioni che verranno viste come conflittuali o pericolose, determinando una difficoltà nel provare piacere per ciò che si sperimenta e che si fa. Il sentimento di vergogna è alla base di un ciclo continuo fatto da due poli: controllo e allentamento. Nella fase di controllo la persona mostra un eccesso di controllo nel tentativo di gestire se stessa, le proprie emozioni negative, i propri bisogni, le proprie relazioni. Nella fase di allentamento vi è invece una fuga, un'evasione dalla pressione del controllo e dalla vergogna, determinando l'esperienza personale di “perdita di se stessi”, come accade nel comportamento dipendente. Più forte è il controllo, più forte sarà la fase di allentamento e quindi più forte sarà la compulsività del comportamento dipendente. Il sentimento di vergogna è affiancato da un sistema di credenze disfunzionali e distorte che vanno ad aggravare la condizione del soggetto. Questi soggetti tendono a svalutare il loro valore come persone, si ritengono inadeguati, fallimentari, incapaci di intrattenere buone relazioni intime, si sentono non amati e non amabili. La convinzione che riguarda l'impossibilità di soddisfare i propri bisogni contribuisce a dare energia alla dipendenza. Poiché nella loro esperienza familiare la vergogna era predominante e si veniva accettati per i risultati, non ritengono che gli altri possano amarli per quello che sono e questo può portare alla costruzione di una personalità di facciata, manipolativa, calcolatrice, stratega. Quando un sistema di convinzioni diviene rigido e disadattivo, impedisce l'accesso alla coscienza di un gran numero di sensazioni ed emozioni e quelle che vengono avvertite sono interpretate in modo errato. Le dipendenze comportamentali derivano quindi da un iniziale sentimento di vergogna, da una disconnessione affettiva dalle figure che si prendono cura del bambino, che dà origine a convinzioni di base distorte che spesso lo sostengono. Di conseguenza la persona avrà difficoltà a sentire le proprie emozioni e a viverle in modo equilibrato. La visione del mondo con la quale questo bambino crescerà sarà distorta e limitata e lo renderà incapace, una volta adulto, di provare piacere per le cose che fa o che vive,

favorendo una svalutazione personale, un sentimento di isolamento dagli altri e una mancanza di significato nella propria vita. Inoltre la presenza di un deficit meta-cognitivo supporta l'incapacità di base a regolare i propri comportamenti e a controllare i propri impulsi. La persona quindi, non riuscendo a trovare una via d'uscita a questa condizione difficile dovuta a difficoltà emotive, perderebbe poco a poco la capacità di orientare e governare la propria vita, rivolgendosi sempre di più a quei comportamenti compulsivi che danno l'illusoria sensazione di soddisfare tutti i bisogni: piacere, controllo, potere, connessione interpersonale, significato della propria vita, valore (Cantelmi et al. 2004).

Dopo questa ampia panoramica sulle addiction e sulle implicazioni emotive, cognitive, educative, relazionali che le influenzano, vediamo ciò che accade a livello dei processi cerebrali durante l'assunzione di una sostanza o nella messa in atto di una dipendenza comportamentale.

Il sistema della ricompensa

Con il termine di ricompensa o rinforzo si definisce in maniera positiva il valore che un individuo attribuisce ad un oggetto, a un comportamento o ad uno stato fisico interno. Le ricompense possono essere di tipo primario o secondario; le ricompense primarie sono fondamentali, esse devono essere soddisfatte per il mantenimento della specie; ne sono un esempio il cibo, le bevande, il sesso, le cure parentali. Le ricompense secondarie possono essere prodotte sperimentalmente dall'unione tra uno stimolo neutro e una ricompensa; tra queste troviamo il denaro, gli stimoli e le competenze sociali.

Il sistema della ricompensa è un vero e proprio sistema recettoriale legato alla dopamina, sostanza di primaria importanza nel modulare la risposta dell'organismo in termini di emozioni positive legate alla ricompensa. Uno degli studi pionieristici che ha scoperto l'esistenza di un sistema che se stimolato induceva i ratti a ripetere le azioni che provocavano piacere, è lo studio di Olds e Milner (1954). James Olds e Peter Milner nel 1954 sono stati i primi a scoprire come la stimolazione indotta tramite elettrodi in alcune zone intracraniche nei ratti riuscisse a determinare sensazioni di soddisfazione e di piacere tali da indurre i ratti a percorrere un certo

labirinto e a risolvere problemi. Gli elettrodi sono stati impiantati in varie aree sottocorticali dei ratti, a seguito di un'operazione chirurgica. Prima di essere sottoposti a test ai ratti veniva concesso un periodo di ripresa di tre giorni, dopo di che venivano inseriti nella Skinner box. A questo punto quando il ratto premeva la leva presente nella Skinner box, lo sperimentatore faceva scorrere corrente elettrica attraverso gli elettrodi. Premendo la leva, il ratto chiudeva un circuito, stimolando elettricamente la regione cerebrale nella quale era infisso. Quando l'elettrodo era posto in alcune regioni critiche situate alla base del cervello, il ratto premeva la leva fin quasi allo sfinimento senza farsi distrarre neanche dall'offerta di cibo o acqua. Dopo la prova il cervello dell'animale veniva esaminato al microscopio per determinare quale struttura ne era stata stimolata. L'osservazione dei cervelli congelati dei ratti dimostra l'esistenza di uno specifico circuito neuronale la cui attivazione agisce come una ricompensa, grazie al maggiore rilascio di dopamina; ciò si manifesta in un tempo di risposta molto più veloce rispetto alla stimolazione in altre aree. Negli animali queste aree definite "centri del piacere", poiché associate a meccanismi endogeni di gratificazione, sono il setto e il nucleo accumbens. Questa ricerca ha gettato le basi per lo studio dei meccanismi di ricompensa anche nell'uomo, i quali sono altamente interconnessi con motivazione ed emozioni. Qualsiasi azione, comportamento intenzionale e motivato, diretto verso uno scopo o alla soddisfazione di un desiderio (bisogni primari e secondari), emerge come risultato di processi fisiologici altamente complessi. Questi processi complessi sono gestiti dalle vie mesolimbica e mesocorticale. La via mesocorticale collega l'area tegmentale ventrale (VTA) alla corteccia prefrontale. Più in generale possiamo dire che le aree che interessano il percorso neurochimico del sistema della ricompensa sono: aree corticali tra cui la corteccia orbitofrontale (OFC), la corteccia cingolata (entrambe fanno parte della corteccia prefrontale) e il polo anteriore dei lobi temporali; e aree sottocorticali tra le quali troviamo il nucleo accumbens, la VTA, l'ippocampo, l'amigdala, l'ipotalamo.

Il sistema dopaminergico modula tutte queste regioni ed è quindi alla base del funzionamento del sistema della ricompensa. Il nucleo

accumbens riceve in seguito a stimolazione di un piccolo numero di cellule della VTA, il neuromodulatore dopamina. Quando l'esecuzione di un'attività è associata a un rilascio di dopamina nel nucleo accumbens, questa presumibilmente provoca piacere e l'animale, o l'uomo tenderà ad eseguirla di nuovo. I neuroni dopaminergici oltre al nucleo accumbens, vanno ad innervare anche le altre strutture corticali suddette, con una densità più elevata nella regione orbitofrontale.

La corteccia orbitofrontale

Evidenti prove empiriche fanno notare che danni alla corteccia orbitofrontale (OFC) e all'adiacente corteccia prefrontale mediale possono provocare menomazioni alla capacità di prendere decisioni in condizioni di incertezza (Bechara et al., 1994; Fellows e Farah, 2005; Hornak et al., 2004; Rolls et al., 1994).

La OFC è altamente interconnessa con strutture sottocorticali quali l'amigdala e lo striato ventrale (Carmichael e Price, 1995) coinvolte nei processi affettivi; le quali insieme all'OFC hanno un ruolo molto importante nella ricompensa e influiscono sul suo trattamento. La OFC è inoltre interconnessa con altri settori situati all'interno della corteccia prefrontale (Carmichael e Price, 1996), perciò è altamente probabile che oltre al suo ruolo nella ricompensa, essa condivida con le altre strutture prefrontali funzionali punti in comune.

La OFC è quindi una componente chiave del sistema della ricompensa: essa è la rappresentante del valore stimolo-ricompensa, delle rappresentazioni di codifica e della previsione delle ricompense future; funzioni queste che condivide con l'amigdala e lo striato ventrale. Essa riceve inoltre i segnali relativi agli errori di previsione della ricompensa e che possono essere alla base dell'apprendimento delle stesse previsioni. Proprio come le altre parti della corteccia prefrontale (Wallis et al., 2001), la OFC e l'adiacente corteccia ventromediale possono svolgere un ruolo nella codifica delle regole astratte e applicare la conoscenza di tali regole per guidare la ricompensa e le aspettative. Infine in comune con la corteccia prefrontale nel suo complesso, la OFC gioca anche un ruolo importante nel controllo del comportamento flessibile (Miller e Cohen, 2001); fornisce segnali decisionali che indicano all'individuo le azioni da

intraprendere successivamente. La OFC ha il compito di svolgere svariati ruoli:

a) Codifica del valore degli stimoli percepiti

Studi nelle scimmie hanno registrato che i neuroni della OFC rispondevano a un particolare odore o sapore quando l'animale era affamato, ma la loro risposta diminuiva una volta che l'animale era sazio e il cibo non costituiva più una ricompensa (Critchley e Rolls, 1996; Rolls et al., 1989).

La OFC umana è coinvolta in modo sensibile nella codifica del valore di ricompensa di una grande varietà di stimoli presentati con modalità differenti. Ad uno stimolo si associa un certo valore al quale corrisponderà o meno una ricompensa. Se il valore che attribuiamo allo stimolo è positivamente elevato esso produrrà un piacere molto intenso, in quanto quello stimolo costituisce qualcosa che vogliamo, che desideriamo, ad esempio il dolce preferito; al contrario se lo stimolo che percepiamo è qualcosa di ostile, di non gradito, esso produrrà una sensazione opposta alla gratificazione.

Studi di neuroimaging sull'uomo hanno dimostrato che la corteccia orbitofrontale non è correlata solo a stimoli olfattivi e gustativi, ma vi è correlazione con il sistema ricompensa anche per stimoli dell'area somatosensoriale, uditiva e visiva. È stato inoltre dimostrato che questi neuroni si attivano anche in risposta a temi astratti non legati a una particolare modalità sensoriale, come il denaro o le "soddisfazioni sociali".

Vi sono inoltre considerevoli prove che la OFC risponda non solo alle ricompense, ma anche alle punizioni (O'Doherty et al., 2001; O'Doherty et al., 2003; Breiter et al., 2001).

Queste evidenze sollevano la questione se possa essere anatomicamente possibile la suddivisione della OFC in sottoregioni coinvolte a premiare e a punire gli eventi. O'Doherty e collaboratori (2001) hanno fornito prove a sostegno di tale possibilità suddividendo la OFC in un'area mediale e in una laterale. Questo studio ha mostrato che l'area mediale rispondeva in seguito ad un guadagno economico, mentre l'area laterale trovava soluzioni per rispondere ad una perdita monetaria. Ulteriori evidenze a conferma di una dissociazione nella OFC sono state riportate negli studi di Ursu e Carter (2005) e di Small et al. (2001). Lo studio di Ursu e Carter

(2005) utilizza la risonanza magnetica funzionale (fMRI) per individuare risposte diverse nella corteccia orbitofrontale mediale e laterale di fronte all'osservazione di facce più o meno attraenti. Quando i volti mostrati ai soggetti sperimentali erano considerati attraenti si attivava la OFC mediale, se invece i volti erano considerati poco attraenti si attivava la OFC laterale. Risultati analoghi sono stati trovati da Small e colleghi (2001) in una ricerca sulla soddisfazione data dall'assunzione di cioccolato in vari momenti di maggiore o minor sazietà. La ricerca mostra che la OFC mediale è attiva negli stadi iniziali in cui si consuma cioccolato e la ricompensa è forte, quando l'individuo è invece sazio, il continuo consumo di cioccolato provoca un sentimento quasi avversivo andando ad attivare la OFC laterale.

Mentre questi studi sono riusciti a segnalare una dissociazione mediale vs laterale, ciò non è stato riscontrato in altri studi. Ricerche condotte da Elliot et al. (2003) utilizzando la fMRI, non hanno notato differenze di risposta tra parte mediale e laterale a seguito di guadagno o perdita di denaro. Questi risultati discrepanti tra le funzioni delle aree mediale e laterale suggeriscono una complessità maggiore di quella supposta in un primo momento.

Kim et al. (2006) mostrano nel loro studio che una chiara dissociazione anatomica della OFC nelle risposte è visibile solo in relazione alla ricezione, ma non all'aspettativa di ricompensa. Un'altra possibile spiegazione è relativa al fatto che una perdita o una punizione va analizzata nel contesto in cui essa viene ricevuta e nel modo in cui essa è percepita come tale dal soggetto in questione; infatti l'utilizzo di punizioni più naturali, come il dolore, determinano un esito molto differente rispetto a una perdita di denaro.

b) Risposte relative alle ricompense future

Dagli studi di neurofisiologia è noto che i neuroni della OFC sono coinvolti non solo nella decisione di premiare o punire, ma rispondono anche alla previsione di ricompense future (Schoenbaum et al., 1998; Tremblay e Schultz, 1999; Rolls, 2000).

Nel predire i premi futuri oltre alla OFC sono coinvolte altre strutture, come lo striato ventrale e l'amigdala. L'evidenza che l'OFC sia implicata nell'anticipazione di ricompense future è stata mostrata in vari studi, tra cui quello di O'

Doherty e colleghi (2002), in cui venivano presentati stimoli arbitrari e a intervalli regolari seguiti da un sapore gradevole, da un gusto neutro, o da un gusto avversivo.

Sono stati trovati effetti diversi nella OFC anteriore durante l'anticipazione, così come erano stati trovati nella ricezione delle ricompense. Questi risultati sono stati poi confermati in altri paradigmi; con studi che utilizzano altri tipi di ricompense, ma che seguono sempre questa logica di anticipazione.

Facendo un esempio famoso, questo è ciò che accade nel condizionamento classico Pavloviano: i cani dopo aver appreso che il suono del campanello era predittivo dell'arrivo del cibo, nonostante esso non fosse ancora presente nel loro campo visivo, emettevano già in risposta salivazione.

c) Predizione dei segnali di errore in entrata

In che modo la OFC e le altre regioni del cervello acquisiscono valore predittivo, siano essi stimoli o azioni obbligatorie? Alcuni attuali modelli di apprendimento animale ritengono che l'apprendimento avvenga attraverso un errore di previsione, il quale segnala le discrepanze tra la ricompensa prevista e la ricompensa effettiva o la punizione (Rescorla e Wagner, 1972). Studi in primati non umani implicano un'attività fasica nei neuroni dopaminergici, come un possibile substrato neurale di questo segnale (Schultz, 1998; Schultz et al., 1997). Nel corso dell'apprendimento il segnale cambia le sue risposte da ricompensa a stimolo condizionato. Studi umani di neuroimmagine sul condizionamento classico per errori predittivi di una ricompensa, segnalano il coinvolgimento di aree in cui sono presenti neuroni dopaminergici, tra cui la OFC (Berns et al., 2001; O'Doherty et al., 2003). I neuroni dopaminergici potrebbero facilitare l'apprendimento del valore di previsione in queste aree favorendo meccanismi di plasticità neurale che coinvolgono i sistemi sensoriali, di azione e di ricompensa. Questo sistema è solitamente flessibile, esso subisce quindi delle variazioni a seconda di quanto uno stimolo può produrre piacere in un certo momento. Questa flessibilità tuttavia, non è presente nei soggetti dipendenti da sostanze. Per quanto la sostanza alla quale si è dipendenti produca degli effetti drasticamente negativi il sistema non riesce ad equilibrarsi in modo

flessibile e di conseguenza vi è un continuo desiderio di assunzione della stessa.

La scoperta che le risposte predittive correlate a errore siano presenti in tutta la OFC e nella rete della ricompensa, è coerente con la possibilità che questo meccanismo sia utilizzato per mediare l'apprendimento flessibile e l'aggiornamento delle associazioni di ricompensa; una funzione attribuita spesso alla OFC (Rolls et al. 2000).

d) Codifica di norme astratte e applicazione di tali regole nella guida di ricompense e aspettative

Molti problemi di decisione possono riguardare regole o strutture astratte, che incidono sulle ricompense disponibili in seguito alla scelta di una particolare azione, o di un gruppo di azioni. Un esempio di questa struttura è l'apprendimento inverso, in base al quale esiste una correlazione inversa tra le ricompense disponibili in seguito alla scelta di un'azione, la quale produce un'elevata probabilità di ricompensa, e l'altra azione non scelta poiché offre una bassa probabilità di ricompensa. Così, in qualsiasi momento l'individuo si trova di fronte a un'azione che risulta essere una buona scelta e un'altra che è una cattiva scelta, perché il conseguimento di quest'ultima non comporta per il soggetto il raggiungimento di una gratificazione.

La conoscenza di tali norme dovrebbe conferire un notevole vantaggio a una persona che tenta di risolvere un problema e massimizzare la ricompensa.

In un recente studio Hampton e colleghi (2006) hanno dimostrato che durante l'esecuzione di un compito di apprendimento inverso, le risposte relative alla ricompensa prevista nella OFC mediale e nell'adiacente corteccia prefrontale mediale, avevano effettivamente integrato la conoscenza della struttura astratta di questo compito, riflettendo l'anticorrelazione delle ricompense, che potrebbero essere ottenute dalla scelta di un'azione. Così le rappresentazioni delle ricompense attese nella OFC sono aggiornate non solo attraverso errori di previsione, ma anche in base alla conoscenza della struttura astratta. Studi su lesioni orbitali e ventrali della corteccia prefrontale mediale suggeriscono che la OFC è necessaria nella presa di decisioni adattive (Bechara et al., 1994, Fellows e Farah, 2005; Hornak et al., 2004; Rolls

et al., 1994). Tuttavia, sulla base di tali studi su lesioni, non si comprende in modo chiaro il ruolo funzionale della OFC nel processo decisionale. La OFC potrebbe svolgere un ruolo nell'effettivo processo di decisione, ovvero nel processo di confronto tra gli attuali valori attesi di azioni diverse e la selezione di una specifica azione.

Il nucleo accumbens

Il nucleo accumbens (NA) gioca un ruolo centrale nel circuito della ricompensa; le sue operazioni sono svolte essenzialmente da due neurotrasmettitori: la dopamina che promuove il desiderio e la serotonina che determina gli stati di soddisfazione e di inibizione.

Il NA costituisce parte del corpo striato ventrale, esso non lavora da solo ma mantiene stretti rapporti con le altre aree implicate nel sistema, in particolare con l'area Tegmentale Ventrale (VTA), la quale è situata nel mesencefalo ed è una delle aree più primitive del nostro cervello. Sono i neuroni della VTA a sintetizzare la dopamina che poi trasmetteranno tramite i loro assoni al nucleo accumbens. Quest'ultimo può essere descritto come l'interfaccia di un motore limbico, che integra informazioni contestuali dall'ippocampo, l'informazione emotiva dall'amigdala e le informazioni del comportamento diretto a uno scopo dalla corteccia prefrontale. Recenti studi riportano il suo coinvolgimento anche nel controllo dell'azione, nell'elaborazione della ricompensa e negli stimoli inaspettati.

Il NA è considerato il "centro del piacere" come dimostrato nello studio del 1954 di Olds e Milner sui ratti. Nella letteratura possiamo notare che quest'area è stata studiata perlopiù in rapporto con abuso e dipendenza da sostanze; il nucleo centrale dell'amigdala, le parti del NA mediale e il nucleo della stria terminale sono noti per avere un ruolo fondamentale nella dipendenza correlata a rinforzo. Tuttavia il NA riveste un ruolo importante nel convertire stimoli provenienti dal cibo, dal sesso e da altre attività gratificanti, in sensazioni di piacere. Questo nucleo è attivo sia durante la percezione di immagini piacevoli, sia nella creazione mentale di immagini emotivamente coinvolgenti e piacevoli e ha dimostrato di essere coinvolto anche nella regolazione delle emozioni indotte dalla musica.

Basandoci sul presupposto che una disfunzione nel sistema motivazionale della ricompensa è un fattore patogeno per alcuni disturbi psichiatrici, come il disturbo ossessivo compulsivo, la depressione, la dipendenza da sostanze, il NA è divenuto una zona bersaglio per trattare con successo le suddette malattie usando la tecnica della stimolazione cerebrale profonda (DBS; Greenberg et al., 2006; Huff et al., 2010; Schlaepfer et al., 2008) o attraverso l'asportazione del nucleo stesso. (Gao et al., 2003; Wu et al., 2010).

Come le sostanze modificano il sistema di ricompensa del cervello

La nostra comprensione dei meccanismi cerebrali responsabili dell'attivazione di un comportamento è considerevole; meno chiaro invece è ciò che determina la "scelta" nella direzione di un certo comportamento. Il processo comportamentale di scelta inizia in parte nella corteccia prefrontale (Breiter et al., 1997; Shidara e Richmond, 2002) e partendo da quest'area efferenti glutammatergiche stimolano il comportamento in uscita, accedendo ai circuiti corticali dell'accumbens e del talamo (Jog, 1999; Haber, 2003). Come questi gruppi di cellule sono formati e organizzati è chiaro, tuttavia l'intensità e la qualità dei comportamenti in uscita sono fortemente influenzate da un ingresso dopaminergico e glutammatergico all'accumbens e l'attività di queste sinapsi produce variazioni dendritiche nelle cellule cortico spinali dell'accumbens (Robinson e Kolb, 1997). I cambiamenti nella densità delle spine dendritiche avvengono al momento dell'apprendimento (McGee e Brecht, 2003) ed essi rivelano conseguenti cambiamenti a livello della neuroplasticità intracellulare che può aumentare o diminuire la trasmissione eccitatoria (Scannevin e Haganir, 2000; Carrol et al., 2001). Recenti studi dimostrano che la dipendenza è associata alla neuroplasticità in questi meccanismi cellulari di organizzazione sinaptica. Schultz (2005) cerca di rispondere a questa domanda ipotizzando che l'influenza più diretta delle sostanze stupefacenti sul sistema della ricompensa si verifica in seguito alla loro azione sul sistema della dopamina. Le sostanze stupefacenti vanno a incidere sia sui processi dopaminergici fasici che tonici prevalentemente delle cellule striatali, queste sostanze vanno ad

influenzare la plasticità dei neuroni dopaminergici partendo dal modo in cui sono generati potenziali d'azione nella cellula, agli effetti della dopamina nei neuroni postsinaptici.

Cambiamenti Fasici della dopamina Striatale

La stimolazione elettrica dei neuroni dopaminergici, che simula il normale effetto della ricompensa, induce il rilascio della dopamina striatale. La cocaina o le anfetamine introdotte per via sistematica aumentano la stimolazione di dopamina bloccandone la ricaptazione (Jones et al., 1995; Gonon, 1997; Venton et al., 2003). In questo modo la cocaina esagera fortemente i normali cambiamenti striatali dopaminergici, usando un potente segnale eccitatorio.

Cambiamenti nei livelli tonici della dopamina striatale

Le sostanze stupefacenti aumentano la concentrazione tonica della dopamina striatale, usando vari meccanismi. Oppiacei e nicotina aumentano l'attivazione tonica di dopamina dei neuroni del mesencefalo (Matthews and German, 1984; Johnson and North, 1992; Lichtensteiger et al., 1982; Pidoplichko et al., 1997); mentre cocaina e anfetamine ne bloccano la ricaptazione aumentando così la quantità di dopamina durante la sinapsi (Bunney et al., 1973). E' ben noto che le concentrazioni toniche di dopamina sono finemente regolate all'interno di aree cerebrali post sinaptiche (Chesselet, 1984) e il mancato rispetto dei livelli ottimali di dopamina, compresi gli aumenti delle concentrazioni locali di dopamina e il turnover, comportano un deterioramento della memoria di lavoro, della discriminazione sensoriale e della pianificazione (Murphy et al., 1996; Elliott et al., 1997; Liu et al., 2008). Così attraverso gli effetti sui livelli di dopamina, le droghe vanno a compromettere i normali meccanismi di funzionamento striatali e corticali. È importante ricordare che il sistema della dopamina non funziona in modo isolato, quindi le sostanze stupefacenti influenzano tutti i sistemi di ricompensa importanti, tra cui lo striato, la corteccia orbitofrontale, l'amigdala.

Per quanto riguarda la presa di decisione, la maggior parte dei meccanismi di valutazione e di confronto coinvolgono il sistema dopaminergico e le sue strutture post sinaptiche, di conseguenza le droghe esercitando un impatto sul sistema della dopamina mettono a rischio il normale svolgimento del processo decisionale,

che può essere interrotto o subire forti interferenze. Quando la ricerca di emozioni forti, o la presenza di disturbi mentali incoraggiano l'iniziale abuso di una sostanza, i segnali neurali potrebbero cambiare sotto l'influenza di queste droghe e portare a cambiamenti comportamentali. Se questi cambiamenti si trasformano in una maggiore disponibilità al rischio, gli individui abusanti possono continuare l'assunzione di droga e sviluppare una dipendenza.

Conclusioni

Questo rapido excursus all'interno di una delle problematiche più significative del nostro secolo ha l'obiettivo di dimostrare la grande difficoltà di analisi e di trattamento di un disturbo così multi sfaccettato. Ho elencato alcuni pensieri e riflessioni di alcuni grandi della letteratura e della storia della psicologia come ad esempio Lacan, ma i punti di vista e le interpretazioni attorno a questo disturbo sono infinite. Lo scopo di questo articolo è stato quello di mostrare le molte e possibili cause di questa patologia: cause sociofamiliari, educative, neuropsicologiche. Tutti questi piani è necessario che vengano elaborati insieme per cercare l'origine della problematica, poiché ognuno di essi svolge la sua parte determinante nell'insorgenza e nel mantenimento di questo disturbo così complesso.

Da non sottovalutare è la grande varietà di personalità e di modalità di assunzione che occupano questa cornice. Il ragazzino che utilizza in modo incauto le nuove droghe (perlopiù sostanze psicoattive) e il quarantenne con i suoi venti anni di esperienza nel mondo dell'eroina, sono gli estremi di un continuum popolato da una miriade di situazioni intermedie. Questa grande diversità determina delle consistenti difficoltà sia nell'analisi del problema sia nel trattamento dell'utenza che raggiunge le comunità terapeutiche, così come nella prevenzione. Le esigenze avanzate da un'utenza così variegata sono molto diverse e chiedono la messa in atto di risposte articolate e differenziate fra loro.

Due sono le grandi criticità riscontrabili nelle comunità terapeutiche: l'abbandono prima di aver completato il percorso e la difficoltà del reinserimento socio lavorativo. L'importanza nel terminare il percorso e del reinserimento sono

fondamentali per l'uscita dal mondo delle dipendenze, ma sono tuttavia incredibilmente difficili da realizzare a causa della grande complessità del fenomeno e della sua multi sfaccettatura. Una delle principali chiavi di svolta sarebbe la prevenzione in forma massiccia e ben strutturata, tuttavia poco realizzabile per una serie di dinamiche complesse di derivazione principalmente politica ed economica. Nelle comunità arrivano solo un numero incredibilmente ridotto di utenti, ovvero solo coloro che sono oramai diventati "incontenibili" e che non riescono più a provvedere a se stessi, quindi in uno stadio ormai incredibilmente avanzato tanto che alle volte l'incredibile scompenso e l'alterazione strutturale che portano con sé può essere molto limitante per un lavoro riabilitativo. La creazione di servizi di informazione, di consulenza e supporto psicologico per i giovani a rischio, di strutture in grado di dare risposte in termini di psicoterapia individuale e familiare, di servizi a bassa soglia come centri diurni e unità di strada, permetterebbe il contatto con un'utenza più vasta, che resta oggi ai margini poiché meno visibile e che non raggiunge i centri di recupero. L'ingente spesa economica preventiva sarebbe sicuramente inferiore alla spesa nella cura della patologia, ma la mentalità territoriale è tuttavia sempre più improntata alla cura del sintomo che alla prevenzione e alla riduzione dei fattori di rischio.

Riferimenti bibliografici

- APA (2000). DSM- IV TR. Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano. Raffaello Cortina Editore.
- APA (2014). DSM- V. *Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano. Raffaello Cortina Editore.
- Bechara, A. et al. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition* 50, 7–15.
- Berns, G.S. et al. (2001). Predictability modulates human brain response to reward. *J. Neurosci.* 21, 2793–2798.
- Breiter, H.C. et al. (2001). Functional imaging of neural responses to expectancy and experience of monetary gains and losses. *Neuron* 30, 619–639.
- Breiter, H.C., Gollub, R.L., Weisskoff, R.M., Kennedy, D.N., Makris, N., Berke, J.D., Goodman, J.M., Kantor, H.L., Gastfriend DR, Riorden JP, Mathew RT, Rosen BR,

- Hyman SE (1997). Acute effects of cocaine on human brain activity and emotion. *Neuron* 19, 591–611.
- Bunney, B.S., Walters, J.R., Roth, R.H., Aghajanian, G.K. (1973). Dopaminergic neurons: Effect of antipsychotic drugs and amphetamine on single cell activity. *J. Pharmacol. Exp. Ther.* 185, 560–571.
- Cantelmi, T., Lambiase, E., Sessa, A. (2004). Le nuove dipendenze. *Psicobiattivo*.
- Carmichael, S.T., Price, J.L. (1995). Limbic connections of the orbital and medial prefrontal cortex in macaque monkeys. *J. Comp. Neurol.* 363, 615–641.
- Carmichael, S.T., Price, J.L. (1996). Connectional networks within the orbital and medial prefrontal cortex of macaque monkeys. *J. Comp. Neurol.* 371, 179–207.
- Carroll, R., Beattie, E., Von Zastrow, M., Malenka, R. (2001). Role of AMPA receptor endocytosis in synaptic plasticity. *Nat Rev Neurosci* 2, 315–324.
- Chesselet, M.F. (1984). Presynaptic regulation of neurotransmitter release in the brain: Facts and hypothesis. *Neuroscience* 12, 347–375.
- Critchley, H.D., Rolls, E.T. (1996). Hunger and satiety modify the responses of olfactory and visual neurons in the primate orbitofrontal cortex. *J. Neurophysiol.* 75, 1673–86.
- Elliott, R. et al. (2003). Differential response patterns in the striatum and orbitofrontal cortex to financial reward in humans: a parametric functional magnetic resonance imaging study. *J. Neurosci.* 23, 303–307.
- Elliott, R., Sahakian, B.J., Matthews, K., Bannerjee, A., Rimmer, J., Robbins, T.W. (1997). Effects of methylphenidate on spatial working memory and planning in healthy young adults. *Psychopharmacology* (Berl.) 131, 196–206.
- Fellows, L.K., Farah, M.J. (2005). Different underlying impairments in decision making following ventromedial and dorsolateral frontal lobe damage in humans. *Cereb. Cortex* 15, 58–63.
- Gao, G., Wang, X., He, S., Li, W., Wang, Q., et al. (2003). Clinical study for alleviating opiate drug psychological dependence by a method of ablating the nucleus accumbens with stereotactic surgery. *Stereotact Funct Neurosurg* 81, 96–104.
- Gonon, F. (1997). Prolonged and extrasynaptic excitatory action of dopamine mediated by D1 receptors in the rat striatum in vivo. *J. Neurosci.* 17, 5972–5978.
- Greenberg, B.D., Malone, D.A., Friehs, G.M., Rezai, A.R., Kubu, C.S., et al. (2006). Three-year outcomes in deep brain stimulation for highly resistant obsessive compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology* 31, 2384–2393.
- Haber, S.N. (2003). The primate basal ganglia: parallel and integrative networks. *J Chem Neuroanat* 26, 317–330.
- Hampton, A.N., Bossaerts, P., O'Doherty, J.P. (2006). The role of the ventromedial prefrontal cortex in abstract state-based inference during decision making in humans. *J. Neurosci.* 26, 8360–8367.
- Hornak, J. et al. (2004). Reward-related reversal learning after surgical excisions in orbito-frontal or dorsolateral prefrontal cortex in humans. *J. Cogn. Neurosci.* 16, 463–478.
- Huff, W., Lenartz, D., Schormann, M., Lee, S.H., Kuhn, J., et al. (2010). Unilateral deep brain stimulation of the nucleus accumbens in patients with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: Outcomes after one year. *Clin Neurol Neurosurg* 112: 137–143.
- Jog, M.S., Kubota, Y., Connolly, C.I., Hillegaart, V., Graybiel, A.M. (1999). Building neural representations of habits. *Science* 286, 1745–1749.
- Johnson, S.W., North, R.A. (1992). Two types of neurone in the rat ventral tegmental area and their synaptic inputs. *J. Physiol.* 450, 455–468.
- Jones, S.R., Garriss, P.A., Wightman, R.M. (1995). Different effects of cocaine and nomifensine on dopamine uptake in the caudate-putamen and nucleus accumbens. *J. Pharmacol. Exp. Ther.* 274, 396–403.
- Kim, H., Shimojo, S., O'Doherty, J.P. (2006). Is avoiding an aversive outcome rewarding? Neural substrates of avoidance learning in the human brain. *PLoS Biol.* 4, e233.
- Lacan, J. (1966). *Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je, telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychoanalytique*. Écrits, Paris, Éditions du Seuil (trad. it. in id., *Scritti*, Torino, Einaudi, 1974, pp. 87-94).
- Lichtensteiger, W., Hefti, F., Felix, D., Huwyler, T., Melamed, E., Schlumpf, M. (1982). Stimulation of nigrostriatal dopamine neurones by nicotine. *Neuropharmacology* 21, 963–968.
- Liu, S., Heitz, R.P., Sampson, A.R., Zhang, W., Bradberry, C.W. (2008). Evidence of temporal cortical dysfunction in rhesus monkeys following chronic cocaine self-administration. *Cereb. Cortex* 18, 2109–2116.
- Mammanna, G. (1991). Il corpo del tossicodipendente. *Salute e prevenzione*, 7.
- Matthews, R.T., German, D.C. (1984). Electrophysiological evidence for excitation of rat ventral tegmental area dopamine neurons by morphine. *Neuroscience* 11, 617–625.
- McGee, A.W., Brecht, D.S. (2003). Assembly and plasticity of the glutamatergic postsynaptic specialization. *Curr Opin Neurobiol* 13, 111–118.
- Miller, E.K., Cohen, J.D. (2001). An integrative theory of prefrontal cortex function. *Annu. Rev. Neurosci.* 24, 167–202.
- Murphy, B.L., Arnsten, A.F., Goldman-Rakic, P.S., Roth, R.H. (1996). Increased dopamine turnover in the prefrontal cortex impairs spatial working memory performance in rats and monkeys. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 93, 1325–1329.

- O'Doherty, J. et al. (2003). Temporal difference models and reward-related learning in the human brain. *Neuron* 38, 329–337.
- O'Doherty, J. et al. (2002). Neural responses during anticipation of a primary taste reward. *Neuron* 33, 815–826.
- O'Doherty, J. et al. (2001). Representation of pleasant and aversive taste in the human brain. *J. Neurophysiol.* 85, 1315–1321.
- O'Doherty, J. et al. (2003). Beauty in a smile: the role of medial orbitofrontal cortex in facial attractiveness. *Neuropsychologia* 41, 147–155.
- Olds, J., Milner, P. (1954). Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 47, 419–427.
- Pidoplichko, V.I., DeBiasi, M., Williams, J.T., Dani, J.A. (1997). Nicotine activates and desensitizes midbrain dopamine neurons. *Nature* 390, 401–404.
- Rescorla, R.A., Wagner, A.R. (1972). A theory of Pavlovian conditioning: variations in the effectiveness of reinforcement and nonreinforcement. In *Classical Conditioning II: Current Research and Theory*. A.H. Black, & W.F. Prokasy, Eds.: 64–99. *Appleton Crofts. New York*.
- Robinson, T.E., Kolb, B. (1997). Persistent structural modifications in nucleus accumbens and prefrontal cortex neurons produced by previous experience with amphetamine. *J. Neurosci.* 17, 8491–8497.
- Rolls, E.T. (2000). The orbitofrontal cortex and reward. *Cereb. Cortex* 10, 284–294.
- Rolls, E.T. et al. (1994). Emotion-related learning in patients with social and emotional changes associated with frontal lobe damage. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 57, 1518–1524.
- Rolls, E.T., Sienkiewicz, Z.J., Yaxley, S. (1989). Hunger modulates the responses to gustatory stimuli of single neurons in the caudolateral orbitofrontal cortex of the macaque monkey. *Eur. J. Neurosci.* 1, 53–60.
- Sava, V. e La Rosa, E. (2006). Lo spazio dei limiti. Prospettive psicoanalitiche nella psicoterapia delle tossicodipendenze. *Psicoterapie Franco Angeli*
- Scannevin, R.H., Huganir, R.L. (2000) Postsynaptic organization and regulation of excitatory synapses. *Nat Rev Neurosci* 1, 133–141.
- Schlaepfer, T.E., Cohen, M.X., Frick, C., Kosel, M., Brodessa, D., et al. (2008) Deep brain stimulation to reward circuitry alleviates anhedonia in refractory major depression. *Neuropsychopharmacology* 33: 368–377.
- Schoenbaum, G., Chiba, A.A., Gallagher, M. (1998). Orbitofrontal cortex and basolateral amygdala encode expected outcomes during learning. *Nat. Neurosci.* 1, 155–159.
- Schultz, W. (1998). Predictive reward signal of dopamine neurons. *J. Neurophysiol.* 80, 1–27.
- Schultz, W. (2005). Potential vulnerabilities of neural reward, risk, and decision mechanisms to addictive drugs. *Neuron* 69, 603–617.
- Schultz, W., Dayan, P., Montague, P.R. (1997). A neural substrate of prediction and reward. *Science* 275, 1593–1599.
- Shidara, M., e Richmond, B.J. (2002). Anterior cingulate: single neuronal signals related to degree of reward expectancy. *Science* 296, 1709–1711.
- Small, D.M. et al. (2001). Changes in brain activity related to eating chocolate: from pleasure to aversion. *Brain* 124, 1720–1733.
- Tremblay, L., Schultz, W. (1999). Relative reward preference in primate orbitofrontal cortex. *Nature* 398, 704–708.
- Ursu, S., Carter, C.S. (2005). Outcome representations, counterfactual comparisons and the human orbitofrontal cortex: implications for neuroimaging studies of decision-making. *Brain Res. Cogn. Brain Res.* 23, 51–60.
- Venton, B.J., Zhang, H., Garris, P.A., Phillips, P.E.M., Sulzer, D., Wightman, R.M. (2003). Real-time decoding of dopamine concentration changes in the caudate-putamen during tonic and phasic firing. *J. Neurochem.* 87, 1284–1295.
- Wallis, J.D., Anderson, K. C., Miller, E.K. (2001). Single neurons in prefrontal cortex encode abstract rules. *Nature* 411, 953–956.
- Wu, H.M., Wang, X.L., Chang, C.W., Li, N., Gao, L., et al. (2010) Preliminary findings in ablating the nucleus accumbens using stereotactic surgery for alleviating psychological dependence on alcohol. *Neurosci Lett* 473, 77–81.

IL CORPO TRA FREUD E LACAN

A cura del gruppo di lavoro Extimité

Il presente articolo è la trascrizione di un seminario tenuto il 2 aprile 2016 con introduzione di Claudia Tinti (Psicologa, Responsabile della sede Jonas di Firenze), Giulia Lorenzini (Psicologa, psicoterapeuta, socia fondatrice Extimité) e intervento di Pier Giorgio Curti (Psicoanalista, membro ALIPSI, Responsabile di Jonas Livorno e Costa Apuana). Extimité è un'associazione culturale nata nel febbraio 2015 a Firenze dall'incontro e il lavoro di sei psicologi e psicoterapeuti (specializzati presso la Scuola di Psicoterapia Comparata) in formazione permanente in psicanalisi. L'attività che l'Associazione svolge si articola con il lavoro clinico e di formazione in atto. La formazione, che in psicanalisi non può che essere permanente, è legata necessariamente alla dimensione di ricerca. Clinica, formazione e ricerca si annodano nel tentativo di testimoniare e bordare l'enigma delle umane questioni e operare un rilancio per l'implicazione soggettiva e la Cura. Extimité opera nel territorio fiorentino anche con iniziative ed eventi aperti al pubblico consultabili sul sito www.extimite.it o scrivendo a info@extimite.it

“ Benvenuti a tutti.
Oggi Extimité ospita con grande piacere due sedi Jonas, che sono impersonate da Claudia Tinti, che è una nostra amica, collega e appunto responsabile di Jonas Firenze oltre che collaboratrice con l'equipe di Petit Jonas, per la clinica psicanalitica del bambino. Abbiamo poi Piergiorgio Curti, responsabile di Jonas Livorno, membro analista Alipsi e direttore di vari centri per la riabilitazione di soggetti disabili adulti nonché autore di diverse pubblicazioni e riviste specializzate. Grazie a entrambi per essere qui oggi.
L'incontro di oggi è *Il corpo tra Freud e Lacan*.
Iniziamo con una introduzione di Claudia Tinti; daremo poi anche noi un nostro contributo come associazione Extimité per poi passare la parola a Piergiorgio Curti.

Claudia Tinti:

Prima di tutto ringrazio Extimité perché sta ospitando me e Jonas.

Per l'intervento di oggi ho pensato, più che di fare un'introduzione, di portarvi delle questioni, che vi formulerò e che il dottor Curti sarà libero di riprendere nel suo intervento, spero che siano piuttosto centrate per l'intervento che ha preparato. Se incontreranno l'interesse dei partecipanti potremmo riprenderle in un eventuale dibattito.

Vi porto delle questioni che arrivano da Jonas, in particolare dall'equipe di Jonas Firenze, perché, visto l'avvicinarsi di questa giornata e incuriosita dalla tematica che trattiamo oggi, ha dedicato allo studio e all'interrogazione su questo tema qualche incontro del gruppo di studio che sta facendo, da cui si sono prodotte le riflessioni che vi formulerò. Sono questioni che arrivano da Jonas anche in quanto Centro di clinica e di ricerca sui sintomi contemporanei, sintomi in cui possiamo dire che è centrale il corpo.

Un testo utilizzato nel gruppo di studio è “Corpi ipermoderni. La cura del corpo in psicoanalisi.” Testo della collana Jonas Studi di psicoanalisi

applicata, curato da Laura Porta con la prefazione di Mariela Castrillejo¹.

La prima questione che abbiamo deciso di portarvi, possiamo presentarla con la domanda: abbiamo un corpo o siamo un corpo?

Nell'equipe di Jonas Firenze ci sono componenti di varia formazione psicoanalitica, alcuni fenomenologica, altri lacaniana. Questa domanda è l'esito di una riflessione fatta cercando di mettere in tensione il sapere psicoanalitico fenomenologico e quello lacaniano.

Se ci rifacciamo alla concezione fenomenologica del corpo, a partire dalle formulazioni che ne fa Husserl, troviamo il *Lieb* e il *Körper*². Il *Lieb* è il "corpo-soggetto, il corpo vissuto" e il *Körper* è il "corpo-organismo".

All'interno della concezione lacaniana possiamo sentire parlare del corpo in vari modi. Per esempio troviamo il corpo nei suoi versanti reale, immaginario e simbolico, presentato utilizzando i tre registri attraverso cui si dipana tutta la formulazione teorica lacaniana.

Un'altra formulazione è quella che Lacan fa attraverso la teoria dei "due corpi"³, in cui ci presenta: il corpo del Linguaggio e il corpo organismo biologico vivente, dalla cui interazione si produce il corpo umano, che è un corpo pulsionale. Citando Lacan: "il primo corpo fa il secondo perché vi si incorpora", ovvero il corpo del Linguaggio fa il corpo pulsionale perché si incorpora nel corpo organismo.

A partire da quest'ultima tesi in particolare, mettendola in relazione con quella fenomenologica, abbiamo formulato la domanda seguente: mentre il corpo-organismo, il *Körper*, ci è sembrato piuttosto sovrapponibile al corpo nel suo versante reale; il *Lieb*, il corpo vissuto, si può dire che sia sovrapponibile al corpo pulsionale?

Il corpo vissuto secondo la fenomenologia è manifestazione fondamentale dell'esistenza, e

seguendo questo ragionamento possiamo dire che anima e corpo, psiche e soma non sono disgiunti. Possiamo dire: siamo il nostro corpo. Il corpo pulsionale ci mette di fronte a qualcosa di impadroneggiabile, ci sfugge.

D'altra parte non appare possibile pensare ad un soggetto senza un corpo. Ma possiamo dire che siamo questo corpo, questo corpo che ci sfugge, o entriamo in relazione con il nostro corpo in un altro modo, nella modalità dell'averlo, dell'averci a che fare?

Abbiamo ripreso due citazioni lacaniane che possono sembrare contraddittorie e che possiamo riprendere in seguito:

- nel seminario XXIII troviamo "Il proprio corpo lo si ha, non lo si è a nessun livello"⁴
- nel seminario II Lacan parla del corpo nel suo versante reale come "carne che non si vede mai", "Visione di angoscia, identificazione di angoscia, ultima rivelazione del tu sei questo – Tu sei questa cosa che è la più lontana da te, la più informe"⁵.

La seconda questione che vi portiamo riguarda la centralità del corpo nei sintomi contemporanei.

Un testo molto caro a Jonas, che è stato pubblicato al tempo della sua fondazione, precisamente poco prima, è "Clinica del vuoto" di Massimo Recalcati⁶. In questo testo Recalcati sostiene la differenza tra una clinica della mancanza e una clinica del vuoto. Con mancanza intende riferirsi alla "mancanza a essere" che abita il soggetto, una mancanza che mette in relazione il soggetto all'Altro, che dunque ha che fare con il desiderio. La tesi esposta in questo testo è che oggi la mancanza è degradata a vuoto. Quindi ci troviamo ad avere a che fare con una mancanza che non è più il nome dato al vuoto, ovvero il vuoto non è più in rapporto all'Altro ma si "solidifica" come dice a pagina 11. Questo cambiamento lo troviamo ad esempio nella tendenza e nella credenza odierna di riuscire a riempire il vuoto materialmente, sia in

¹ L. Porta, a cura di (2012), *Corpi Ipermoderni, La cura del corpo in psicoanalisi*, Quaderni Jonas-Studi di psicoanalisi applicata, Milano, Franco Angeli.

² Distinzione introdotta da Edmund Husserl nella quinta delle "Meditazioni cartesiane" (E. Husserl (2002), *Meditazioni cartesiane*, Milano, Bompiani) e ripresa dalla psichiatria fenomenologica.

³ La teoria dei due corpi si trova pubblicata in J. Lacan (2013) *Altri scritti*, Torino, Einaudi, p.404-406.

⁴ J. Lacan (2006) *Il seminario. Libro XXIII. Il sinthomo 1975-1976*, Roma, Astrolabio, p. 146.

⁵ J. Lacan (2006) *Il seminario. Libro II. L'io nella teoria di Freud e nella tecnica della psicoanalisi 1954-1955*, Torino, Einaudi, p. 199.

⁶ M. Recalcati (2002) *Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi*, Milano, Franco Angeli.

comportamenti più marcatamente sintomatici, tra cui emblematiche sono le anoressie-bulimie o le dipendenze, ma anche nel nostro quotidiano riempirci di oggetti vari.

Quello che succede è che si gioca tutto di più su una dimensione reale, e anche il corpo emerge nella sua dimensione reale.

Mariela Castrillejo nella prefazione a “Corpi ipermoderni”, il testo della collana Jonas che ho citato, scrive: “i corpi ipermoderni sono corpi silenziosi, corpi che non si organizzano seguendo le leggi simboliche del linguaggio” (p. 15). Silenziosi nel senso che non parlano come quelli delle isteriche agli albori della psicoanalisi, ma “urlano ciò che è stato messo a tacere” (p. 15). Si tratta di manifestazioni corporee in cui l’interpretazione non ha presa, non scioglie il sintomo, è necessaria un’altra mobilitazione, un altro intervento.

Alla luce di quanto detto, cosa ne è dell’articolazione tra organismo e Linguaggio indicata da Lacan?

Una terza questione che ci fa interrogare, che espongo molto velocemente poi possiamo riprenderla, è legata al corpo in analisi, e all’utilizzo che oggi molti tendono a fare delle nuove tecnologie per le sedute, che si declina ad esempio nelle sedute via Skype.

Penso all’importanza della presenza del corpo in un’analisi, allo spostarsi in un’altra città per portare il corpo nello studio dell’analista, al momento dell’analisi in cui viene introdotto il divano come strumento e il corpo dell’analizzante è esposto allo sguardo dell’Altro mentre il corpo dell’analista nella dimensione della sua immagine viene meno, all’importanza della voce dell’analista, che attraverso i mezzi tecnologici è in evidenza ma perde corpo. Mi domando che cosa c’è di diverso tra una seduta “classica” e una Skype, che cosa si perde in questa differenza, il corpo?

Giulia Lorenzini:

un nuovo appuntamento sul corpo dunque; qui ad Extimité siamo piuttosto affezionati a questo argomento; è stato il nostro apripista con una serie di incontri ormai l’anno scorso. I nostri

seminari si sono dunque interrogati sul corpo, prima con Simone Berti, dove abbiamo esplorato il tema del corpo nella sua progressiva dissolvenza e nella sua feconda antinomia con la parola, Laura Pigozzi ci ha permesso di declinare il tema del corpo attorno alla questione della voce, Zino, o meglio il libro “Il panico e la sorgente”⁷, ci ha portati a vedere più da vicino una delle modalità con cui il corpo è di scena più frequentemente oggi, il panico appunto.

L’incontro di oggi si propone di parlare de “Il corpo tra Freud e Lacan”, rimando all’intervento di Curti l’approfondimento di questo complesso e denso argomento, dalla nostra però ci piacerebbe poter ripercorrere ancora un po’ insieme le questioni che il precedente ciclo di incontri ci ha suscitato, in modo da dar loro ancora “corpo” e stimolare ulteriormente dibattito e riflessioni.

Mi piacerebbe poter condurre questo intervento con dei frammenti che nel corso dei miei approfondimenti sul tema del corpo mi hanno colpita e mi hanno accompagnata.

Vorrei iniziare pertanto leggendo un brano di Nancy, tratto dal libro “Indizi sul corpo”⁸:

Un corpo non è vuoto. È pieno di altri corpi, di pezzi, organi, parti, tessuti, rotule, anelli, tubi, leve e soffietti. È pieno anche di sé: è tutto ciò che è.

Rescio⁹ sosteneva come il corpo non ammette padroni, non ammette la possibilità di essere ricondotto ad un insieme di regole, così come a un tutto, una unità.

Il corpo è fatto di frammenti, idee, luoghi diversi, se torniamo ai registri di Lacan, solo da qui possiamo dire di avere tre corpi, uno Reale, uno Immaginario, uno Simbolico. Ovviamente non ci piace il gioco facile per cui questi tre registri non si articolano tra di loro in modo armonico, certo ognuno fa da supplemento alle mancanze dell’altro, ma tali comunque rimangono. L’incontro dell’uomo con il suo corpo è sempre un incontro mancato.

⁷ A. Zino (2014), *Il panico e la sorgente. Psicanalisi, DSM e altre domande*, Pisa, Edizioni ETS.

⁸ J.L. Nancy (2009), *Indizi sul corpo*, Ananke, Torino, p. 95.

⁹ Cit. da G. Bertelloni e S. Berti, in *Il corpo e la parola*, Pisa, Edizioni ETS, 2011, p.13.

Abbiamo già avuto modo di vedere¹⁰ come non sia così scontato abitare il proprio corpo, la conquista della corporeità per il bambino porta con sé tutte le vicissitudini e la fatica che questa parola “conquista” così bene veicola, *cum querere*, andare alla ricerca con, attraverso. Sì perché, come sottolinea Stoppa nel suo contributo nel libro “Le voci del corpo”¹¹, l’uomo è quell’animale che non nasce con un corpo già umano, ma con un corpo che deve essere umanizzato. Per fare un corpo umano ci vuole sempre un altro, dell’altro.

Il corpo del bambino è un corpo immerso nel linguaggio. Zino ne “L’incertezza delle voci”¹² parla di una tavola apparecchiata, dove altri hanno già mangiato, dove altre storie si sono già consumate, dove restano avanzi. Il bambino nasce ed è già nato, nasce nella mente dei genitori che pensano di lui, per lui, su lui, che hanno fantasie e soprattutto desiderio per lui.

Torniamo per un momento al Reale, al corpo Reale, proviamo a pensare quello che possa essere per questo corpo venire la mondo, ovviamente possiamo solo fantasticare, come qualcuno prima di noi aveva già detto.

Tanto per rimanere sul tragico, il trauma della nascita è sempre in agguato, il bambino, questo essere inerme, si trova immerso in un universo che lo circonda, che lo desidera, che lo stimola. Ovviamente tutto questo serve in un certo senso a tenerlo in vita, l’esperienza di Spitz in questo ci può essere di aiuto, ma è anche vero che questi stimoli forse possono essere a loro volta dei traumi, delle catastrofi (cose non controllabili, mutamenti improvvisi e imprevisti). In questa situazione, che forse possiamo definire quasi schizoide, l’apporto dell’altro è fondamentale, attraverso il suo tocco, la sua parola, segna la materia plastica del corpo del sorto da poco, ne disegna i contorni, ne stabilisce i luoghi del godimento, che dunque non sarà più confuso e caotico, ma localizzato, iscritto in quei luoghi che permettono uno scambio con l’esterno, le così dette zone erogene.

Il desiderio della madre realizza un intervento nel vivo del reale biologico e grazie ad esso si produce un reale di secondo livello che potremmo definire soggettivo. [...]

C’è, qui, un reale che cambia pelle, che si trasla in un non reale (il nascente campo del soggettivo), e ciò comporta che una certa dimensione “primitiva” della vita va a perdersi nel momento stesso, però, in cui salva – nel senso che ferma, registra, fa fronte alla dispersione- qualcosa di sé¹³.

Già qui forse possiamo rintracciare quelle che sono le differenze tra istinto e pulsione. L’istinto, motore dell’animale, agisce secondo schemi pre-programmati, agisce in base alla logica del bisogno. Kojeve sosteneva come l’uomo si nutre di desideri, come l’animale si nutre di cose reali. Perché l’uomo sia umano occorre che il suo desiderio prevalga sul bisogno. La pulsione, quel concetto limite tra psichico e somatico, rappresenta questa umanizzazione del corpo, è dall’incontro fecondo con l’altro che il bambino inizia a cercare qualcosa di diverso dal cibo, dall’appagamento di un bisogno, la domanda all’altro diviene domanda di amore, di riconoscimento.

Zenoni¹⁴ parlando appunto della esperienza di Spitz come esemplificativa della necessità per ogni essere vivente di essere oggetto di cure che non siano anomalie e sterili, ma particolari e indirizzate specificamente a lui scrive nel suo libro “Il corpo e il linguaggio in psicoanalisi”:

Se essi vengono nutriti in maniera anonima, se le cure e il nutrimento vengono loro assicurati come ciò di cui hanno bisogno per svilupparsi e non come una risposta ad un appello, i neonati rifiutano giustamente di farsi ridurre a quel bozzolo di sensazioni ripiegato su se stesso[...]. I neonati si lasciano morire se non si trovano inseriti, attraverso la risposta dell’adulto (una risposta che faccia di questi un Altro e non semplicemente un ambiente circostante), in una dimensione che sia capace di trasformare i bisogni in domanda.

¹⁰ Ciclo di incontri “Voce, corpo, parola”. Tenuto presso Associazione Eximité, via Frà Bartolommeo 24, Firenze, ottobre-dicembre 2015.

¹¹ F. Stoppa, I corpi della psicoanalisi, in *Le voci del corpo*, a cura di C. Furlanetto & C. Tondo (2015), Milano, Mimesis Edizioni.

¹² A. Zino (2002), *L’incertezza delle voci. Per una psicoanalisi dello sviluppo*, Pisa Edizioni ETS.

¹³ F. Stoppa, *Ibidem*, p.183.

¹⁴ A. Zenoni (1998), *Il corpo e il linguaggio nella psicoanalisi*, (ed.it.) Milano, B. Mondadori, pp.43-44.

Con la presenza dell'altro l'atto della cura non sarà fine a se stesso ma veicolo di altro, amore, desiderio, dono, mancanza.

“Chi sono io per l'altro?”, il bambino si trova in questa rete significante che imprime delle tracce sul corpo e che lo avvia verso una umanizzazione del corpo, ovvero verso la perdita di una dimensione più biologica, naturale, etologica con il proprio corpo. È come se divenire un corpo parlante implicasse perdere un rapporto naturale con il proprio corpo, un rapporto che noi cerchiamo sempre di recuperare, il corpo deve in qualche modo essere recuperato, lo vediamo bene nell'adolescenza quando qualcosa del reale del corpo torna di nuovo a pulsare e a farsi sentire¹⁵.

Mi piacerebbe a questo punto rimanere su questa suddivisione tra Reale, Immaginario, Simbolico, ovviamente arbitraria, ma mi pare efficace per permettervi di dirvi ancora alcune cose che mi hanno interrogata.

Corpo come immaginario dunque, la prima cosa a cui possiamo pensare è probabilmente la fase dello specchio di Lacan, quel delicato e decisivo momento in cui un bambino tra i sei e i diciotto mesi vedendo la propria immagine allo specchio la riconosce come propria.

Lacan descrive come il bambino accolga con felicità questo accadimento, ma anche come di fatto si possa assistere ad uno scollamento tra ciò che il bambino vive come il proprio corpo, il così detto corpo in frammenti, e l'immagine unitaria e armonica che lo specchio ripropone. “*Io è un altro*” diceva Rimbaud.

Sebbene dunque lo specchio permetta di ancorare la propria immagine corporea, la propria corporeità, a qualcosa di sufficientemente stabile e dunque non così soggetto alle variabilità interne o alla qualità del contatto con la corporeità della madre, comunque, nello specchio, si veicola anche un tratto di profonda alienazione, ma non solo, anche di dipendenza: l'immagine dello specchio, allo specchio, è comunque sempre legata allo sguardo e alla presenza dell'altro, rivelando come l'idea di un padroneggiamento di sé sia assolutamente relativa.

Evocativo il quadro di Magritte “*La riproduzione vietata*”.

Un uomo di spalle, vestito elegantemente e con i capelli accuratamente tagliati, è in piedi di fronte a uno specchio.

La precisione dell'immagine richiama quasi lo scatto di un'istantanea, tanto che coglie assolutamente di sorpresa ciò che lo specchio invece riflette, non come sarebbe logico aspettarsi il volto dell'uomo, ma nuovamente il suo riflesso di spalle. Il suo volto, la sua identità, restano nascosti.

Parlando del corpo simbolico mi piacerebbe leggervi alcune pagine dal libro “*L'incertezza delle voci*” di Alberto Zino che mi pare rendano molto bene questo aspetto. Il paragrafo che vi leggo s'intitola “*Le parole nei corpi*”¹⁶.

Le parole derivano dal linguaggio; esso esiste già prima che egli provenga nel mondo.

Noi prendiamo le parole, pensiamo di sceglierle, alcune, altre, sono loro che scelgono noi. È come se da questo Altro fuori di noi, da questo mondo che viene *prima*, le parole si degnassero, a volte con calma ed altre violentemente, di entrare in noi e di riempirci.

[...] L'essere umano è fatto di parole.

I soggetti umani sono fatti di parole e le parole sono la nostra pasta, allo stesso tempo i nostri corpi sono anche *parlati*, per esempio dagli altri che sui nostri corpi hanno delle idee, dicono delle cose; non può esistere una relazione amorosa senza che queste due persone non parlino del corpo dell'altro oltre che del proprio. I nostri corpi sono parlati, perché noi stessi siamo parlati, non cessiamo mai di essere dei parlati; anche se fossimo soli nel deserto, qualcuno, cioè noi stessi, parlerebbe di noi.

Da dove vengono le parole e i corpi che vi albergano? Questo è un campo che viene dall'Altro, perché il linguaggio non lo inventa il sopraggiunto, ne è preso, cucito, come una stoffa in un modo unico e irripetibile. In questo senso le parole fanno tutto. Fanno anche i corpi.

Vorrei concludere riportandovi alcuni frammenti clinici. Dovete sapere che l'idea dei seminari attorno al corpo nasce da alcuni

¹⁵ A. Barracco (2016), intervista inedita.

¹⁶ A. Zino (2002), *L'incertezza delle voci. Per una psicanalisi dello sviluppo*, Pisa Edizioni ETS, pp. 265-266.

interrogativi che la clinica ha portato nei nostri studi, in particolare nasce da fatto che il tema del corpo e l'uso che il paziente fa del corpo molto spesso entrano in maniera prepotente nei nostri studi, confrontandoci tra di noi pertanto è emersa la possibilità di approfondire questo tema e provare a parlarne per stimolare ulteriormente la questione.

La prima persona di cui vi voglio parlare è proprio quella da cui hanno preso il via alcune questioni intorno al corpo, chiamerò questa ragazza, questa giovane donna Eva.

Eva ha un aspetto piuttosto imponente, alta, robusta, ma allo stesso tempo presenta tratti tipicamente femminili, capelli lunghi, uno sguardo da cerbiatto, modi sottili. La sua fisicità rispecchia questa ambiguità che un po' la connota, né carne né pesce avrebbe detto forse Verga, né uomo né donna, né bambina né adulta. Il corpo disegna il percorso di questa ragazza e mai come in questo caso si fa per lei veicolo di espressione. Più volte Eva dice di non saperci fare con il linguaggio, non le basta per esprimersi, lei non sa parlare, le parole non la soddisfano, trova il suo mezzo di espressione principale nell'arte, nel disegno, soprattutto nel tatuaggio. Desiderio di questa tenace ragazza è diventare tatuatrice oltre che, ovviamente, fare del suo corpo la tela su cui scrivere quei messaggi che altrimenti non riesce a dire.

Strano che proprio lei faccia affidamento sul suo corpo, il suo corpo che in più di un'occasione l'ha tradita, è molto più alta e robusta di quello che vorrebbe essere, porta una costituzione che non la rappresenta e che in effetti strida con la dolcezza della sua persona. Fin da piccola ha avuto problemi con la dentizione, questo l'ha portata a grandi sofferenze e a dovere accettare un sorriso che in qualche modo si fa mancante.

Il tatuaggio rappresenta per lei un modo per riappropriarsi di questo corpo che non vuole saperne dell'armonia, degli schemi, delle regole. Proprio la ricerca dell'armonia diventa il simbolo e la ricerca principale dei suoi tatuaggi, ma di un'armonia disarmonica, sì perché questa ricerca pare infinita, impossibile, destinata al fallimento. Più volte emerge la preoccupazione che forse il suo corpo non basta, questa tele è destinata finire. Nei suoi tatuaggi Eva esprime tutta la difficoltà nel rapporto con l'Altro, nell'incontro con l'altro che tarda ad arrivare, così mentre

scrive su di sé le tracce di una possibile armonia, di fatto segue i percorsi che la pulsione segna e traccia suo malgrado sul suo corpo, punendosi per questo, provando quell'impasto di piacere misto a dolore che l'ago che penetra sulla pelle rilasciando l'inchiostro le provoca. Il tatuaggio diviene una seconda pelle, un involucro che la protegge e che testimonia della sua sofferenza, un po' come un cilicio, esibito con orgoglio e con una sottile nota di mistero.

Altro contributo che vi vorrei lasciare riguarda invece una ragazza, molto giovane, che ha iniziato da poco il suo percorso con me e che testimonia bene come l'altro, il suo desiderio, possa cambiare il corpo.

Quando inizio a vedere Paola la cosa che subito mi colpisce è il suo strano modo di camminare, avanza verso di me come su di un terreno minato, i piedi non poggiano sicuri sul terreno, sembrano sempre sul punto di scivolare. Immagino più volte il tragitto tra la sala di aspetto e lo studio disseminato di guscio d'uovo che lei cerca in maniera piuttosto goffa e impacciata di non rompere, un elefante in negozio di cristalli potremmo anche dire, o "piedi volanti" per citare Laura Pigozzi.

La camminata mi insospettisce tanto da rimanere nel dubbio che la ragazza abbia un difetto fisico reale, ma rimango in attesa, qualcosa non mi convince.

Passa il periodo delle vacanze di Natale, rivedo Paola dopo una sospensione, è diversa, la camminata è più sicura, i piedi si muovono dritti, tutto il corpo è meno sorto, non riesco a capire cosa può essere successo. Molto semplice mi dice lei, le cose vanno meglio. Il padre dopo l'ennesima "scenata isterica", a cui fino a quel momento aveva assistito pressoché impietrito e dubbioso sul da farsi, dà un sonoro ceffone alla figlia e la mette in punizione per tutto il mese. Da lì il suo modo di camminare nel mondo, di percorrere la strada si fa più sicuro. Incredibile.

Pier Giorgio Curti:

Intanto grazie a Giulia, che non è un grazie di circostanza, perché noi vecchi sappiamo quanto sia difficile fare legame sociale tra analisti. Uno dei grandi misteri della nostra professione è proprio il legame sociale. Quindi, il fatto che prima Federico Fabbri per l'idea, poi tu Giulia che hai seguito questa cosa nei mesi, con calma

e pazienza, inseguendomi, scrivendomi, pensando cosa fare, Claudia che si è inserita in questa cosa, è proprio un segnale di speranza: forse in qualche modo il transfert di lavoro può avere luogo anche lì dove in genere presiede in maniera indiscriminata il narcisismo delle piccole differenze. Ed è anche un buon segnale del lavoro che avete svolto nel tempo. Io ho sentito nominare, tra le persone che tu hai citato - a parte il mio maestro personale Aldo Rescio, e questo mi ha fatto assolutamente piacere - gli amici con i quali sono cresciuto, Alberto Zino, Simone Berti col quale ho fondato il *Laboratorio di ricerca freudiana* di cui faccio ancora parte - in maniera indegna, magari. Quindi questo è un lavoro importante che dà il segno della formazione, e la formazione per noi analisti è fondamentale per quella capacità e possibilità di metterci sempre in una posizione di confronto rispetto agli altri. È facile venire e fare delle conferenze, degli interventi preparati, predisposti e quant'altro, ma confrontarci veramente è più complicato. Per questo, Giulia, fin dall'inizio ti suggerivo di fare una cosa il meno possibile strutturata, perché potesse essere una occasione di confronto e di formazione reciproca, e spero che lo sia.

Intanto, avete detto talmente tante cose che il mio intervento è pressoché inutile, però io lo riprendo proprio dal punto di inizio della mia formazione personale. Io nasco con Freud, fondamentalmente, e Freud rimane sempre con me, perché quella che è la lettura che Lacan ne fa - e in tutto lo sviluppo che ne farà in seguito - secondo me è veramente una evoluzione freudiana. Ed è l'unica possibilità per non confondere la psicanalisi con l'ermeneutica, perché molto spesso, purtroppo, la psicanalisi scivola sul versante della significazione - che è il versante più facile - e diventa ermeneutica. Ecco, la psicanalisi non è una ermeneutica. E penso che il corpo ci aiuti proprio in questo. Per questo io ho scelto il corpo: il corpo è tra quei pochi concetti psicanalitici - l'atto, l'acting out - che ci fanno cogliere proprio lo *schibboleth*, la parola d'ordine della psicanalisi. Mentre i concetti più ampi, come quello di inconscio, si possono prestare a letture veramente e giustamente trasversali - l'opera di Paul Ricoeur *Dell'interpretazione. Saggio su Freud* è una grande opera filosofica, ma non ha nulla a che fare con la psicanalisi intesa come metapsicologia, ovvero

come il versante teorico della clinica. Potremmo citare centinaia di autori che in qualche maniera hanno sviluppato un ragionamento straordinario partendo da Freud ma che non hanno nulla a che fare con la psicanalisi. Mentre la psicanalisi ha una sua specificità: sia Giulia che Claudia, nei loro interventi, si sono mosse e sono arrivate a una posizione clinica. La nostra specificità è la clinica. La clinica ha a che fare inevitabilmente con il corpo. Mi verrebbe quasi da dire, per iniziare questa conversazione con voi, che la psicanalisi è l'inciampo del corpo. Chiunque abbia letto Freud sa perfettamente come egli si sia trovato fin dall'inizio ad avere a che fare con un'anatomia che nulla aveva a che spartire con l'anatomia della neurologia; anatomia che Freud aveva studiato fino a quel momento. Ha incontrato un tipo di sintomo che non corrispondeva alle parti del corpo che quel sintomo manifestava, individuando un'anatomia in questo inedita. Freud apre la psicanalisi su un'anatomia inedita. Se noi riprendiamo in mano il lo scritto preanalitico di Freud del 1895 il *Progetto di una psicologia* - tra l'altro ora amato da tutti i neuroscienziati che attraverso Kandel ci rileggono tantissime delle espressioni che or ora vanno a ritrovare - e se lo leggiamo assieme alle *Minute teoriche per Wilhelm Fliess*, vediamo come Freud sin dall'inizio, quindi prima ancora di inciampare nella lettura dell'isteria vera e propria, ha a che fare con una domanda che poi riprenderà nel saggio sulla negazione, tantissimi anni dopo: come è possibile che qualcosa dell'ordine del corpo si rappresenti? A noi pare una domanda molto semplice, questa, ma in realtà è veramente complessa, perché è la dimensione attraverso cui l'intero pensiero occidentale si è sviluppato, tanto da determinare le svariate teorie intorno alla psiche, all'unione tra soma e psiche e tutto quello che voi volete, quanto meno da Platone in poi. Quindi questo problema, che Freud cerca di individuare fin dall'inizio e che rimarrà fino in fondo la sua fissazione - il *Compendio della psicoanalisi* racconta di nuovo queste cose - è sempre, come direbbe Bion: come pensiamo? Cioè come è possibile che qualcosa dell'ordine del corpo si possa rappresentare. Non è e non deve mai essere scontato per noi psicanalisti. Freud prova a dare una prima risposta a questa domanda, permanente e pervasiva, con la teoria del trauma. Oggi, nel momento in cui si parla ad esempio di patologia

post-traumatica, c'è un'ampia letteratura da questo punto di vista che non considera quei tratti fondamentali di cui andiamo a trattare ora, e legge la cosa soltanto in maniera sintomatica. Prima lettura che ne dà Freud alla questione del trauma, ancora prima del trauma sessuale, che verrà poi successivamente negli *Studi sull'isteria*, egli si pone la questione potentissima, del legame tra il dolore e l'insorgenza dell'intelligenza. E qui ritorniamo al *Progetto*. Come è possibile, si domandava Freud, far fronte al dolore? Il dolore è qualcosa che non è la sofferenza; la sofferenza è già una rappresentazione, siamo già nell'ambito del sintomo. Il dolore è l'emergenza "grigia", qualcosa che entra, urta, qualcosa che contunde, qualcosa che diventa brutale e verso cui non abbiamo possibilità di fuga. Non abbiamo nessuna possibilità di specificazione, e non a caso in *Introduzione al narcisismo*, molti anni dopo - siamo negli anni quindici - Freud lo individua come uno dei tre elementi possibili in cui la libido dell'io può regredire e ritornare sul corpo come libido di autoconservazione. È talmente pungente, talmente urgente la dimensione del dolore, che rompe con ogni possibilità di argomentazione dell'io e bisogna richiamare tutte le forze, a sé: anche con un mal di denti, anche con una influenza, anche con la più piccola sciocchezza. Quindi il dolore in qualche modo rompe con ogni logica legata allo sviluppo, all'evoluzione, infatti la parola sviluppo non ha a che fare con l'essere umano, perché non c'è sviluppo nell'essere umano inteso come una sequenza di cause ed effetti, per quanto ci sia una storicità intesa come tempo dell'investimento. La psicanalisi freudiana non è psicanalisi evolutiva, nonostante poi la figlia Anna in qualche maniera abbia fatto della teoria degli stadi il centro della psicoanalisi post-freudiana. La psicoanalisi freudiana è un qualcosa che ha a che fare, avrebbe detto il mio maestro Aldo Rescio, con la *cooriginarietà*: qualcosa che si dà, in un momento preciso; si dà dell'essere umano, in un momento preciso, e non se ne parla più; il tempo logico diventa strutturale per ogni possibile tempo dell'investimento. Anche la stessa lettura dello *stadio dello specchio* va fatta con una certa cautela, non è una tappa nell'evoluzione del soggetto, tant'è che non a caso Lacan, nello stadio dello specchio, ci incunea - se lo leggiamo bene - sia la dimensione del Reale che la dimensione del Simbolico non

soltanto le dinamiche dell'immaginario; c'è già tutto il nodo borromeo. È, come dire, uno dei modi in cui successivamente prende forma la cosa, ma quando parliamo di evoluzione non parliamo di psicanalisi, parliamo di altre cose. La psicanalisi non è psicoterapia di tipo evolutivo, e la patologia non è, come molte psicoterapie dicono, ritornare da parte del soggetto a posizioni più regredite. Ciò che avviene nel soggetto si dà - *Es gibt*, è un evento - una volta per tutte. Ora, cosa è questa *volta per tutte*? Freud ne dà più rappresentazioni di questa "volta per tutte". Ne parla ne *La negazione*, e Lacan ne discuterà poi con Hyppolite nella famosa discussione sulla *Verneinung* di Freud. Lo anticipa molto bene, e credo sia un punto dal quale noi dobbiamo muoverci, nel saggio di *Metapsicologia*, nel saggio *La rimozione*, quando, Freud, per la prima volta parla di rimozione originaria. Freud parla di rimozione originaria e rimozione propriamente detta - quindi quest'ultima sarà rimozione secondaria - e dice: *qualcosa* viene rimosso. Lo straordinario di Freud è che questo *qualcosa* non lo qualifica mai. È ciò che alla maggior parte degli psicoanalisti che dopo Freud hanno indagato su questi aspetti è parso problematico, ovvero che non ci fosse una qualificazione di questo *qualcosa* che è rimosso una volta per tutte e diventa elemento di calamitazione - e anche di calamità - per tutte le altre rimozioni secondarie. Questa cosa che è avvenuta una volta per tutte Freud non la qualifica. Ora, in questo gesto freudiano c'è veramente qualcosa di straordinario. Noi sappiamo quanto Freud fosse ossessivo nel precisare le cose, nella sua opera non ci lascia quasi mai la possibilità di non capirlo, perché è talmente neopositivista nella scrittura che ci porta passo passo per mano, un po' come piccoli stupidi, a capire delle cose geniali che egli individuava. Anche nelle cose più complesse, quando ci chiede "lasciatemi con la mia strega, con la mia metapsicologia", ad esempio in *Al di là del principio di piacere*, le cose più complesse che va a trattare in quel testo, ovvero le dimensioni mitiche di eros e di thanatos, ce le spiega con puntualità, con precisione, e poi ha in qualche modo un Virgilio che l'accompagna, che è *la coazione a ripetere*, un concetto chiaro che già compare in altre opere, e che in *Al di là del principio del piacere* sarà determinante, perché non va mai dimenticato che ogni passo che Freud fa

nella teoria è sorvegliato dalla clinica. Per questo dobbiamo prestare una particolare attenzione quando nel saggio sulla rimozione di *Metapsicologia* non qualifica niente rispetto a questo tempo originario: *qualcosa* viene rimosso, una volta per tutte. Questo è un punto veramente molto importante: cos'è questo *qualcosa* che viene rimosso, una volta per tutte? Tutto questo ha a che fare in una maniera molto precisa con quell'anatomia bizzarra che Freud incontra quando inizia a trattare l'isteria. Anatomia bizzarra - si blocca un braccio, si blocca una gamba, si sposta a un meccanismo di afonia, poi diventa la paralisi della mano - cioè una anatomia che non si spiega con le conoscenze mediche del tempo, ma che Freud incomincia ad ascoltare e trovarvi un nesso, o meglio un falso nesso, con il trauma. Per un certo tempo egli si fa l'idea, attraverso appunto il racconto delle sue pazienti, che questo trauma sia di origine sessuale, una insistenza del corpo. Freud insegue questa strada del trauma sessuale e sappiamo quanto gli sia costata, questa sua decisione: l'isolamento dall'accademia di scienziati viennesi, il mitico decennio di isolamento totale dove ha potuto costruire poi la psicanalisi. Ma ad un certo punto fa la scoperta evidente che il trauma sessuale non è vero: come scriverà in una lettera famosa a Fliess, le sue neurotica non gli dicono la verità. Con il fallimento della teoria sessuale dell'isteria Freud scopre il fantasma di seduzione, e inizia con questo l'avventura della psicanalisi vera e propria. Però il trauma Freud non lo abbandona. Abbandona il concetto di trauma nell'accezione propriamente sessuale, ma non abbandona mai il concetto di trauma in quanto tale, che sarà quello che poi ricomparirà nell'identica concettualizzazione nella coazione a ripetere; non a caso la individuerà attraverso i reduci che tornano dal fronte. In Freud il trauma resterà sempre sotto traccia, permanente, pervasivo, continuo. Ma perché è così determinante questo concetto in Freud? Perché è in qualche maniera una sorta di solco permanente all'interno della sua elaborazione, per lo meno di ciò che fa clinica, ma non soltanto di quello, perché poi comparirà nei grandi saggi degli anni venti: *Il disagio della civiltà*, *Avvenire di un'illusione*, *Psicologia delle masse e analisi dell'io*. Ricomparirà di nuovo, con forza, con potenza. Com'è mai il trauma sarà sempre così presente? Ovviamente questa è una

mia lettura, quindi vale quello che vale. Il trauma è sempre così presente perché ha a che fare con ciò che una volta per tutte è andato perso. Facciamo un piccolo scivolamento su Lacan, così in qualche maniera provo a rispondere anche a Claudia Tinti che ha posto questioni importanti. Lacan su questo è molto chiaro. Lacan all'interno della sua complessa teoria da più definizioni del corpo e a volte apparentemente contraddittorie. Se noi prendiamo il Lacan dei primi *Seminari* e il Lacan del *Seminario XXIII*, troviamo concetti che sembrano totalmente diversi del corpo. Questa diversità va comunque interrogata con attenzione. Ma su una cosa Lacan non cambia mai idea, quando dice in maniera molto semplice: non si è corpo, si ha corpo. Cosa vuol dire "non si è corpo, si ha corpo" in Lacan? Ritorniamo a quel concetto di *cooriginarietà* a cui accennavo prima, cioè che l'essere umano ad un certo punto perde l'essenziale che lo riguarda. Nel libro di Zenoni che citavi tu, Giulia, Zenoni fa vedere un'immagine. Se noi prendiamo questo foglio qua e lo apriamo, bucandolo al centro, questo è il corpo della psicanalisi. È un corpo dove c'è una perdita secca iniziale mai più recuperabili. Sarà quello che poi Lacan, anni dopo, chiamerà *piccolo oggetto a*. Il *piccolo oggetto a* è quello che qui manca. Ma non a caso *piccolo oggetto a* è causa del desiderio, perché non sarà mai una cosa raggiungibile. Ciò che accade ad un certo punto all'essere umano per essere tale, è questo. Si tratta, dunque, di quella perdita che la rimozione originaria situa una volta per tutte sotto la barra.

Per questo motivo la psicanalisi non è evoluzionistica, non c'è una evoluzione, Zenoni sempre in questo libro lo spiega molto bene, perché qualcosa è andato perso una volta per tutte. Possiamo dirla in molti modi in Lacan, però è questo. Questo è il corpo in Lacan. Ma cosa vuol dire che questo è il corpo in Lacan? Vuol dire che il corpo è permanentemente lavorato dal linguaggio. Fra poco avrete qui Alex Pagliardini: il primo libro che ha pubblicato si chiama *Il trauma del linguaggio*, perché, a differenza di Heidegger per cui il linguaggio è la casa dell'Essere, e l'essere umano coabita in quanto esserci nella casa dell'essere, per Lacan il linguaggio è trauma. Quindi ecco che ritorna la parola che è costante in Freud, la parola del trauma. In Lacan il linguaggio è trauma. Ma cosa

vuol dire che è trauma? È citato ormai in ogni dove – e Recalcati lo riprende con insistenza in tutta la sua copiosa produzione letteraria – però Lacan dice ad un certo punto e lo riprende in più posizioni: il grido del bambino nella notte è il trauma, il dolore. Quel dolore che Freud indica come le sensazioni elementare nel *Progetto*. Grida: quel grido in sé e per sé non è niente, è un rumore nella notte, un trattore che mette in moto, un cane che abbaia, non è nulla di più. La madre si alza, risponde a una *non domanda*. Ecco, dice Lacan, come il bisogno è mediato da una domanda ed entra nel linguaggio. Non nella parola, state attenti. Non nella parola, entra nel linguaggio. Poi casualmente il linguaggio è fatto di parole. Potrebbe essere fatto anche da altri tipi di significanti. Il significante non è la parola. Diventa poi anche la parola per noi, ovviamente, ma Lacan non intende la parola nell’accezione della parola comune, la parola della comunicazione. È il linguaggio del grande Altro. In quel momento – “in quel momento” capiamo bene che è un *qui e ora*, è la prima infermiera che va a prendere il bambino nella culla, è il primo pianto del bambino che ha preso in braccio e viene messo giustamente sul corpo della mamma, è un tempo zero - il simbolico tratta l’organismo, gli toglie “questo qualcosa” e diventa corpo. E non ci sarà più l’organismo. Il chirurgo che apre e incide la carne per andare a operare il cuore non trova l’organismo, trova una rappresentazione. Quindi l’organismo non c’è più, ovvero l’essere umano non più essere *zoè* e una volta per tutte si trasforma in *Bios*. Ecco, è questo il passaggio fondamentale, prima di ogni cosa. La rimozione originaria freudiana parla di questo. Allora che cos’è la pulsione in Freud? Facciamo un passo indietro, Freud diceva che la pulsione è al limite tra lo psichico e il somatico. Aldo Rescio ci diceva con insistenza che la pulsione è il limite del somatico. È il limite. La pulsione, dice Freud, ha quattro caratteristiche: *spinta, fonte, meta, oggetto*.

Le pulsioni e i loro destini tratta di questo argomento. La spinta, se voi leggete il saggio di Freud, è evidentemente qualcosa di organico, ma quando parliamo di organico intendiamo sempre corpo, la spinta è qualcosa che ha a che fare con il corpo; la fonte è la dimensione che in qualche maniera articola questa spinta che vuol raggiungere una meta, che è la soddisfazione. Freud usa una espressione bizzarra: comunque

sia, la pulsione si soddisfa sempre da sé. Qualche modo per soddisfarsi lo trova, - l’esempio più tipico di tale autotelismo della pulsione è il sintomo - perché quando parte, *trieb* è spinta, raggiunge sempre da sé un oggetto, oggetto che può essere l’altra persona, oppure un oggetto *qualis* fosse anche una riflessione narcisistica. Ora è interessante cercare di mettere insieme un altro concetto che sta dentro la pulsione: le *pulsioni parziali*. Sappiamo perfettamente che tra gli anni ‘10 e gli anni ‘17 Freud tratta tantissimo delle pulsioni parziali, perché è il suo modo in quel momento per cercare di raccontare come si poteva partire da una posizione di non padroneggiamento - questo sarà poi un concetto importante - per arrivare in qualche modo a un io che, per quanto non padrone in casa propria – espressione sempre di Freud – tenesse insieme le cose, si contenesse nelle cose. Il suo modo era sempre quello di vedere prima delle zone, delle fonti del corpo da cui questa pulsione in qualche modo partiva, per poi arrivare alla dimensione della pulsione genitale ma dobbiamo fare bene attenzione a non leggere questo percorso come la ricerca dell’unità. Infatti, tutto questo è stato poi letto come delle tappe successive, mentre queste cose coesistono permanentemente, pervasivamente in noi; la clinica delle perversioni, per esempio, ci racconta di continuo questo meccanismo. Freud ci teneva tanto alle pulsioni parziali, ne ha fatto una teoria insistente, continua, perché era forse l’unica maniera che lui aveva in quel momento per raccontare questo passaggio da un disorganizzato ad un organizzato. Quindi dalle pulsioni parziali, spinte da fonti – orali, anali, genitali, ogni piccola parte del proprio corpo – alla soddisfazione. È opportuno notare che tutto quello che a che fare con il parziale ruota sempre intorno ad un *bvuc*. Era il suo modo forse anche per elaborare il lutto della perdita del trauma sessuale. Era un altro modo per dire questo, se ci pensate bene: è vero che la seduzione non era vera, ma è vero che ognuno di noi ha avuto zone erogene diverse del corpo che hanno premuto prima di avere la loro organizzazione genitale. Quindi è vero anche questo, ma è vero soprattutto che Freud cercava in quel momento, attraverso questo percorso, la radice dell’organizzazione, del padroneggiamento, che un po’ per volta trova nei termini di una soddisfazione, che arriverà poi a determinarsi in

quella posizione di omeostasi: Freud sosteneva che l'organismo sottoposto a tensioni doveva cercare per forza di raggiungere una omeostasi successiva. La teoria delle pulsioni ci racconta questo. Quindi ci racconta nuovamente del processo del trauma che spinge in qualche parte del corpo, va dove va, si soddisfa comunque da sé, dice Freud, deve ritornare in equilibrio. Rimane poi l'oggetto. Che cos'è l'oggetto della pulsione? L'oggetto è, nel limite tra il biologico e lo psichico, la rappresentazione. Freud incomincia a sviluppare in quegli anni la teoria sempre crescente della rappresentazione. Quindi il modo per legare la frammentazione del soggetto, il corpo in frammenti, le pulsioni parziali è la rappresentazione.

Ritorniamo nuovamente al *Progetto di una psicologia*, dove Freud si trovava proprio su questo passaggio: come una percezione interna può produrre un effetto di controllo attraverso una rappresentazione esterna? Perché poi era il nucleo del lavoro di Freud. Freud si trovava come neurologo, dei soggetti che andavano da lui portando dei sintomi, e si domandava di cose questi sintomi fossero segno, e come si potesse recuperare un equilibrio. Quindi, la rappresentazione. Quello della rappresentazione sarà un termine caro a Freud, che rimarrà poi in tutta la sua opera. Poiché rappresentazione ha a che fare col concetto equivoco, permanente di padronanza. Si rappresenta sempre qualcosa. Senza fare alcun tipo di scivolamento in ambito heideggeriano, la rappresentazione è la possibilità di tenere davanti a noi - tenere alla mano, direbbe Husserl - qualcosa che altrimenti si sottrarrebbe di nuovo. Dove vediamo in Lacan questo passaggio? Prima Giulia citava lo stadio dello specchio, citava il *corps morcelé*. Il *corps morcelé* di Lacan è un altro modo per dire pulsione parziale. L'unico modo per far sì che la pulsione parziale possa avere una sua prima organizzazione è l'immagine: l'immagine dello stadio dello specchio, immagine speculare. È la figurazione, direbbe Nancy tanti anni dopo, non la rappresentazione. L'immagine è più una figurazione che una rappresentazione. E l'immagine automaticamente ci sottopone alla logica dell'alienazione, alla logica dell'Altro. Ci sottopone quindi al simbolico. Non c'è immaginario senza simbolico e senza reale.

Quindi Lacan riprende il Freud del corpo pulsionale e lo riprende lì, nello stadio dello

specchio. Lo riprende fino al *Seminario III*. Fino a lì la dimensione del corpo sarà il corpo immaginario, ma è improprio dire il corpo immaginario, perché questo tende troppo a mettere in evidenza la dimensione che è elaborata dal trattamento dell'immagine del *corps morcelé*. Lacan dice chiaramente, nello stadio dello specchio, che lì vi è già la marca del simbolico. Cioè il simbolico già lavora, ma perché già lavora? Poiché lavorava già prima, nel desiderio dei genitori, nelle parole dette, prima ancora che il bimbo nascesse, quindi la prima parola che il bambino sente alla nascita è già il lavoro del simbolico. È già lì, ad aspettarlo, facendo sì che il piccolo dell'uomo diventi anello della lunga catena significante. Lo stadio dello specchio ne porta un primo determinante meccanismo di assesto. Non a caso Lacan in quella posizione pone – sappiamo che poi successivamente, dal *seminario XI* in poi, lo tratta anche diversamente – un primo trattamento del discorso della psicosi. Il discorso della psicosi ha a che fare con qualcosa che avviene lì, attorno a questi momenti. È un qualcosa che ha a che fare con la forclusione del nome del Padre che causa la permanenza all'immagine dello stadio dello specchio, qualcosa che ruota lì attorno. Il corpo dello psicotico, in particolare in quello schizofrenico, ritorna per alcuni aspetti al corpo in frammenti poiché non è sufficiente per la tenuta soggettiva l'aggancio all'immaginario. Per alcuni aspetti questa è la struttura, poiché non dobbiamo cadere in una visione schematica dell'eziologia delle psicosi, Lacan poi riprenderà la questione della psicosi anche in altri modi. In quel momento ne dice qualcosa mettendo in evidenza di come la strutturazione del corpo dello psicotico fornisce, nella propria paradigmaticità e per contrapposizione il corpo immaginario del nevrotico ma segnato dalla barra della castrazione. Per dirla con un altro linguaggio, quello di Bion che in questo è molto simile a Lacan, perché entrambi leggono questo passaggio di Freud: nel momento in cui gli elementi beta non sono sufficientemente lavorati attraverso l'identificazione proiettiva si trasformano in oggetti bizzarri. Cos'è l'identificazione proiettiva? Sofferamoci un attimo: è lo stadio dello specchio detto in un modo diverso – se non c'è controidentificazione proiettiva, se cioè la madre non trasmette gli elementi beta elaborati, il bambino non fa altro

che gradualmente sprofondare in un terrore senza nome, che automaticamente lo riconsegnerà – perché è impossibile scivolare verso un terrore senza nome in modo permanente – lo consegnerà a riorganizzarsi attorno a oggetti bizzarri, che saranno quelli che compariranno successivamente nelle allucinazioni e nei deliri. Lacan direbbe: ciò che non è stato simbolizzato ritorna nel reale. Entrambi stanno raccontando questo momento di Freud, il momento in cui, in qualche modo, c'è la prima possibilità, direi quasi l'S1, dato il quale si possa avere un corpo. Lacan ci dice infatti che in questo punto c'è la prima identificazione ma alienata; dopo di questa verranno tutte le altre. Ripete il passo di Freud della rimozione originaria: accade qualcosa una volta per tutte, dopo di che tutte le rimozioni secondarie o propriamente dette continueranno a ripetere il solito gesto dell'unica rimozione data una volta per tutte. Allora - e qui mi fermo così dopo ci confrontiamo - direi che quando il simbolico lavora il corpo, poi lo possiamo dire in tanti modi, e questo è un altro discorso, possiamo divertirci a dire in quanti modi possiamo dire il simbolico – se ci fosse un bioenergetico ci potrebbe raccontare tremila maniere in cui lui dice il corpo – ma una volta che c'è corpo non c'è più organismo. Il corpo è tale in quanto è lavorato dall'Altro, quindi in quanto tale il corpo è permanentemente soggetto a una perdita che rimarrà pervasivamente – Lacan nell'ultimo periodo la chiamerà *oggetto piccolo a* – rimarrà permanentemente l'oggetto causa di desiderio. Se noi non abbiamo questo processo, non c'è soggetto umano in quanto mancanza a essere, non c'è il desiderio, non c'è il corpo ma non c'è Altro. Ecco perché la psicanalisi non può essere evoluzionista, ecco perché il corpo è in gioco. Jean-Luc Nancy, in un libro misterioso che io ho letto otto volte, *Corpus*, dice una cosa straordinaria, e cita poi in un capitolo un passaggio postumo di Freud, una riga e mezza in cui Freud dice che l'inconscio è corpo. Sembra veramente l'ultimo Lacan quando dice che l'inconscio è il reale, cosa che poi non spiega cosa vuol dire. Nancy continua dicendo che è volgare il racconto di Kafka *la colonia penale*. Dice che è volgare, perché i corpi non si inscrivono, i corpi si *escrivono*. Questo è un passaggio straordinario che mi ha sempre colpito: i corpi non si scrivono. Il tatuaggio, se

noi ci pensiamo un attimo, è il tentativo di fare come propria una cosa che non è mai nostra. I corpi non si scrivono. Il tentativo de *La colonia penale* è di scrivere la pena della persona sul corpo: tu sei la pena. Ma il corpo non può essere se stesso. Noi possiamo avere corpo, ma il corpo non può essere se stesso. Il corpo non si scrive, non si scrive col tatuaggio, non si scrive con nulla, qualunque operazione che è iscrizione è il tentativo immaginario di pendere possesso del simbolico - non del reale, stiamo attenti, perché il reale è mancato per definizione - è il tentativo ossessionante dell'essere umano di fare proprio il simbolico, cioè di fermarlo, iscrivere il corpo per fermarlo. Ma basterebbe pensare questo: il corpo invecchia. Basterebbe questo a far capire come il corpo non si iscrive. Il corpo, e in questo è straordinario ciò che dice Nancy, si *escrive*. Quindi qualcosa del simbolico che continua pervasivamente a portare fuori il corpo da ciò che è organismo, permanentemente; il lavoro che fa un analista si pone nell'intersezione di questo processo di escrizione laddove è fallita. In realtà noi analisti cosa facciamo quando trattiamo il transfert? Se non cadiamo solo e soltanto nella ricerca del senso - altrimenti siamo degli psicoterapeuti se cadiamo sempre sull'interpretazione, non siamo analisti - quando noi non cadiamo sull'interpretazione, quindi quando noi non vogliamo significare – perché quando cadiamo sull'interpretazione cerchiamo di scrivere il corpo, direbbe Nancy – quando riusciamo in un atto analitico a non stare dentro alla logica della significazione, può essere forse che ci poniamo ogni volta in quella posizione, in quel punto - in quel vertice logico, direbbe Bion - che non a caso Lacan ce lo fa pensare in quanto soggetto supposto sapere, ma questo va decadimento una volta che l'analista arriva nella posizione dell'*oggetto piccolo a*, quindi è decaduto da quella sua bella posizione narcisista del soggetto supposto sapere, da quella posizione, dice Lacan, l'analista si può trovare a dire attraverso l'atto. E sempre Lacan, nel seminario XXI, dice una cosa straordinaria, e in questo secondo me in quegli anni leggeva qualcosa di Heidegger. Dice: l'atto - che è sempre un atto di parola, altrimenti sarebbe un agito – è qualcosa che fa sempre iniziare da capo. Allora l'analista, quando si trova in quella posizione, forse permette al proprio analizzante di ritornare da capo? Lascio il punto interrogativo. Vi ringrazio.

COSA RESTA DELL'ISTERIA

di Alberto Batini

psicologo psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Comparata

Il termine isteria è conosciuto fin dai tempi di Ippocrate e si riferisce inizialmente a un malfunzionamento dell'utero (dal greco: *hysteron*) dal quale derivano tutta una serie di sintomi caratteristici quali ad esempio paralisi, crisi epilettiche e cecità temporanea. Freud (1888), nel suo primo lavoro sull'isteria, si riferisce al collegamento tra la nevrosi e una malattia dell'apparato genitale femminile come a un derivato del pregiudizio, oramai superato.

Fu proprio allo studio dell'isteria che Freud, insieme al medico e amico Breuer, dedicò i suoi primi studi dei disturbi mentali, riferendosi a una condizione in cui i sintomi somatici non potevano essere spiegati da lesioni di tipo organico, nè a livello neurologico, come si pensava nell'800, nè, tantomeno, a livello dell'utero. Negli Studi sull'isteria (Breuer e Freud, 1892-95), Freud ricondusse la causa di questi disturbi a eventi traumatici e violenze sessuali subiti nell'infanzia che avevano determinato l'emergere di un conflitto psichico a livello inconscio. Come sottolineano Trombini e Baldoni (1999), il rapporto tra mente e corpo è alla base della riflessione psicoanalitica freudiana: i disturbi delle pazienti di Freud riguardavano parti del corpo e funzioni che avevano un significato all'interno della relazione con gli altri. Freud spiegò sintomi quali la paralisi, la cecità, lo svenimento o le convulsioni come conseguenza di una trasposizione a livello somatico di un'energia psichica legata a rappresentazioni pulsionali rimosse e quindi inconse. Tale trasposizione, che Freud (1894) chiamerà "conversione", ha la funzione di mantenere un legame simbolico tra i sintomi somatici (isterici) e il conflitto di cui sono espressione. La conversione è il meccanismo con cui Freud si propone di spiegare il passaggio dallo psichico al somatico, caratteristico dell'isteria. Negli Studi

sull'isteria (Breuer e Freud, 1892-95), discutendo del caso di Cäcilie M., Freud si riferisce in maniera molto chiara al simbolismo dell'isteria, arrivando perfino a avanzare l'ipotesi che il linguaggio e i sintomi isterici possano avere un'unica origine di natura inconscia:

<<L'osservazione della signora Cäcilie M. mi ha dato l'occasione di raccogliere addirittura una collezione di siffatte simbolizzazioni. Tutta una serie di sensazioni corporee che in genere si considerano di origine organica, erano in lei di derivazione psichica o per lo meno erano corredate di un significato psichico. Una certa serie di esperienze era accompagnata in lei dalla sensazione di una fitta nella regione cardiaca ([col significato:] "Mi ha dato una fitta al cuore"). La cefalea isterica sotto forma di chiodo in testa poté essere interpretata in lei in modo certo come un dolore nel pensare ("Mi son ficcata qualcosa in testa"), che veniva del resto eliminato allorché si risolveva il problema corrispondente. Alla sensazione dell'aura isterica nella gola corrispondeva il pensiero: "Questo lo devo mandar giù", quando l'impressione si produceva per un'offesa. Vi era tutta una serie di sensazioni e di idee che procedevano parallelamente, ed era ora la sensazione a provocare l'idea come interpretazione, ora l'idea che, mediante simbolizzazione, produceva la sensazione, mentre non di rado si rimaneva in dubbio su quale dei due elementi fosse stato il primario. [...] Prendendo alla lettera l'espressione linguistica, avvertendo come un fatto reale la "fitta al cuore" o lo "schiaffo in faccia" nel caso di una frase offensiva, essa non compie un abuso spiritoso, ma semplicemente riattiva impressioni alle quali l'espressione linguistica deve la propria giustificazione. Come potremmo altrimenti dire della persona che è stata mortificata: "ha ricevuto una pugnolata al cuore", se l'offesa non fosse effettivamente accompagnata e resa riconoscibile da una sensazione precordiale similmente interpretabile? E non è forse verosimile che la frase "mandar giù qualche cosa", che si usa per un'offesa ricevuta senza rispondervi, derivi effettivamente da sensazioni di innervazioni che si

manifestano nella faringe, quando ci si vieta di parlare, trattenendo la reazione all'offesa? Tutte queste sensazioni e innervazioni appartengono alla "espressione delle emozioni" che, come Darwin ci ha insegnato, consiste in azioni originariamente sensate e utili; esse possono essere attualmente per lo più così affievolite che la loro espressione linguistica ci appare puramente metaforica, ma è molto verosimile che tutto ciò s'intendesse una volta alla lettera, e l'isteria è nel giusto quando ripristina per le sue più forti innervazioni il significato originario delle parole. Anzi, forse non è corretto dire ch'essa si crea tali sensazioni mediante la simbolizzazione; forse essa non ha affatto preso l'uso linguistico a modello, piuttosto l'isteria e l'uso linguistico attingono a una fonte comune>> (Breuer e Freud, 1892-95).

In seguito Freud (1908), nell'esposizione del caso clinico del piccolo Hans, opererà una distinzione tra un'isteria "pura" di conversione, la cui sintomatologia è riscontrabile in maniera caratteristica a livello somatico e un'isteria d'angoscia, caratterizzata dall'angoscia e dalla fobia:

<<Nell'isteria d'angoscia la libido sprigionata dal materiale patogeno in virtù della rimozione non viene convertita, ossia non viene sottratta alla sfera psichica per riapparire in una innervazione somatica, ma viene liberata sotto forma di angoscia. Nella pratica clinica s'incontrano tutte le possibili combinazioni tra "isteria d'angoscia" e "isteria di conversione". Vi sono casi di pura isteria di conversione in cui l'angoscia non si presenta affatto, e casi di pura isteria d'angoscia che si manifestano con sensazioni angosciose e in fobie senza aggiunta di conversione; quello del piccolo Hans rientra tra questi ultimi casi>> (Freud, 1908).

Inizialmente quindi Freud (1892-95; 1896) avanzò l'ipotesi di una "seduzione", per cui esperienze di seduzione subite nell'infanzia, insieme a particolari e complessi meccanismi psichici, avrebbero scatenato, in età più avanzata, la sintomatologia isterica. Successivamente Freud (1887-1904), in una lettera a Fliess del 21 settembre 1897, confutò la validità di questa ipotesi e, come sottolineato da Albarella (2004), cominciò a pensare che tali racconti delle sue pazienti fossero in realtà fantasie evocate da dinamiche interne e non fatti realmente accaduti, dando inizio così a una più complessa teorizzazione di come la realtà esterna e il mondo interno interagiscano tra loro.

Come tutta l'opera di Freud, anche la concettualizzazione dell'isteria è stata soggetta a continue revisioni. Migone (1998) prova a riassumere i contributi di Freud alla comprensione della personalità isterica (anche se lui si riferiva più che altro a sintomi isterici) nel seguente modo: 1) il conflitto è legato alla fase fallico-edipica, ovvero concepiva la genesi dell'isteria come una fissazione a conflitti dello stadio edipico, cioè a una fase in cui la sessualità diventa centrale; 2) le difese utilizzate sono principalmente la rimozione, la dissociazione, l'amnesia e talvolta la formazione reattiva; 3) i sintomi più frequenti sono la conversione somatica, l'attacco isterico e, in certi casi, le fobie; 4) il Super-io è relativamente meno rigido e severo che nella nevrosi ossessiva; 5) i sintomi isterici possono venire riutilizzati per gratificare bisogni inconsci per la rimozione dei quali originariamente erano stati prodotti; 6) il paziente isterico, per controllare i conflitti interiori, tende a isolarsi dall'ambiente circostante o a bloccare la percezione di quegli stimoli esterni che possono ridare vita ai suoi desideri inconsci o ai loro derivati; 7) la fantasia inconscia è un passo intermedio essenziale per la formazione del sintomo isterico. A partire da queste formulazioni, sottolinea sempre Migone (1998), sono stati prodotti numerosissimi contributi di diversi autori che hanno piano piano spostato l'attenzione da una concezione di isteria come insieme di sintomi, a una concezione in cui essa rappresenta il disturbo di personalità sottostante. Da qui nasce la frammentazione dell'isteria in varie categorie nosologiche all'interno del DSM, come discuteremo nel prossimo paragrafo.

L'isteria nel DSM

Con l'introduzione del DSM-III (APA, 1980) viene utilizzato un approccio descrittivo alla classificazione, con un sistema multiassiale e criteri diagnostici specifici. L'isteria viene così smembrata in tre parti, che si potrebbero far corrispondere rispettivamente alla sua componente "corporea", "mentale" e "personologica": il disturbo di conversione (all'interno dei disturbi somatoformi), il disturbo dissociativo dell'identità e il disturbo istrionico di personalità.

DSM-II	DSM-III	DSM-III-R	DSM-IV e IV-TR	DSM-V
Nevrosi isterica Tipo conversione	<u>D. Somatoformi:</u> - D. di somatizzazione - D. di conversione (o Neurosi Isterica, tipo Conversione) - D. da dolore psicogeno - Ipocondria - D. Somatoforme atipico	<u>D. Somatoformi:</u> - D. di somatizzazione - D. di conversione (o Neurosi Isterica, tipo Conversione) - D. da dolore somatoforme - Ipocondria - D. da dismorfismo corporeo - D. Somatof. Indifferenziato - D. somatoforme NAS	<u>D. Somatoformi:</u> - D. di somatizzazione - D. di conversione - D. algico - Ipocondria - D. da dismorfismo corporeo - D. Somatof. Indifferenziato - D. somatoforme NAS	<u>D. da sintomi somatici e disturbi correlati:</u> - D. da sintomi somatici - D. di conversione (d. di sintomi neurologici funzionali) - D. da ansia di malattia - Fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche - D. fittizio - con altra specificazione (comprende la Pseudociesi) - senza altra specificazione
Nevrosi isterica Tipo dissociativo	<u>D. Dissociativi</u> (o Neurosi Isterica, tipo Dissociativo): - Amnesia psicogena - Fuga psicogena - Personalità multipla - D. di depersonalizz. - D. dissociativo atipico	<u>D. Dissociativi</u> (o Neurosi Isterica, tipo Dissociativo): - Amnesia psicogena - Fuga psicogena - D. da Personalità multipla - D. di depersonalizz. - D. dissociativo NAS	<u>D. Dissociativi:</u> - Amnesia dissociativa - Fuga dissociativa - D. dissociativo dell'identità - D. di depersonalizz. - D. dissociativo NAS	<u>D. Dissociativi:</u> - Amnesia dissociativa - D. dissociativo dell'identità - D. di depersonalizz./derealizz. - con e senza altra specificazione
Personalità isterica (D.istrionico di personalità)	D. Istrionico di Pers.	D. Istrionico di Pers.	D. Istrionico di Pers.	D. Istrionico di Pers.

Nel DSM-II (APA, 1968) ancora si parlava di nevrosi isterica, che poteva essere di tipo "Conversione" o di tipo "Dissociativo", e di personalità isterica (o istrionica). Col passaggio dal DSM-II al DSM-III, con lo scopo di creare un manuale il più possibile descrittivo e ateoretico, si decise quindi di eliminare il termine "isterica" e mantenere solo quello di "istrionica", principalmente per tre motivi (Migone, 1998): 1) il termine isteria, similmente a quello di nevrosi, è strettamente legato alla tradizione psicoanalitica, cosa che andava contro i principi di descrittività e ateoreticità del DSM; 2) il termine isteria deriva dalla parola "utero", pertanto è legato al sesso femminile, cosa non più accettabile, anche alla luce delle più recenti ricerche che avevano escluso ogni possibilità che l'isteria potesse essere un disturbo esclusivamente femminile; 3) una volta identificata la personalità istrionica come al livello più grave dello spettro isterico, non aveva

più senso il mantenimento di una diagnosi di personalità isterica, poichè questa si presentava come vicina alla normalità statistica della popolazione. Con il DSM-IV (APA, 1994) scompare ogni riferimento all'isteria e alla nevrosi, linea mantenuta anche nel DSM-V (APA, 2013). Nella tabella seguente (Fontana, 2015) è possibile osservare l'evoluzione del concetto di isteria nel tempo, all'interno del DSM, con in grassetto evidenziate le diagnosi collegate a quella iniziale di nevrosi isterica.

Come fa notare Fontana (2015), nei DSM III e IV, all'interno dei disturbi somatoformi (inerenti una sintomatologia che assume la forma di una malattia somatica in assenza di cause organiche dimostrabili o meccanismi patofisiologici noti), le uniche categorie che sono riconducibili alla nevrosi isterica sono il disturbo di conversione e il disturbo da dolore psicogeno (Disturbo algico nel DSM-IV). Per quanto riguarda i disturbi

dissociativi, con l'esclusione del disturbo di depersonalizzazione, tutti gli altri sono riconducibili alla vecchia diagnosi di nevrosi isterica (Amnesia psicogena/dissociativa, Fuga psicogena/dissociativa, Personalità multipla/disturbo dissociativo dell'identità, disturbo dissociativo atipico/NAS).

Per quanto riguarda il disturbo di personalità, diversi autori, come Kernberg (1984), Migone (1998) e Gabbard (2002), hanno sottolineato come i criteri del DSM-III per il disturbo istrionico di personalità si discostassero sensibilmente dal modello tradizionale della personalità isterica, descrivendo una variante molto più primitiva, più impulsiva e meno stabile, accostabile più verosimilmente al disturbo borderline di personalità. Nonostante le modifiche del DSM-III-R (APA, 1987), Gabbard (2002) evidenzia come ci sia ancora una larga sovrapposizione tra le diagnosi di personalità istrionica e personalità borderline e come neanche nel DSM-IV (APA, 1994) si riescano a cogliere le sfumature, che si incontrano nella pratica clinica, tra un disturbo isterico di personalità che ha un livello di funzionamento elevato e un disturbo istrionico di personalità invece più primitivo.

Nel DSM-V (2013) vengono apportate modifiche sostanziali alla vecchia categoria dei Disturbi somatoformi. Al di là del cambio del nome in "Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati", rispetto ai precedenti manuali viene enfatizzata maggiormente la *presenza* di particolari sintomi somatici con determinate caratteristiche rispetto all'*assenza* di una spiegazione medica per quei sintomi specifici, come era invece nei precedenti manuali (Fontana, 2015). Questo non vale per i due disturbi riconducibili alla vecchia nevrosi isterica, il Disturbo di conversione (Disturbo da sintomi neurologici funzionali) e la Pseudociesi (che un tempo era chiamata Gravidanza isterica e che rientrava all'interno dello stesso disturbo di conversione), che hanno come requisito fondamentale quello di non dover avere una spiegazione medica per i sintomi. Per quanto riguarda il disturbo di personalità istrionico non si riscontrano cambiamenti rispetto alle precedenti edizioni, mentre per il versante psichico, quello dei Disturbi dissociativi, il DSM-V opera solo qualche minima variazione nella terminologia e nei confini diagnostici delle varie

categorie: il Disturbo di depersonalizzazione diventa il Disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione, la Fuga dissociativa diventa una sottocategoria dell'Amnesia dissociativa o uno dei sintomi del Disturbo dissociativo dell'identità.

Alla luce di quanto appena esposto, appare evidente che, come dice Gabbard (2002), vista la natura marcatamente ateoretica del DSM diventa estremamente problematica la valutazione di pazienti con tendenze isteriche o istrioniche; il termine isterico è stato storicamente utilizzato per una grande varietà di manifestazioni cliniche (disturbo di personalità, lamentele somatiche, sintomi di conversione quali paralisi o cecità, sintomi dissociativi). Questa eterogeneità di disturbi rende necessario il privilegiare la valutazione psicodinamica a discapito della classificazione descrittiva dei comportamenti, spesso fonte di confusione nella letteratura. Prendendo ad esempio il disturbo di conversione è evidente come i criteri diagnostici del DSM-V (2013) non abbiano pressoché nulla a che vedere con la sua comprensione psicodinamica e quindi con la sua utilità in ambito clinico:

Disturbo di Conversione (Disturbo da Sintomo Neurologico Funzionale)

A. Uno o più sintomi di alterazione della funzioni motorie volontarie o sensoriale.

B. I risultati clinici forniscono le prove dell'incompatibilità tra il sintomo e le condizioni neurologiche o mediche conosciute.

C. Il sintomo o deficit non sono meglio spiegati da altro disturbo mentale o medico.

D. Il sintomo o deficit causa disagio clinicamente significativo, o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti, oppure richiede valutazione medica. Specificare: - Con debolezza o paralisi - Con movimento anomalo (tremore, disturbi della deambulazione) - Con sintomi riguardanti la deglutizione - Con sintomi riguardanti l'eloquio - Con attacchi epilettiformi o convulsioni - Con anestesia o perdita di sensibilità - Con sintomi sensoriali specifici - Con sintomi misti

L'isteria, il corpo e altri disturbi

Sacerdoti (1989), riferendosi al classico detto per cui l'isteria è "la grande simulatrice", sottolinea

come l'isteria intesa in senso classico sia in realtà, di fatto, una sindrome nevrotica di competenza medica, poichè, dal momento che è il corpo al centro delle manifestazioni isteriche, è verosimilmente ai medici (neurologi, gastroenterologi e altri specialisti) che gli isterici si rivolgeranno con più probabilità. Per via dell'organizzazione sanitaria attuale, con la personalizzazione del rapporto tra medico e paziente che ne consegue, è sempre più difficile riconoscere l'isteria e le sue manifestazioni continuamente mutevoli e quindi sempre più difficile da individuare. Al giorno d'oggi sono assai frequenti disturbi che interessano il corpo e che non possono essere spiegati da una patologia organica: sintomi gastrointestinali, cardiovascolari, muscoloscheletrici, respiratori, sintomi dolorosi, stanchezza cronica, disturbi alimentari. Se da un lato l'isteria è stata prima smembrata e poi dimenticata, dall'altro non si può certo pensare che tutte queste manifestazioni siano da ricondurre a essa. È il caso ad esempio dei disturbi alimentari. La *Grande isteria* dell'800 era lo specchio di una crisi di identità femminile, figlia del contesto culturale del tempo. L'anoressia è allo stesso modo un'espressione di una crisi di identità (femminile ma anche maschile) figlia del nostro contesto culturale ma, sebbene in questo ci siano certamente delle similitudini con l'isteria, si tratta di due quadri estremamente diversi. A tal proposito Recalcati (2012) afferma che la clinica freudiana dell'isteria <<è una clinica centrata sul carattere metaforico del sintomo: il corpo isterico parla, si manifesta come simbolo, come corpo strutturato come un linguaggio, come un *corpo-teatro*. La clinica dell'anoressia è invece una clinica del silenzio del corpo, del godimento silenzioso del corpo, del corpo che assume le forme non di un teatro ma di un muro. [...] Con l'espressione "rifiuto del corpo" Lacan ha interrogato le declinazioni contemporanee dell'isteria, irriducibili alla categoria freudiana classica della "compiacenza somatica" (della conversione isterica). Questa categoria gli appariva insufficiente per rendere conto di una radicalizzazione contemporanea della psicopatologia del corpo. Mentre con essa Freud aveva esaltato il carattere simbolico del sintomo isterico, la sua integrale permeabilità al significante, la sua plasticità simbolica, con la categoria di rifiuto del corpo Lacan intende

indicare un certo declino del potere del simbolo, un certo grado di opposizione del corpo al significante>>. Inoltre, per quanto riguarda la differenza tra la conversione isterica e altri sintomi di origine psicosomatica, dice: <<La clinica classica dell'isteria illustra le modalità con le quali il desiderio inconscio rimosso ritorna convertito in un disturbo considerato dal DSM come "somatoforme". La conversione è in questo caso conversione di un desiderio inconscio rimosso in un'alterazione solo apparentemente organica, poiché l'organo che si presta a questa operazione di traduzione cifrata (diversamente dalla lesione psicosomatica) non è patologicamente compromesso>>.

Prendiamo in considerazione, infine, uno tra i quadri diagnostici che più hanno acceso il dibattito nella clinica degli ultimi 50-60 anni, cioè quello di disturbo borderline. Bollas (2000) suggerisce di prendere con riserva la diagnosi di borderline e che dietro una tale diagnosi possa spesso celarsi in realtà un isterico. L'autore ipotizza che l'ascesa della personalità borderline negli anni Cinquanta, iniziata con l'interesse verso il pre-edipico (Marmor, 1953), possa essere un movimento "isterico" all'interno della comunità psicoanalitica: la psicoanalisi ha desessualizzato il proprio linguaggio e le proprie teorie, introducendo il significante borderline e rimuovendo il termine isteria. Bollas arriva a ipotizzare che la scomparsa del termine isteria e la sua sostituzione con quello di borderline possa essere il frutto della capacità camaleontica dell'isterico di percepire il desiderio dell'altro e sia così diventato l'oggetto del desiderio dell'analista che ricerca il borderline.

Conclusioni: Cosa resta dell'isteria?

Bollas (2000) rileva che, se da un lato negli ultimi decenni l'interesse per l'isteria si sia affievolito nella letteratura psicoanalitica (gli psicoanalisti francesi mettono in relazione l'isterico col perverso, quelli di altre nazionalità col borderline), dall'altro sembra che nella comunità psicoanalitica si stia facendo strada una richiesta di riconsiderare l'isteria.

Certamente l'isteria, essendo così camaleontica, non può essere la stessa degli inizi del Novecento. Sacerdoti (1989) sottolinea come ciò che oggi viene chiamato carattere o personalità isterica ha poco a che fare col tradizionale

concetto di isteria intesa come difesa contro l'espressione dell'istinto. L'isteria continuerà a cambiare perché fa appello a coloro di cui ricerca l'attenzione. Le pazienti analizzate da Freud sono diventate sempre più rare nella pratica clinica e questo può essere certamente messo in relazione anche con le conquiste culturali del secolo scorso; si pensi in primis alla rivoluzione sessuale che ha contribuito a ridimensionare le problematiche inibitorie e che certamente non ha un ruolo marginale nel movimento di desessualizzazione dell'isteria di cui parla Bollas. Come si è visto, le cause della scomparsa dell'isteria dai manuali diagnostici sono molteplici: esigenze descrittive e di ateoreticità, confusione nella classificazione, la mutevolezza intrinseca dell'isteria (ma verrebbe da dire di ogni disturbo) in relazione al contesto culturale e quindi i grandi mutamenti socioculturali del Novecento. Albarella (2004) suggerisce che possa aver avuto un ruolo anche il carattere dispregiativo che ha assunto in passato (e aggiungerei anche nel presente) il termine isteria, per indicare una condizione di inferiorità e scarsa affidabilità delle donne. Albarella (2004) sottolinea come gli studiosi abbiano evidenziato un affievolirsi della sintomatologia isterica e una riduzione dei quadri clinici eclatanti, caratterizzati da spettacolari sintomi di conversione e crisi isteriche, ma anche come in realtà questo, in linea con quanto detto da Sacerdoti (1989), non significhi che siano scomparsi, poiché presso i reparti di medicina sono tutt'altro che infrequenti pazienti che presentano sintomi di conversione e donne affette da crisi isteriche, in particolar modo presso i gruppi sociali con livelli di istruzione più bassi.

Il dibattito riguardante il considerare o meno l'isteria una malattia desueta o un quadro clinico ancora moderno, se considerarla come un insieme di categorie diagnostiche discrete o un corpus unico, è ancora acceso. È opinione di chi scrive che, in linea con Fontana (2015), sarebbe di poca rilevanza non considerare l'isteria come un corpus unico a vantaggio della sua distribuzione in un insieme di sottocategorie, se si trattasse solo di individuare dei criteri diagnostici a scopo di ricerca. Ma dal punto di vista clinico ha certamente più utilità comprendere il senso e la funzionalità del disturbo isterico; per determinare il trattamento

più appropriato un'attenta valutazione psicodinamica è molto più importante di una classificazione descrittiva dei comportamenti manifesti (Gabbard, 2002). Come affermano Rossi e Fele (1999) l'isteria “è un modo o un tentativo di stravolgere, cambiare, manipolare il rapporto col mondo esterno tramite l'elaborazione di canali comunicativi e degli strumenti relazionali, dai meno strutturati, come il corpo, il sistema nervoso centrale e la coscienza dell'Io, fino ai più strutturati, come la menzogna, la manipolazione dei rapporti, le tecniche di teatro o il far finta di nulla”. Si tratta di uno stile di funzionamento in cui il disagio emotivo, il desiderio, la capacità di mettersi in relazione con gli altri, non trovano una via di accesso diretto per esprimersi: il soggetto non riesce a percepirlo e riconoscerlo in quanto tale e lo esprime attraverso un altro canale, che manifesta e al contempo nasconde, a lui stesso e agli altri (Fontana, 2015).

Questi e molti altri aspetti dell'isteria non sono e non possono essere colti da un manuale diagnostico; nella pratica clinica, per quanto riguarda l'isteria, è necessario uscire dalla trincea della dimensione classificatoria, descrittiva e "oggettiva" e recuperare l'importanza del lavoro di approfondimento psicodinamico delle nuove forme di isteria.

Riferimenti bibliografici

- Albarella (2004). Introduzione. In C. Albarella & A. Racalbutto (Eds) *Isteria* (pp. 13-53). Roma: Edizioni Borla.
- APA (1968). *DSM-II. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition*. Washington, D.C.: APA.
- APA (1980). *DSM-III. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Terza Edizione*. Milano: Masson.
- APA (1987). *DSM-III-R. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Terza Edizione, riveduta*. Milano: Masson.
- APA (1994). *DSM-IV. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Quarta Edizione*. Milano: Masson.
- APA (2000). *DSM-IV-TR. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Quarta Edizione, Text Revision*. Milano: Masson.
- APA (2013). *DSM-V. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Quinta Edizione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bollas, C. (2000). *Isteria*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Fontana, M. (2015). L'isteria ai tempi del DSM-5: diagnosi obsoleta o risorsa per la clinica?. *Ricerca Psicoanalitica*, 1, 85-100.
- Freud, S. (1887-1904). *Lettere a Wilhelm Fliess*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1888). Isteria. In S. Freud, *Opere Vol. 1*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1894). Le neuropsicosi da difesa. In S. Freud, *Opere Vol.2*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1896). Etiologia dell'isteria. In S. Freud *Opere Vol. 2*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1908). Analisi della fobia di un bambino di cinque anni (Caso clinico del piccolo Hans). In S. Freud *Opere Vol 5*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. e Breuer, J. (1892-95). Studi sull'isteria. In S. Freud, *Opere Vol. 1*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Gabbard, G.O. (2002). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Third edition*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press. Trad. it. *Psichiatria Psicodinamica. Terza edizione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe Personality Disorders. Psychoterapeutic Strategies*. New Haven, CT: Yale Univ. Press. Trad. it. *Disturbi Gravi della Personalità*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Marmor, J. (1953). Orality in the Hysterical Personality. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1, 654-671.
- Migone, P. (1998). *Terapia Psicoanalitica: seminari*. Milano: Franco Angeli.
- Recalcati, M. (2010). *L'uomo senza inconscio: figure della nuova clinica psicoanalitica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Rossi, R. & Fele, P. (1999). Isteria ieri e oggi: evoluzione del termine e del concetto. In G.B. Cassano & P. Pancheri (Eds) *Trattato Italiano di Psichiatria: Seconda Edizione* (pp. 2185-2190). Milano: Masson.
- Sacerdoti G. (1989). Isteria. In A.A. Semi (Ed) *Trattato di psicoanalisi: vol. II* (pp. 123-150). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Trombini, G. & Baldoni, F. (1999). *Psicosomatica*. Bologna: Il Mulino.

LO PSICOTERAPEUTA DI FRONTE AL DOLORE FISICO. UNO SGUARDO AD ALCUNI APPROCCI TERAPEUTICI

di Filippo Cantelli

psicologo, Scuola di Psicoterapia Comparata

L'Associazione Internazionale per lo studio del dolore (ISAP) definisce quest'ultimo come “un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata ad un danno tissutale in atto o potenziale, ovvero descritta nei termini di tale danno”.

Le tipologie di dolore sono varie, attualmente quasi tutte le classificazioni del dolore si fondano sul lavoro di esperti del settore, che affrontano aspetti specifici del fenomeno, quali l'origine, l'intensità il timing e la durata.

Per quanto riguarda la classificazione in base all'origine del dolore, secondo Jaume (2006) è possibile distinguere diverse tipologie di dolore in funzione della sua origine. Ne vedremo qui alcune:

- dolore da ipernociezione: che deriva da un attacco al SNC come un taglio, una abrasione
- dolore da deafferentazione: è provocato da un'aggressione interna originata da un'anomalia dell'integrità strutturale del SNC, come per esempio il dolore da arto fantasma
- dolore riferito: si manifesta in una sede diversa dal luogo in cui si origina
- dolore memoria: difficile da diagnosticare; nonostante la risoluzione del danno, l'organismo continua a mantenere una traccia mnestica della percezione dolorosa
- dolore iatrogeno: ha origine dall'azione di cura stessa

- dolore psicogeno: in cui vi è l'assenza di di cause organiche
- dolore sine materia: quando non si rivelano cause organiche o psichiche o di memoria si è soliti ricorrere al concetto di dolore senza oggetto, secondo il quale la percezione del dolore può sussistere in modo autonomo.

Per quanto riguarda la classificazione dolorifica in base all'intensità, considerando anche la sua natura estremamente soggettiva, solitamente viene misurato mediante strumenti come la Visual Analogue Scale (VAS).

A partire dal 1965 viene sempre più riconosciuto e avvalorato il ruolo delle componenti psicologiche e sociali nella genesi e nel mantenimento del dolore. L'Emory Pain Estimate Model rappresenta uno fra i primi tentativi di integrare in un'unica classificazione le dimensioni biofunzionale e psicologico-sociale del dolore.

Alla fine degli anni ottanta viene ideato il Multidimensional Pain Inventory (MPI), costituito da una serie di scale di chiara derivazione empirica, che propone una classificazione di natura psicologico-sociale del dolore:

- pazienti disfunzionali che riferiscono dolore intenso nonché considerevoli interferenze sulla vita quotidiana, elevati livelli di stress psicologico e bassi livelli di attività dovuti al dolore
- pazienti con stress interpersonale i quali hanno la percezione di non ricevere un adeguato sostegno da parte delle figure significative

- pazienti adattivi che riferiscono un appropriato supporto sociale, scarse interferenze dovute al dolore e livelli relativamente alti di attività

Attualmente, la classificazione più utilizzata è quella della Task Force on Taxonomy della IASP (Merskey e Bogduk, 1994), che ruota intorno a cinque assi, ognuno dei quali descrive una caratteristica del dolore:

ASSE I: regioni del corpo coinvolte

ASSE II: sistemi coinvolti

ASSE III: caratteristiche temporali del dolore

ASSE IV: intensità e durata del dolore

ASSE V: eziologia in cui sono comprese anche le componenti psicologiche

La caratteristica che risulta più evidente nell'esperienza dolorosa è senza alcun dubbio il versante sensoriale; quando il dolore diventa predominante richiama immediatamente l'attenzione, altera il comportamento e il pensiero, modifica lo stato di coscienza e costituisce per l'individuo incentivo e motivazione ad intraprendere attività dirette ad arrestarlo il prima possibile e con qualsiasi mezzo si abbia a disposizione.

Nell'esperienza algica anche il ruolo “psicologico” ha assunto negli anni sempre maggiore attenzione infatti, tale esperienza, può essere anche generata da processi psicologici che svolgono un ruolo centrale sulla modulazione della percezione. Il dolore, infatti, è il risultato di un'elaborazione, spesso inconscia, di tutta la persona: la mente e il corpo si influenzano a vicenda, è un'esperienza influenzata dalla personalità dell'individuo, dalla sua storia passata, dai suoi aspetti emotivi e dal contesto culturale.

Il modello bio-psico-sociale analizza il fenomeno del dolore come un'esperienza multidimensionale influenzata da meccanismi biologici, psicologici e sociali. Nello studio dello psicoterapeuta, quindi, analizzare il dolore fisico vuol dire confrontarsi con un'esperienza multifattoriale, in cui fattori biologici, psicologici e sociali interagiscono vicendevolmente in modo dinamico, influenzandosi reciprocamente.

Date queste premesse per “combattere” il dolore servirebbe una strategia che articoli interventi farmacologici (effettuati quindi da un medico, meglio se specialista), psicoterapeutici e riabilitativi.

Il dolore (aggravato talvolta anche da carenze affettive) genera, la maggioranza delle volte, vissuti di inadeguatezza fino a diventare un complesso di inferiorità quando le modalità del sentimento di inferiorità sono scompenstate fino a causare una notevole sofferenza, favorendo conflitti psicologici interni, orientati verso una valutazione negativa del sé (corporeo).

L'esperienza algica ha un profondo impatto sui vissuti psicologici ansiosi e depressivi che contribuiscono a intensificare l'esperienza soggettiva del dolore. È noto che l'ansia ricopre un ruolo importante, la paura di soffrire e l'ansia anticipatoria possono causare un aumento della percezione del dolore e portare ad una serie di pensieri negativi che aumentano la paura; può quindi instaurarsi un circolo vizioso negativo di diminuzione delle attività, decondizionamento, perdita dell'autostima. Il dolore cronico (ovvero quello che dura da almeno sei mesi), è spesso associato alla depressione che può ridurre la soglia di resistenza al dolore con un conseguente aumento della sintomatologia algica. La sintomatologia depressiva è rappresentata da deflessione timica, associata ad ansia libera, disturbi del sonno con conseguente compromissione sociale, ipocondria, riduzione degli interessi e stanchezza. Nel caso della depressione associata al dolore bisogna porre attenzione anche ai sintomi “psichici” come gli istinti suicidari: il dolore, specialmente quando perdura nel tempo, può infatti portare una persona a richiedere addirittura la morte che si impone come pensiero che non può essere oggetto di rimozione, perché la sofferenza fisica costringe la persona a riflettere sulla propria fine; il desiderio di farla finita rappresenta un'estrema difesa da una sofferenza e l'affermazione di se stessi sul male.

Il terapeuta che si appresta alla cura di un paziente con dolore cronico dovrebbe anche tener conto della personalità del soggetto, essa infatti potrebbe svolgere un ruolo importante nello sviluppo e nel mantenimento dello stesso; correlazioni tra dolore fisico e tratti di personalità sono state effettuate tramite l'utilizzo del “Temperament Character Inventory”: questo test ha evidenziato come le persone con dolore cronico siano caratterizzate da tratti di personalità evitante, bassa autostima e una tendenza all'ipercontrollo.

Ogni persona vive il dolore fisico in modo estremamente soggettivo; processi cognitivi come l'attenzione la memoria, le credenze, le convinzioni, le aspettative, le motivazioni e le intenzioni giocano un ruolo fondamentale nella percezione del dolore, poiché influiscono sul come il dolore viene interpretato ed emotivamente gestito. Il significato che ogni persona dà al proprio dolore dipende dalla storia personale (per esempio una persona che per le vicissitudini della sua vita convive con il dolore da molti anni, avrà una percezione dolorosa molto differente rispetto ad un'altra che soffre di mal di testa da un mese), dalle implicazioni percepite sulla propria vita futura e dal contesto interpersonale e culturale nel quale l'esperienza algica viene vissuta.

Tale "soggettività" darà adito a una serie di risposte di *coping* attraverso le quali l'individuo cercherà di affrontare la situazione: i soggetti che hanno un maggiore controllo interno sono più propensi a valutare le loro capacità di affrontare il dolore, mentre i soggetti con un controllo verso l'esterno tendono ad attribuire ad "altro da sé" la responsabilità di ciò che accade.

Un costrutto psicologico di fondamentale importanza è infatti la resilienza, ovvero la capacità di far fronte in maniera positiva ad eventi traumatici (in questo caso al dolore) e di riorganizzare positivamente la propria vita dinanzi alle difficoltà senza alienare la propria identità.

Psicoterapia e dolore

Non molto tempo fa, quando si parlava di dolore non si pensava allo psicologo, né tantomeno alla psicoterapia. Oggi grazie alla nascita di nuovi studi e grazie alla collaborazione di diverse figure un campo della salute, la figura dello psicoterapeuta si è dimostrata un valido aiuto per combattere il dolore fisico.

Quando, nel nostro studio (o in qualsiasi altro luogo venga richiesta la figura dello psicoterapeuta), si ha a che fare con un paziente con questo tipo di disturbo è utile un'accoglienza calda e amorevole, un ascolto attento e una disponibilità emotiva nel tempo; occorre comprendere il vissuto globale dell'esperienza dolorosa, ascoltare le preoccupazioni del paziente e permettere l'espressione delle emozioni (rabbia, paura, tristezza, delusione) con domande dirette sullo stato d'animo centrate

sui vissuti. È anche molto importante favorire una comunicazione aperta con i familiari.

Vari approcci terapeutici si sono avvicinati alla "cura" del paziente con dolore cronico, ne vedremo velocemente alcuni, tendendo ben presente, come già detto, che assieme allo psicoterapeuta sono (verosimilmente) presenti tante altre figure professionali indispensabili per il controllo di questo disturbo.

La terapia cognitivo comportamentale

Tale approccio enfatizza la modulazione cognitiva del sistema algico, che prevede un controllo discendente a cui fanno riferimento aspetti come l'attenzione, il significato attribuito al dolore e l'aspettativa.

Recentemente è stata proposta un'ipotesi che collega il dolore cronico all'emotività e alla memoria in un reciproco influenzamento per la quale la stimolazione di uno dei due sistemi si riverbera negli altri due e, nel caso dello stimolo doloroso che perdura o ricorre nel tempo, tale interrelazione può risultare responsabile della cronicizzazione del dolore.

Un altro fattore fondamentale per la strutturazione della persistenza del dolore è rappresentato dall'attivazione dei circuiti dello stress, la percezione di quest'ultimo risulta in grado di scatenare una serie di attivazioni metaboliche, ormonali e citochimiche che inducono una risposta "infiammatoria" sottesa sia al disturbo doloroso che a quello emozionale. Per valutare la sensibilità individuale allo stress è di estrema importanza il concetto di resilienza, ovvero la capacità di un individuo di adattarsi con successo a varie forme di eventi avversi stressogeni.

Nelle condizioni di stress cronico, analogamente a quelle del dolore cronico, l'attività emozionale sottocorticale a livello del sistema limbico risulta essere incrementata, mentre la corteccia prefrontale (modulazione emozionale cognitiva) risulta ipoattiva, con un conseguente deficit del controllo corticale sui meccanismi sottocorticali. Lo stabilire una differente rivalutazione cognitiva di un evento stressogeno consente un contenimento della risposta emozionale e somatica favorendo la percezione del dolore.

Come già accennato, l'esperienza dolorosa è il risultato dell'intersecarsi delle molteplici variabili nell'unicità del singolo paziente; l'aspetto cognitivo-comportamentale all'interno di un

modello bio-psico sociale gioca un ruolo centrale nella cronicizzazione di una condizione dolorosa, in particolare rispetto alle credenze ed all'attribuzione di significati peculiari all'esperienza del dolore alle strategie di *coping* attive e passive messe in atto dal paziente.

Considerando le strette correlazioni esistenti tra circuiti emozionali e circuiti del dolore non stupisce che gli antidepressivi siano in grado (così come i farmaci analgesici) di svolgere un'efficace azione antalgica. È inoltre interessante considerare come la somministrazione di un farmaco antidepressivo con scopo antalgico non solamente risulti in grado di migliorare la componente somatica ed emozionale, ma si dimostri capace anche di agire sulla trasformazione degli stili di coping adattivi e disadattivi.

La ricerca ha evidenziato l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale nel contribuire a migliorare molti aspetti connessi a questa patologia: il dolore riduce infatti la mobilità portando spesso all'evitamento di attività che possono, o si teme che possano, evocarli o peggiorarli; inoltre l'intensità del dolore può allarmare, mettere in ansia, alimentare credenze negative sul dolore (catastrofizzazione, helplessness). La TCC può pertanto essere efficace nel modificare le credenze disfunzionali così come nel ridurre la sintomatologia ansioso-depressiva.

Turk et al (1938) hanno messo a punto un interessante approccio volto alla gestione del dolore cronico, tale metodo prevede una prima fase informativa che fornisce al paziente concetti atti alla comprensione del proprio dolore.

Nella seconda fase il paziente viene adeguatamente informato su come fronteggiare il dolore utilizzando per esempio la disattenzione immaginativa (la persona immagina scene incompatibili con il dolore come fare una passeggiata), la trasformazione immaginativa (etichettare in modo meno stressante le sensazioni del dolore), la trasformazione del contesto (immaginare le sensazioni come se capitassero in contesti differenti), la diversione nell'attenzione (nel caso dell'attenzione interna consente per esempio nell'ascoltare musica, nel caso dell'attenzione esterna consiste nel focalizzare l'attenzione su un oggetto).

Nella terza fase si facilita la generalizzazione delle abilità nell'affrontare situazioni esterne al setting clinico attraverso la pratica ripetuta in ambiente protetto prima e in ambiente naturale poi (Kelly 1997). Durante l'intero percorso, grazie ad esercizi mirati e compiti da svolgere a casa, viene favorita la generalizzazione delle risposte apprese. Alla fine del percorso, il paziente e il terapeuta sono chiamati a trovare uno spazio per affrontare efficacemente le possibili ricadute. A livello operativo alcune fra le tecniche più utilizzate in ambito cognitivo-comportamentale sono la ristrutturazione cognitiva, l'addestramento nelle capacità di lotta al dolore (*coping skills training*), i metodi di rilassamento fisico e mentale e la terapia immaginativa.

L'ipnosi

L'ipnosi è "uno stato alterato di coscienza, caratterizzato da un'aumentata risposta alle suggestioni. La condizione ipnotica si ottiene dapprima rilassando il corpo e successivamente spostando l'attenzione del soggetto su una gamma ristretta di cose o idee, secondo quanto viene suggerito dall'ipnoterapista. La procedura è utilizzata per produrre cambiamenti positivi nelle persone e per il trattamento di numerose condizioni di salute" (National Center for Health Statistic, 2007).

Ogni ipnotista ha le sue tecniche e il suo approccio per il controllo del dolore con l'ipnosi come:

- le suggestioni dirette che possono essere espresse sotto forma di suggestioni post ipnotiche: 'Da stasera alle 11 ti sentirai meravigliosamente bene.'. Molto del loro successo dipende dalla convinzione con cui sono formulate.

- le tecniche di rilassamento in cui il soggetto viene posizionato disteso pancia su e con voce calma e lenta viene guidato appunto in un rilassamento profondo. Durante tale procedura la pressione del sangue si abbassa, il respiro si fa più regolare e si può ritrovare il piacere di avere il controllo del proprio corpo. Il respiro più lento e profondo inoltre favorisce lo scambio di ossigeno.

Il rilassamento può essere praticato tutti i giorni, in qualunque momento, in qualunque luogo. Necessita soltanto, da parte di chi lo pratica, perseveranza e fiducia. Bisogna continuare a

praticarlo, anche quando sembra non porti a niente, anche quando il dolore è una forte fonte di distrazione. È la capacità di rilassarsi appieno che prosciuga la fonte del dolore e permette al corpo di respirare nuovamente.

- la analgesia/anestesia ipnotica: ovvero quel fenomeno che consiste nel non provare dolore pur mantenendo sensibilità tattile nella parte trattata. Alcuni la considerano il primo passo dell'anestesia vera e propria. Sia l'anestesia ipnotica che l'analgesia, sono due trattamenti utili per il controllo del dolore, perché impediscono al soggetto di provare sensazioni dolorose o di ridurre le sensazioni dolorose.

- l'immaginazione guidata: è una tecnica semplice, che consiste nel far immaginare un luogo piacevole al soggetto, dopo un primo momento di rilassamento.

- la tecnica dei "Numeri": questa tecnica sembra troppo semplice, ma è sorprendentemente efficace.

Per prima cosa bisogna che il soggetto assegni al dolore che prova un numero da uno a dieci, essendo dieci il dolore massimo. Si utilizzerà questo numero come punto di partenza, facendolo immaginare rappresentato su una scala, ad esempio un manometro.

Successivamente si chiede al soggetto di visualizzare la scala, si aumenta di poco il valore iniziale, e si chiede al soggetto cosa sta sperimentando. Il dolore deve aumentare leggermente.

Successivamente si diminuisce il dolore di un 20-30 per cento e viene chiesto di rappresentarlo sulla scala.

Si prosegue in questo modo andando avanti e indietro sulla scala e verificando ogni volta che ci siano variazioni nel dolore percepito. Ci si ferma quando il valore del dolore sulla scala è 1 o 2, in modo da lasciare una certa soglia di dolore residuo, che non dà fastidio, ma che costituisce comunque un avvertimento sulla sua presenza.

Questa tecnica può essere appresa facilmente anche dal cliente, che può usarla per conto suo, come qualunque altra tecnica auto-ipnotica.

La terapia di gruppo

Uno degli obiettivi principali della psicoterapia di gruppo è quello di mettere in condizione i pazienti di riconoscere il proprio disturbo come sintomo sia di natura somatica che psichica. Il lavoro di gruppo, che spesso viene considerato

un intervento di sostegno e di appoggio, è finalizzato alla ricerca di modalità di adattamento che permettano al paziente una convivenza più serena con il dolore, grazie al sostegno, all'incoraggiamento reciproco e al clima di fiducia che si instaura a partire dalla condivisione dello stesso tipo di esperienza fisica e alla comunicazione di essa agli altri membri (Panerai e Varrassi, 2004).

La psicoterapia di gruppo combina modelli di terapia psicodinamica, cognitiva e comportamentale, anche se vengono esaltate le funzioni di supporto del gruppo e di identificazione tra pari che provocano e rinforzano l'instaurarsi di cambiamenti adattivi. La forza del gruppo non deriva dall'osservare quest'ultimo, ma dall'essere nel gruppo (Cattani e Fasolo, 1988). Nel gruppo il sintomo non viene annullato, ma posto all'interno di uno spazio simbolico in cui vi è condivisione e ricerca di sostegno tra pari; in questo modo il gruppo viene percepito come base sicura che favorisce la crescita (Cattani e Fasolo, 1988).

Nelle esperienze di gruppo si tende a fornire al paziente gli strumenti per imparare a sentire il corpo che cambia e familiarizzare con le reazioni emotive attraverso la loro espressione; nel gruppo si tende a costruire, con pazienza, il ponte tra linguaggio del corpo e il linguaggio delle parole.

La terapia familiare

Come già accennato "il dolore cronico comporta spesso alterazioni funzionali sulla persona che ne è affetta con coinvolgimento indiretto di tutta la famiglia del malato. Per questo spesso è bene coinvolgere nel trattamento anche i familiari del paziente" (Panerai e Varrassi, 2004).

Nella terapia familiare, il terapeuta che segue la famiglia ha il compito di far emergere le risorse, favorire una comunicazione funzionale fra i membri bloccando i possibili meccanismi di rinforzo negativo (Panerai e Varrassi, 2004). La famiglia ha la funzione di sostenere il paziente nel difficile compito di ridimensionare i tentativi di negazione della malattia e la dipendenza dai famigliari.

In ogni famiglia esiste una tendenza all'omeostasi: la malattia di un membro della famiglia potrebbe generare o mantenere un equilibrio disfunzionale, con forti ricadute sulla sintomatologia e sul comportamento di malattia

del paziente. Questo tipo di psicoterapia opera nel qui e ora, nel tentativo di comprendere le problematiche attuali che coinvolgono la famiglia, in questo focalizzandosi più sulla comunicazione che sull' introspezione.

Concludendo il dolore rappresenta una tra le manifestazioni più importanti della malattia che non deve essere sopportato stoicamente, ma deve essere preso in carica da personale specializzato e multidisciplinare. Proprio per questo la psicologia, insieme ad altre figure professionali, può e in effetti rappresenta un valido aiuto per il controllo del dolore.

Riferimenti bibliografici

- Panerai A., Verrassi G. (2004) *Terapia del dolore*
- Bovero A., Zaina E., Trota R. *Aspetti biopsicosocioculturali del dolore sulle esperienze cliniche e psicoterapeutiche con paziente oncologico*
- De Nicola, A. (1999) *La visita del paziente con dolore. La raccolta dei dati anamnestici.*
- Molinari E., Castelnuovo G. (2010) *Psicologia clinica del dolore*, Springer-Verlag Italia srl, Milano
- Fanelli G., Gensini G., Canonico P.L., Delle Fave G., Aprile P.L., Mandelli A., Nicolosi G., (2012) *Dolore in Italia, Analisi della situazione. Proposte operative, recenti progressi in medicina*
- Mariconti P., Lazarin F. *Il dolore e la psicoterapia ipnotica*
- Notaro P. (2012) *Dolore cronico, dolore inutile*
- Torta RG .(2010), Munari J *Symptom cluster: depression and pain.surgl*

IL CORPO NELL'INCONTRO TERAPEUTICO. UNA RIFLESSIONE COMPARATA TRA FILOSOFIA DELLA MENTE, SCIENZE COGNITIVE E AMBITO CLINICO

di Lapo Conti

psicologo psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Comparata

Mai come in questo periodo storico-culturale la riflessione clinica sul ruolo del corpo è stata così centrale in campo psicologico.

Nello spazio terapeutico il corpo, che tradizionalmente è stato considerato solo in relazione al sintomo, acquista significato di veicolo e moderatore di messaggi, di canale espressivo privilegiato, nonché di attore nella costruzione di un'esperienza condivisa; la relazione terapeutica non è più intesa come l'incontro di due menti, ma come l'incontro di due mondi - menti sostanziate da un corpo - in cui la dimensione intersoggettiva della coscienza è lo spazio in cui si muove il lavoro clinico.

La questione mente-corpo

Quando si affronta il concetto di corpo, qualunque riflessione affonda necessariamente le proprie radici nel secolare dibattito sulla questione mente-corpo. Volendo evitare divagazioni, una premessa a riguardo appare comunque necessaria.

Nella storia del pensiero occidentale la questione dell'intangibilità è sempre stata al centro delle riflessioni di filosofi e scienziati; si è dibattuto intorno ai concetti di anima, spirito e mente, nel tentativo di trovare loro una collocazione nell'esperienza umana. L'abbandono della metafisica intorno all'anima e la conseguente nascita di una psicologia empirica, da un lato, e di una logica trascendentale, dall'altro, introduce

distintamente il concetto di mente: una mente contemplativa, intesa come localizzazione del processo di conoscenza, un processo totalmente interno che si fonda sull'elaborazione di idee e rappresentazioni mentali e che ha come oggetto tali idee e rappresentazioni (mente disincarnata). Con l'affermarsi delle scienze positive e del metodo scientifico la mente, in quanto fenomeno considerato non fisico e quindi non oggettivabile, è stata rilegata nell'ambito della riflessione filosofica e la ricerca scientifica ha preferito rivolgere l'attenzione ai derivati manifesti e tangibili dell'attività mentale. Questo percorso, naturalmente non è stato così lineare; lo stesso concetto di "mente disincarnata" che considera la conoscenza come trascendente dalla realtà ha avuto molti detrattori, tra cui la corrente fenomenologica con il suo principio di soggettività sensoriale e il concetto husserliano di *hyle* (Husserl E., 1913) e più recentemente le scienze cognitive con lo studio fisico del cervello. In ogni epoca il contraddittorio è sempre stato presente; rispetto al dualismo cartesiano, che è forse stata la corrente che più decisamente ha sostenuto una netta separazione tra mentale e fisico, ponendosi così come base epistemologica della ricerca scientifica positiva, e a tutte le sue evoluzioni, molte correnti di pensiero hanno rivisto la questione della mente, sostenendo posizioni più o meno distanti. Vogliamo rimandare ad altri per un excursus approfondito riguardo l'evoluzione della filosofia della mente (vedi ad es. Materassi e Visi, 2014), ma è ormai da più di un secolo che la

mente, la coscienza e quei processi intangibili caratteristici degli individui umani sono stati ripensati in stretta relazione con l'esperienza umana nel mondo. Questa considerazione ha portato con sé la necessità di ripensare anche il ruolo del corpo nel rapporto tra esperienza e processi mentali.

Vogliamo qui aprire una parentesi, perché è necessario chiarire cosa si intende con il termine “corpo”: tra le correnti di pensiero che analizzeremo e tra le varie discipline di cui tratteremo, questo termine viene utilizzato per rappresentare concetti diversi. In questo lavoro cercheremo di intendere il “corpo” nel senso più completo possibile, come **essenza tangibile dell'individualità**, concetto che verrà declinato nei termini di “corpo fisico”, “carnalità” o strutture cerebrali, a seconda della prospettiva che analizzeremo.

Il corpo tra realtà e processi mentali

Nella direzione dello studio del corpo nel rapporto tra esperienza e processi di pensiero, si sono mosse le scienze cognitive di prima generazione, che si sono divise tra il tentativo di attenersi al concetto di “scientificità” cercando di spiegare oggettivamente l'esistenza degli stati mentali attraverso la descrizione approfondita del funzionamento cerebrale e delle basi neuronali dei processi mentali da una parte, e l'utilizzo dell'introspezione dall'altra.

Per quanto riguarda la descrizione del funzionamento neuronale, a nostro avviso e con un'estremizzazione esemplificativa, potremmo dire che tale tentativo di spiegare i processi mentali, attraverso il solo studio dei processi neuronali, è paragonabile al tentativo di spiegare la sensazione di familiarità e calore che proviamo entrando nella nostra casa attraverso l'approfondimento del processo di costruzione dell'edificio, studiando i materiali di cui è composta, il progetto o le tecniche costruttive impiegate: evidentemente stiamo sovrapponendo due livelli diversi. Il limite consiste nell'accostare in questi termini il “corpo-cervello”, con le sue leggi causali e la sua misurabilità, al “mentale”, con la sua soggettività e l'intangibilità dei suoi contenuti; in altre parole questo limite risiede nel fatto che, nonostante uno stato mentale abbia basi fisiologiche e

un'efficacia causale sul comportamento, a causa della sua soggettività intrinseca, non può essere ridotto a un'essenza tangibile (Searle J. R., 2004). Anche le ricerche effettuate attraverso l'introspezione cosciente, con il loro tentativo di “oggettivare la soggettività”, hanno incontrato alcune critiche; tra tutti possiamo citare nuovamente Searle che ha ben descritto la natura della coscienza introducendo il concetto di “*ontologia di prima persona*”. Secondo il filosofo uno stato mentale, per esistere, deve essere *di qualcuno* e di conseguenza la coscienza ha senso solo dal punto di vista soggettivo; per questo, con l'introspezione, non è possibile esaminare la coscienza nella sua essenza, ma solo osservarne il suo derivato: “*Qualunque introspezione di un proprio stato cosciente è infatti, a sua volta, uno stato cosciente.*” (Searle J. R., 1992).

Allargando la prospettiva di questo concetto il filosofo afferma inoltre che: “*Il moderno modello di realtà, per il tipo di relazioni che in esso si stabiliscono tra realtà ed osservatore, non è in grado di fare i conti con la soggettività.*” (cit.).

A nostro avviso le critiche alla prima generazione delle scienze cognitive, il cosiddetto cognitivismo razionalista, possono essere riassunte e concentrate verso quella concezione dell'individuo che lo vuole come un osservatore distaccato che cerca di comprendere il mondo e gli altri individui da una posizione di terza persona, così come verso la concezione del corpo inteso riduttivamente come organismo biologico che svolge passivamente le proprie funzioni, anziché come mezzo di conoscenza.

L'uomo è attore nel mondo, *fa* esperienza delle cose, non si limita a registrarla; di conseguenza la cognizione va riconsiderata non come una speculazione mentale, ma come un'attività situata nella relazione con un contesto. Questa idea è alla base della concezione di una mente “**incarnata**” ed “**enattiva**”, come proposta da Maturana e Varela (1987) e da Varela, Thompson e Rosch (1991). Secondo questa concezione l'elemento fondante della cognizione è l'accoppiamento senso-motorio tra organismo e ambiente: “*Il pensiero dipende dalle esperienze che provengono dall'avere un corpo con svariate capacità sensomotorie.*” (Varela et al., 1991).

Già nell'atto percettivo, gli oggetti sono elementi che ci offrono possibilità di interazione; da questa relazione consegue che l'essenza significativa del proprio corpo non risiede nella

sua costituzione fisica, ma nel suo rapporto con l'ambiente; *“Il significato delle mie mani non è nella loro struttura scheletrica, muscolare e nervosa, ma è negli oggetti che riesco ad afferrare e in quelli che mi sfuggono.”* (Galimberti U., 1983).

A ciò va aggiunto che tutti gli oggetti di esperienza hanno una connotazione rispetto ai bisogni e alla condizione affettiva dell'individuo: ciò che risulta attrattivo per qualcuno, può essere minaccioso per qualcun altro, un oggetto interessante per una persona può essere insignificante per un'altra; di conseguenza non percepiamo il mondo in maniera oggettiva e distaccata, ma è l'esperienza soggettiva che influenza la comprensione della realtà secondo un principio di autoreferenzialità (Guidano V.F., 1997). In altre parole, si intende che il significato non sta nelle cose, come fosse un'etichetta da interpretare secondo regole simboliche, ma si costruisce nella relazione che instauriamo con gli oggetti del mondo.

Il corpo riconquista così valore nella sua soggettività e nel suo rapporto con la realtà; precursore di questa concezione è stato Merleau-Ponty, che molto chiaramente aveva espresso questo concetto: *“Il corpo proprio è nel mondo come il cuore nell'organismo: mantiene continuamente in vita lo spettacolo del visibile, lo anima e lo alimenta internamente, forma con esso un sistema.”* (Merleau-Ponty M., 1945).

Riconsiderare il ruolo cognitivo dell'azione, come suggerito da Pierce (in Massimo e Bonfantini (a cura di), 2003), porta con sé la necessità di prescindere dalle tradizionali categorie di mente e materia o di immanenza e trascendenza, concentrandosi sulla relazione tra soggetto conoscente e realtà. La mente acquista così una connotazione dinamica, come sistema immerso nel mondo e come processo dipendente dall'interazione tra corpo e realtà esterna, piuttosto che essere considerata il rispecchiamento di una realtà esterna oggettiva localizzato dentro la testa; la manipolazione di simboli non risulta più fondante, come voleva la tradizione cognitivista, ma rappresenta solo il linguaggio del mentale.

In questa direzione si sono mosse le scienze cognitive di seconda generazione, che negli ultimi venti anni hanno iniziato a studiare, attraverso gli strumenti delle neuroscienze, la cognizione come azione in relazione con il mondo. Uno tra i primi è stato Damasio,

affermando che avere una mente significa sentire e sentire vuol dire percepire noi stessi, in quanto organismi, in interazione col mondo; la mente, secondo lui, non è da identificare con il solo cervello, ma dipende dall'interazione tra corpo (con le sue funzioni senso-motorie) e cervello (Damasio A., 2003). Ma è con la scoperta dei neuroni-specchio che è stato possibile descrivere le basi neurali del ruolo cognitivo dell'agire nella relazione con l'ambiente. Tralasciando in questo lavoro un approfondimento di questi studi (vedi ad es. Rizzolati e Sinigaglia, 2006), preme sottolineare alcuni aspetti di questa scoperta: con lo studio di questi sistemi neurali, è stato dimostrato come, fin dalla nascita, il riconoscimento degli altri, delle loro azioni e perfino delle loro intenzioni, dipenda in prima istanza dal nostro patrimonio motorio: la cognizione appare così legata profondamente agli aspetti dinamici dell'agire nel mondo. Potremmo allora ragionevolmente affermare che i processi mentali nascono dall'interazione tra corpo e ambiente che avviene nel cervello riguardo i percetti che ci giungono dal mondo. A nostro avviso, però, c'è di più: è riduttivo intendere questa interazione solo come lo sguardo verso un oggetto o come la sua manipolazione; il nostro contesto è fatto primariamente di relazioni e nella nostra vita non siamo chiamati solo ad esplorare oggetti, ma ad abitare spazi relazionali.

Corpo e mente nell'intersoggettività

La capacità di muoverci e orientarci nello spazio che ci circonda e di afferrare le azioni e intenzioni altrui costituisce la base affinché il nostro mondo, in quanto sociale, possa essere “abitabile”. Ciò è possibile perché, nell'interazione, il nostro cervello *“determina uno spazio d'azione condiviso”* (cit.), una “sintonia intenzionale”, che risulta fondamentale *“per l'insorgere di quel terreno di esperienza comune che è all'origine della nostra capacità di agire come soggetti non soltanto individuali ma anche e soprattutto sociali.”* (cit.).

Queste considerazioni gettano le basi per nuove considerazioni sul concetto di intersoggettività; con le parole di Gallese: *“Percepire un'azione – e comprenderne il significato – equivale a simularla internamente (...). E' quindi esclusivamente la relazione*

agente-oggetto a evocare l'attivazione dei neuroni-specchio (...). Attraverso la simulazione incarnata il corpo proprio diviene l'origine della funzione costitutiva e genetica dell'intersoggettività." (Gallese V., 2006).

Come esposto fin qui e soprattutto come dimostrano decenni di studi sulle teorie dell'attaccamento, gli individui, fin dalla nascita, sono predisposti ad attribuire significati nel contesto delle relazioni; ne consegue che la realtà è dunque costruita attraverso processi non individuali e soggettivi, ma co-costruiti e intersoggettivi. La mente allora acquista la valenza di "mente relazionale", come definita da Siegel: è il prodotto delle interazioni tra esperienze interpersonali e strutture e funzioni cerebrali; in altre parole, emerge dall'attività del cervello che è funzione di strutture influenzate direttamente dalle esperienze interpersonali (Siegel D., 1999). Grazie a numerosi studi, questo autore ha dimostrato tale correlazione tra lo sviluppo strutturale e funzionale del cervello e le esperienze relazionali. Egli afferma: *"Le esperienze possono svolgere un ruolo importante nel determinare non solo quali informazioni arrivano alla mente, ma anche le modalità con cui la mente sviluppa la capacità di elaborare tali informazioni."* (cit.).

E aggiunge: *"Il cervello è funzionalmente legato ad altri cervelli. (...). I nostri rapporti con gli altri hanno un'influenza fondamentale sul nostro cervello: i circuiti che mediano le esperienze sociali sono infatti strettamente correlati a quelli responsabili dell'integrazione dei processi che controllano l'attribuzione di significati, la regolazione delle funzioni dell'organismo, la modulazione delle emozioni, l'organizzazione della memoria e la capacità di comunicazione."* (cit.).

Approfondendo questa visione olistica, possiamo rintracciare nell'opera di Siegel un tentativo di descrivere il nesso tra cervello e mente, quel nesso che fin qui è sembrato indefinibile: studiando i pattern di eccitazione neuronale, si è trovata la corrispondenza con codici contenenti informazioni che causano il verificarsi nel cervello di eventi; questi eventi sono descrivibili a loro volta come pattern di attivazione che contengono numerose informazioni. Per Siegel: *"L'elaborazione di questi codici o simboli – l'essenza dell'elaborazione delle informazioni – si basa sulle loro caratteristiche rappresentazionali e causali, e questa reazione a catena di simboli ed eventi dà origine a "processi cognitivi" (...). In altre parole, il cervello crea simboli i cui effetti sono essi stessi simbolici – contengono informazioni."* (cit.).

Queste rappresentazioni mentali sono "informazioni sulla mente nella mente" e sono il derivato delle esperienze soggettive che l'individuo fa degli altri e con gli altri; a nostro avviso è questa simbolizzazione a rappresentare la via attraverso cui approfondire la relazione cervello-processi mentali. A questo proposito e in un'ottica di comparazione, appaiono interessanti anche gli studi di Fonagy e Target che descrivono come la componente relazionale influenzi questo processo di simbolizzazione. Secondo gli autori, i processi che consentono la riflessione sugli stati della mente, propria e altrui, prendono origine e sono alimentati da relazioni di attaccamento; la percezione degli stati mentali nel bambino si sviluppa nella relazione con il caregiver attraverso la *condivisione della mentalizzazione*. Questo è ciò che rende gli stati mentali intrinsecamente intersoggettivi. (Fonagy e Target, 2001). Se a ciò si aggiunge che le strutture cerebrali (corteccia orbito-frontale) deputate all'integrazione di diversi aspetti della nostra esperienza, tra cui le relazioni sociali, la valutazione dei significati, la coscienza autoetica e la regolazione delle emozioni, mantengono un'elevata plasticità anche in età adulta (Siegel D., 1999), appare chiaro che stabilire con gli altri forme di comunicazione intime e dirette che permettono l'instaurarsi di stati di sintonizzazione affettiva e di risonanza mentale, ci aiuta a organizzare i nostri processi di pensiero nel corso dell'intera vita.

Il corpo come *presenza* nel mondo

Torniamo a ciò che rappresenta il corpo nella nostra esperienza del mondo. Fin qui abbiamo dimostrato come il corpo sia attore del nostro esperire il mondo, oltre che mero canale di tale processo; ma come possiamo, da questo, giungere a una conclusione su come i processi mentali vengano influenzati da questa stretta relazione tra corpo e realtà? Come visto, il primo assunto della concezione di una mente incarnata sostiene che le percezioni senso-motorie costituiscono il livello base dell'esperienza; se consideriamo che per gli individui umani l'esperienza è una costruzione di senso, possiamo affermare, secondo quello che è stato definito "principio di bidirezionalità della teoria dell'incarnazione" (Niedenthal et al., 2005), che

il movimento e le interazioni corporee influiscono retroattivamente sul livello fenomenale, cognitivo ed emotivo, intesi come processi di attribuzione di significati (Galbusera e Fuchs, 2013). In questo senso possiamo affermare che il mondo non è ciò che pensiamo: è il nostro vivere nel mondo che plasma e influenza il nostro pensiero, un “vivere” non inteso come percorso di un corpo organico (*korper*), ma come abitare la realtà da parte di un “corpo vivente in un mondo” (*leib*); con le parole di Galimberti: “*Abitare non è conoscere, è sentirsi a casa, ospitati da uno spazio che non ci ignora, tra cose che dicono il nostro vissuto (...). Proprio perché abitiamo il mondo siamo introdotti nella sua verità, che non è mai al di là di ciò che percepiamo.*” (Galimberti U., 1983).

E' proprio in questo senso che l'autore introduce il concetto di **presenza**: il corpo è *presenza* nel mondo poiché realizza la coincidenza tra chi indaga e chi è indagato, tra mezzo e fine. Il corpo rappresenta l'essenza stessa dell'esistenza: “*Non posso dire che lo sguardo vede qualcosa per me o che il braccio si protende per afferrare qualcosa per me. Sono infatti io questo sguardo che ispeziona, così come sono io questo braccio che afferra. L'io, cioè, non si distingue dal corpo, non dispiega una presenza in cui il corpo compare come strumento. Io sono davanti al mondo, non davanti al mio corpo (...). Il corpo sottende la presenza, la dispiega.*” (cit.).

Se quindi l'individuo non è un mero osservatore del mondo, ma ne è **testimone**, un comportamento umano, dotato di *significato*, non è certo assimilabile al movimento delle cose naturali, che rappresenta solo un *fatto*, perchè un fatto spogliato del suo significato è per definizione non psichico, in-umano; ne consegue che dobbiamo considerare lo statuto dell'uomo diverso dallo statuto delle cose (cit.). Queste considerazioni su fatti e significati acquistano ancor più valore in ambito clinico: “*Perché acquisti significato è necessario che questo organismo si costituisca come una presenza al mondo, e allora il disequilibrio delle sue funzioni non sarà più un fatto biologico, ma assumerà il significato psicologico di un'esistenza che vive una dimensione d'essere in tutto ciò che non può fare, osare, intraprendere.*” (cit.).

Riflessioni in ambito clinico

Si è sempre considerato l'incontro terapeutico dal punto di vista mentale ed emotivo, mentre

l'aspetto di presenza fisica è stato principalmente considerato solo riguardo ad aspetti relativi ai limiti del setting o a specifiche tecniche; eppure, come abbiamo visto, il corpo rappresenta il nesso tra esperienza del mondo e stati mentali, nesso che a nostro avviso rappresenta pienamente l'oggetto del lavoro terapeutico.

Volendo declinare quanto detto in questo lavoro nell'ambito del lavoro clinico, per prima cosa è necessario considerare un assunto che può apparire banale: la psicoterapia si fonda sull'**interazione**, sia che consideriamo il terapeuta solo come veicolo o catalizzatore del pensiero e dell'emotività del paziente, sia che lo consideriamo come soggetto attivo nella relazione; questa interazione avviene tra due **presenze** nel qui-ed-ora della seduta: potremmo perciò definirla “**con-presenza**”.

Se come fatto fin qui consideriamo il corpo come tramite delle relazioni, sia primarie che mature, lo possiamo definire anche nei termini di **storia incarnata** dell'individuo (Mauri D., 2014). Ne consegue che la comprensione dell'altro che emerge dall'interazione istante per istante non è esclusivamente cognitiva, ma profondamente **incarnata**: “*La carne esprime l'esistenza come le parole il pensiero (...). Il corpo è la trama in cui i fili dell'esistenza e quelli della carne si raccolgono per esprimere quell'unico senso che poi la presenza rivela.*” (Galimberti U., 1983).

Come visto, in quanto esseri umani, diamo senso alla nostra esperienza nel mondo e alle nostre relazioni inter-agendo in esse, attraverso il nostro corpo; così, come la cognizione non è solo nel cervello, la psicoterapia non è solo nelle parole (Galbusera e Fuchs, 2013). Questa considerazione non è da intendersi riduttivamente come conferimento di un primato agli aspetti comunicativi non verbali o agli aspetti corporei (tecniche corporee, contatto fisico, etc.), rispetto agli aspetti verbali della terapia, ma come consapevolezza che il nostro essere si dispiega nella *con-presenza* nel qui-ed-ora della relazione con l'altro. E' in questa consapevolezza - che l'incontro terapeutico si realizza nella *con-presenza* di due sistemi mente-corpo - che possiamo sperimentare un nuovo modo di abitare lo spazio terapeutico.

Il fine di una terapia può essere inteso nei termini di trovare una via per riorganizzare i processi di pensiero, in modo che risultino più funzionali al benessere psichico. Per fare ciò, abbiamo visto,

è necessaria una sintonizzazione e una risonanza, che sono sì affettive e mentali, ma che nascono e si dispiegano necessariamente in forma incarnata.

A nostro avviso è in questi termini che il corpo, che finora è stato strumento di lavoro imprescindibile solo per quegli approcci terapeutici orientati all'utilizzo di un linguaggio analogico, acquista anche all'interno delle "terapie verbali" una sua dignità e un ruolo importante, divenendo, da ospite scomodo, protagonista della relazione.

Riferimenti bibliografici

- Bateson, G. (1976). *Mente e Natura. Un'unità necessaria*. Milano: Adelphi (1995).
- Berti, A. (2010). *Neuropsicologia della coscienza*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Carlotti, E. (2014). *Il corpo in psicoterapia nella seconda cibernetica. Verso un approccio integrato*. Cambia-Menti, 2.
- Cellucci, C. (2005). *Mente incarnata e conoscenza*. In Canone, E. (a cura di), *Per una storia del concetto di mente*. Firenze: Olschki.
- Damasio, A.R. (1994). *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*. Milano: Adelphi (1995).
- Damasio, A.R. (2003). *Alla ricerca di Spinoza. Emozioni, sentimento e cervello*. Milano: Adelphi (2003).
- Fonagy, P., Target, M. (2001) in V. Lingiardi e M. Ammaniti (a cura di). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: R. Cortina.
- Fedida, P. (1992). *Crisi e controtrasfert*. Roma. Borla (1997).
- Galbusera, L., Fuchs, T. (2013). *Comprensione incarnata: alla riscoperta del corpo dalle scienze cognitive alla psicoterapia*. In-Mind Italia V1-6.
- Galimberti U. (1983). *Il corpo*. Milano: Giangiacomo Feltrinelli.
- Gallese, V. (2006). *Corpo vivo, simulazione incarnata, intersoggettività. Una prospettiva neurofenomenologica*. in M. Cappuccio (a cura di). *Neurofenomenologia. Le scienze della mente e la sfida dell'esperienza cosciente*. Milano: B. Mondadori.
- Gallese, V., Migone, P., Eagle, M.N. (2006). *La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi*. Psicoterapia e scienze umane XL-3.
- Gallese, V. (2007). *Dai neuroni specchio alla consonanza intenzionale. Meccanismi neurofisiologici dell'intersoggettività*. Rivista di Psicoanalisi LIII-1.
- Galletta, S., De Luca, D., De Matteis, M. (2014). *Le Narrazioni del corpo. Verso un approccio sistemico integrante*. Cambia-Menti, 2.
- Guidano, V.F. (1997). *Il sé nel suo divenire*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Husserl, E. (1913). *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*. Torino: Einaudi (1965).
- Materassi, N., Visi, A. (2014). *Filosofia della mente, epistemologia e comparazione*. Quaderni di Psicoterapia Comparata, 3.
- Maturana, H., Varela, F. (1987). *L'albero della conoscenza*. Milano: Garzanti (1995).
- Mauri, D. (2014). *Il corpo consapevole: verso una relazione incarnata attraverso un processo di co-costruzione*. Cambia-Menti, 2.
- Morselli, G. (2013). *Fenomenologia, psicologia ed embodiment: a proposito di "Filosofia come scienza rigorosa" di Edmund Husserl*. Rivista internazionale di filosofia e psicologia, 4.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Fenomenologia della percezione*. Milano: Il Saggiatore (1972).
- Niedenthal, P.M., Barsalou, L., Winkielman, P., Krauth-Gruber, S., Ric, F. (2005). *Embodiment in attitudes, social perception, and emotion*. Personality and Social Psychology Review, 9.
- Pierce, C.S. (2003). *Opere*. in Massimo, A. Bonfantini, M. (a cura di). Milano: Bompiani.
- Rizzolatti, G., Sinigaglia, C. (2006). *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: R. Cortina.
- Sartre, J.P. (1943). *L'essere e il nulla*. Milano: Il Saggiatore (1965).
- Scuntaro, F. (2014). *Il corpo nella relazione terapeutica. Il punto di vista interculturale*. Cambia-Menti, 2.
- Searle, J.R. (1992). *La riscoperta della mente*. Torino: Bollati Boringhieri (1994).
- Searle, J.R. (2004). *La mente*. Milano: Cortina (2005).
- Siegel, D.J. (1999). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza intersoggettiva*. Milano: R. Cortina (2001).
- Varela, F., Thompson, E., Rosch, E. (1991). *La via di mezzo della conoscenza: le scienze cognitive alla prova dell'esperienza*. Milano: Feltrinelli (1992).

L'AUTOLESIONISMO

di Tabatha Fantoni

psicologo, Scuola di Psicoterapia Comparata

Autolesionismo significa causare, in modo intenzionale e ripetitivo, un danno al proprio corpo (senza intenzionalità suicidaria) al fine di trovare sollievo da una sofferenza emotiva.

Le modalità possono essere le più svariate: tagli (cutting), bruciature (burning), lividi, escoriazioni, strapparsi i capelli, ingerire veleni o oggetti.

Il tipo di lesione riscontrata più frequentemente è il cutting, che significa tagliarsi/lesionarsi la pelle con l'utilizzo di lamette o qualsiasi altro oggetto affilato (chiodi, forbici, coltelli, fermagli, pezzi di vetro).

Nel DSM-IV (APA, 1997) i comportamenti autolesionistici erano menzionati come uno dei criteri identificativi del Disturbo Borderline di Personalità (BPD). Sebbene alcune ricerche abbiano confermato l'esistenza di una forte relazione fra l'autolesionismo e questo disturbo di personalità (Klonsky, Oltmanns e Turkheimer, 2003; Stanley, Gameroff, Michalsen e Mann, 2001; Van der Kolk, Perry e Herman, 1991; Zlotnick, Mattia e Zimmerman, 1999), tali modalità comportamentali si riscontrano anche in altre categorie diagnostiche (ad esempio nei disturbi d'ansia, depressione, abuso di sostanze, disturbi alimentari, schizofrenia e altri disturbi di personalità). Inoltre, molti degli individui che manifestano ricorrenti atti autolesionistici non soddisfano totalmente i criteri per il Disturbo Borderline di Personalità.

Successivamente, nel DSM V (APA, 2014) è stata introdotta, all'interno delle "Condizioni che necessitano ulteriori studi" la categoria diagnostica di "Autolesività non suicidaria – ANS" (NSSI – not suicidal self injury). Secondo questa classificazione diagnostica l'individuo si infligge ripetutamente lesioni, superficiali ma dolorose, sulla superficie corporea spesso al fine

di ridurre emozioni negative (tensione, ansia, auto rimprovero) oppure per risolvere una difficoltà interpersonale.

L'autolesionista riferisce spesso una sensazione immediata di sollievo che ha durante il verificarsi del processo; inoltre, se l'atto autolesivo si verifica frequentemente rischia di assumere le caratteristiche di una dipendenza (pertanto le lesioni diventano sempre più numerose e profonde).

L'autolesionismo oggi è un fenomeno che assume proporzioni tali da considerarsi un vero e proprio problema sociale. È sempre più diffuso tra gli adolescenti (periodo in cui spesso comincia a presentarsi) ed i giovani adulti.

Le stime di questo fenomeno però variano molto poiché nella maggior parte dei casi gli atti di autolesionismo e le ferite conseguenziali non comportano la necessità di un ricovero. Solitamente, quando si arriva al ricovero l'atto autolesionista più frequente è l'auto-avvelenamento. Pertanto, tenendo presente che l'atto più comune è, come abbiamo precedentemente detto, il cutting, si ipotizza una sottostima degli atti autolesionistici (soprattutto tra gli adolescenti).

La comorbidità

Le condotte autolesive correlano con maggiore impulsività, uso di sostanze e alcool, tentativi suicidari, disturbi di personalità, disturbi alimentari, disturbi dell'umore, abuso sessuale, esperienze dissociative (Ostruzzi, Pozzato, 2009).

L'incidenza dell'autolesionismo è più elevata tra la popolazione psichiatrica, in particolare tra i soggetti affetti da disturbi dell'umore e/o disturbi d'ansia e nelle persone caratterizzate da alti livelli di disregolazione emotiva (Klonsky,

2007). Inoltre l'autolesionismo in adolescenza è associato con depressione, stress, ansia, disturbi della condotta e abuso di sostanze (Nock et al., 2006), e con relazioni familiari disfunzionali, isolamento sociale e basso rendimento scolastico (Fliege et al., 2009).

In questi soggetti vi è una elevata frequenza di disturbo dell'immagine corporea e di disturbo di personalità.

Nei soggetti borderline i comportamenti autolesionistici sono estremamente frequenti (75-90%) e possono essere intensi (Winston, 2000); inoltre, si associano anche a disturbi internalizzanti (specialmente disturbi affettivi, ma anche sintomi ansiosi e somatoformi) (Haw et al., 2001) accompagnandosi spesso a episodi di dissociazione (Gratz, Conrad, Roemer, 2002).

Le funzioni dell'autolesionismo

Il corpo è diventato un mezzo per comunicare le proprie emozioni, appartenenze, ideologie, ansie. È come se fosse un foglio su cui disegnare la propria sofferenza: la sofferenza psicologica diventa a volte talmente intensa che, non avendo parole adatte a descriverla, l'unico modo per non esserne schiacciati è esprimerla attraverso il corpo (Ostruzzi e Pozzato, 2009).

L'autolesionismo può avere la funzione di una punizione autoinflitta oppure quella del mostrare agli altri, attraverso delle evidenze fisiche, la propria sofferenza interiore, il proprio disagio (Klonsky, 2007).

Chi si taglia o si brucia però, è raro che lo faccia davanti ad altre persone e il più delle volte cerca di tenere nascosto questo comportamento, perché se ne vergogna.

La funzione più frequente dell'autolesionismo, infatti, risulta essere quella di servire come regolazione emotiva.

Le difficoltà emotive vengono vissute, specialmente in adolescenza, con un'enfasi sul corpo (dalla somatizzazione, al procurarsi ferite, all'utilizzo sregolato del proprio corpo, alle condotte alimentari, sessuali e alle dipendenze), riportando una difficoltà ad entrare in contatto con le proprie emozioni, a livello sia corporeo che psicologico.

L'autolesionismo è descritto in letteratura come una sorta di strategia di coping che, per quanto disadattiva, viene utilizzata poiché aiuta a gestire

stati emotivi percepiti come non tollerabili e non gestibili. Permette di scappare da uno stato della mente percepito come insopportabile (Ostruzzi, Pozzato, 2009).

Gli adolescenti che compiono gesti autolesivi riportano che tale comportamento li distrae da pensieri non desiderati, da emozioni negative troppo intense da sopportare (rabbia, tristezza, solitudine). Dicono di farlo per sentirsi vivi, per sentirsi meglio, per avere sollievo da uno stato di confusione o tensione.

Così l'attenzione dal dolore mentale passa al dolore fisico e col farsi male la persona ha l'illusione di avere ripreso il controllo su se stessa e di aver trovato un sollievo... perché dopo il dolore c'è il sollievo. Il dolore aiuta a recuperare il contatto con se stessi, a dare la sensazione di essere in grado di controllare, se non la propria vita, almeno il proprio corpo.

Si potrebbe dire che la messa in atto di comportamenti autolesivi sia un tramutare in sofferenza fisica (quindi più reale e più facilmente gestibile) una sofferenza emozionale che non si sa come gestire: per un po' ci si occupa solo del dolore fisico, distogliendosi temporaneamente da quello interiore. L'infliggersi dolore, la vista del proprio sangue, consentono di avere una prova tangibile che la propria sofferenza è reale, che c'è qualcosa di concreto e visibile per cui provare dolore.

Per altri adolescenti tagliarsi è un modo per sentirsi vivi: meglio un dolore fisico che non sentire niente o sentirsi vuoti e inutili.

Sembra che mettere in atto condotte autolesive non solo riduca l'intensità dei vissuti negativi, ma produca anche emozioni positive ed è proprio questo aspetto uno dei fattori cruciali per mantenere nel tempo tali comportamenti (Andover e Morris, 2014).

Un punto di vista neuroscientifico

Dal punto di vista neuroscientifico, uno studio di Helmchen et al. del 2006 ha rilevato che le aree del cervello che codificano l'intensità del dolore (nell'insula e nella corteccia somatosensitiva secondaria S2) non differenziano tra stimoli dolorosi generati dal contesto esterno e quelli autoprodotti.

Durante l'autoproduzione di dolore, invece, la corteccia somatosensitiva primaria (S1) presenta una minore attivazione.

Alla luce di tali risultati, è possibile ipotizzare da un punto di vista psicologico che l'autolesionismo porti il corpo/la mente a preferire un dolore proveniente dall'interno, al fine di evitare un dolore più intenso proveniente dal mondo emotivo/relazionale. In questo modo, anche a livello fisiologico, emerge come l'evitare il contatto con le proprie emozioni, attraverso l'autoinfliggersi dolore, abbia un effetto meno doloroso rispetto al venire in contatto con le emozioni stesse (Marchetti, Cavalli, 2013).

L'autolesionismo, inoltre, sembra essere un modo per "aggiustare" i livelli di endorfine. Infatti, da un lato i soggetti che mettono in atto tali condotte presentano un decremento di beta-endorfine nel liquor (Stanley et al., 2010) dall'altro, come avviene in generale nella nocicezione, il dolore provocato da tali condotte causa un rilascio di endorfine, che distrae dai sentimenti spiacevoli e dalla loro mentalizzazione (Gratz, 2003).

Infine, le ricerche hanno evidenziato, utilizzando diverse metodologie, una disfunzione del sistema serotoninergico (bassa attività serotoninergica) nelle persone che compiono atti autolesivi (Herpertz, Sass e Favazza, 1997) che costituisce il correlato biologico dei comportamenti impulsivi e aggressivi. Quando si impedisce il riassorbimento della serotonina nel terminale presinaptico attraverso l'uso di farmaci (ottenendo più serotonina nella fessura sinaptica), si rileva un effetto di riduzione dell'aggressività in soggetti impulsivi con un disturbo di personalità (Coccaro, Kavoussi e Hauger, 1997).

Come lavorare con l'autolesionismo

Attualmente è ancora aperto il dibattito su quale sia il modo migliore per curare l'autolesionismo. A volte l'ospedalizzazione è il primo contatto con questi pazienti ed è un punto di partenza fondamentale per una corretta diagnosi e un corretto trattamento sia farmacologico (se necessario) che psicoterapico.

La farmacoterapia

La terapia farmacologica con antidepressivi comporta diversi rischi, tra i quali un aumento del rischio di suicidio nelle prime fasi dell'assunzione del farmaco (soprattutto nelle fasce di età più basse). Tuttavia, alcuni recenti studi mostrano che il beneficio ottenuto attraverso la somministrazione di antidepressivi inibitori selettivi del reuptake della serotonina possono superare i rischi che questa comporta. Gli ansiolitici in questo caso non sortiscono l'effetto desiderato e addirittura risultano controproducenti.

Numerosi studi sono stati fatti sul carbonato di litio che, tenendo conto dell'instabilità affettiva ed emotiva di questo disturbo, ne suppongono l'efficacia.

Uno studio di Gardner e Cowdry (1985) dimostra come l'uso della carbamazepina (anticonvulsivante) sia particolarmente efficace nei disturbi che implicano acting-out etero e autoaggressivi ma ha lo svantaggio di non avere effetti (o addirittura averne di negativi) sul tono dell'umore.

Inoltre, l'impiego della psicoterapia si è dimostrato più efficace rispetto al solo impiego dei farmaci e al tempo stesso appare potenziare l'effetto della terapia farmacologica (Cotugno, Benedetto, 1995).

La psicoterapia

È importante comprendere gli stati d'animo antecedenti all'agito autolesivo e aiutare il soggetto a cercare strategie comunicative diverse (Ostuzzi, Pozzato, 2009).

Spesso i trattamenti per i comportamenti autolesivi non sono specifici per queste condotte, ma sono degli adattamenti di trattamenti creati per condizioni correlate (come il Disturbo Borderline di Personalità o le tendenze suicidarie). Diverse tipologie di intervento (tra cui la Dialectical Behavior Therapy – DBT, la terapia di gruppo sulla regolazione delle emozioni, la psicoterapia dinamica, l'utilizzo di psicofarmaci) sembrano essere efficaci nel riuscire a ridurre le condotte autolesive.

Stando a quanto sostenuto nella ricerca condotta da Harrington & Saleem (2002), l'approccio

cognitivo - comportamentale sembra essere elitario per la progressiva riduzione ed anche per la prevenzione di sintomi autolesivi nei pazienti di Asse I. Questo perché la terapia cognitivo – comportamentale non solo pone attenzione sugli aspetti irrazionali e cognitivi dei pensieri negativi che precedono l'atto autolesivo, ma si compone anche di moduli prettamente comportamentali. Cerchiamo a questo punto di delineare brevemente la Dialectical Behaviour Therapy (DBT) di Marsha Linehan, una terapia ideata per il trattamento ambulatoriale di pazienti con disturbo borderline di personalità e con comportamenti suicidari cronici. Questa è stata la prima tecnica psicoterapica per i soggetti borderline sperimentata con successo in uno studio controllato e pubblicato (Linehan, 1993). Il modello DBT prevede, nello specifico, il ricorso a setting multipli di trattamento: individuale, gruppo di skill training (alla presenza di conduttore e co-conduttore), coaching telefonico e gestione del caso in équipe.

Secondo M. Linehan la partecipazione alla terapia individuale è un requisito fondamentale per il trattamento ed il terapeuta individuale si configura come il principale referente del paziente all'interno dell'équipe di lavoro; mentre la terapia di gruppo, dall'impronta maggiormente psicoeducativa, vi si affianca. Le procedure di skill-training vengono utilizzate nei casi in cui il paziente non possieda nel suo repertorio comportamentale le abilità necessarie per risolvere un problema (Linehan, 2011).

La maggior parte delle ricerche sul concetto di disregolazione emotiva e sulla sua implicazione nelle condotte autolesive non suicidarie trova una base proprio nella teoria di Marsha Linehan. Per vulnerabilità emotiva l'autrice intende che tali soggetti esperiscono le emozioni in modo più intenso, sono più suscettibili agli stimoli emotigeni (sia positivi che negativi) e ritornano più lentamente a uno stato affettivo di base (Linehan, 2011).

La regolazione emotiva richiede due capacità: l'abilità di sentire ed etichettare le emozioni provate e l'abilità di ridurre gli stimoli emotivamente rilevanti, che potrebbero causare la riattivazione di emozioni negative/positive oppure risposte emotive secondarie (Andover & Morris, 2014).

A tale proposito, Marsha Linehan teorizza che l'invalidazione precoce da parte del proprio

ambiente di crescita, ("l'ambiente invalidante"), può far sì che il bambino non sia in grado di apprendere strategie funzionali di coping finalizzate al riconoscimento e alla conseguente regolazione delle emozioni, o apprenda strategie inadeguate. Di conseguenza, forti evidenze empiriche vanno a sostegno degli interventi (come appunto la DBT) che hanno come specifico focus il miglioramento delle abilità di regolazione emotiva (Linehan, 1993).

Tra i principali obiettivi della regolazione emotiva troviamo:

- Il conoscere, denominare e discriminare le varie emozioni
- L'inibire comportamenti inappropriati legati a forti impulsi negativi o positivi
- Lo smorzare le risposte fisiologiche indotte da intense esperienze emotive
- Il rifocalizzare l'attenzione
- Il riorganizzarsi in vista di un'azione coordinata al conseguimento di uno scopo esterno

Con il tempo la DBT si è dimostrata efficace per la riduzione di: comportamenti impulsivi, agiti autolesivi, drop – out, ospedalizzazioni, burn-out degli operatori. In parallelo questa tecnica incrementa le abilità psicosociali, aumenta la motivazione al cambiamento e soprattutto sostiene il terapeuta nell'affrontare, con strumenti definiti, i problemi dei pazienti (Linehan, 2011).

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association (1997). *DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson.

American Psychiatric Association (2014). *DSM-V Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Cortina Raffaello.

[Andover, M.S.](#) e [Morris, B.W.](#) (2014). Expanding and clarifying the role of emotion regulation in nonsuicidal self-injury. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), pp.569-575.

Coccaro, E.F., Kavoussi, R.J. e Hauger, R.L. (1997). Serotonin Function and Aggressive Response to Fluoxetine: A Pilot Study. *Biological Psychiatry*, 42(7), pp. 546-552.

Cotugno, A. e Benedetto, A.M. (1995). *Il paziente borderline. Introduzione clinica alla "patologia marginale"*. Milano: Franco Angeli.

- [Fliege, H.](#), [Lee, J.R.](#), Grimm, A. e Klapp, B.F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(6), pp. 477-493.
- Gardner, D.L. e Cowdry, R.W. (1985). Alprazolam-induced dyscontrol in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142, 98-100.
- Gratz, K.L. (2003). Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), pp. 192-205.
- Gratz, K.L., Conrad, S.D. e Roemer, L. (2002). Risk Factors for Deliberate Self-harm Among College Students. *American Journal of Ortho-psychiatry*, 72(1), pp. 128-140.
- Harrington, R. e Saleem, Y. (2002). *Impiego della Terapia Cognitivo Comportamentale nella prevenzione degli atti di autolesionismo nell'adolescenza*. Pendlebury, Manchester, UK: University Department of Child Psychiatry, Royal Manchester Children's Hospital.
- Helmchen, C., Mohr, C., Erdmann, C., Binkofski, F. e Buchel, C. (2006). Neural Activity Related to Self- versus Externally Generated Painful Stimuli Reveals Distinct Differences in the Lateral Pain System in a Parametric fMRI Study. *Human Brain Mapping*, 27(9), pp. 755-765.
- Herpertz, S., Sass, H. e Favazza, A. (1997). Impulsivity in Self-mutilative Behavior: Psychometric and Biological Findings. *Journal of Psychiatric Research*, 31(4), pp. 451-465.
- [Klonsky, E.D.](#) (2007). Non-suicidal self-injury: an introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), pp. 1039-1043.
- [Klonsky, E.D.](#), [Oltmanns, T.F.](#) e [Turkheimer, E.](#) (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), pp. 1501-1508.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M.M. (2011). *Trattamento cognitivo – comportamentale del disturbo borderline, Volume I - il modello dialettico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Marchetti, A. e Cavalli, G. (2013). Le difficoltà emotive nello sviluppo: il caso dell'alessitimia e dell'autolesionismo. Dalla ricerca psicologica e neuroscientifica alla psicoterapia. *Rivista internazionale di filosofia e psicologia*, 4(3), pp. 338-354.
- [Nock, M.K.](#), Joiner Jr, T.E., Gordon, K.H., [Lloyd-Richardson, E.](#) e [Prinstein, M.J.](#) (2006). Not-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), pp. 65-72.
- Ostuzzi, R. e Pozzato, M. (2009). Autolesionismo e disturbi di personalità. *M. D. Medicinae Doctor*, 5
- [Stanley, B.](#), [Gameroff, M.J.](#), [Michalsen, V.](#) e [Mann, J.J.](#) (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *The American Journal of Psychiatry*, 158(3), pp. 427-432.
- Stanley, B., Sher, L., Wilson, S., Ekman, R., Huang, Y. e Mann, J. (2010). Not-suicidal Self-injurious Behavior, Endogenous Opioids and Monoamine Neurotransmitters. *Journal of Affective Disorders*, 74(1-2), pp. 134-140.
- Van der Kolk, B.A., Perry, J.C. e Herman, J.L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 148, pp. 1665-1671.
- Winston, A.P. (2000). Recent Developments in Borderline Personality Disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(3), pp. 211-217.
- Zlotnick, C., Mattia, J.I. e Zimmerman, M. (1999). Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, pp. 296-301.

IL CORPO DEL TERAPEUTA: IL CONTROTRANSFERT SOMATICO

di Gian Piero Giampieri
psicologo, Scuola di Psicoterapia Comparata

Può la nostra vita interiore manifestarsi esternamente senza ricorrere al linguaggio, al punto da poter essere colta e compresa, in modo più o meno accurato, da un occhio esterno? Esiste una capacità intersoggettiva di trasportare significati da un individuo ad un altro utilizzando come veicolo, sia in fase di trasmissione che in quella di ricezione e decodifica, il corpo umano? Molti autori sembrano affermare l'esistenza di un tale trasferimento di significati, ma ciò che occorre comprendere è come avvenga e se questa possibilità sia utile durante una psicoterapia ed eventualmente per chi.

Il tentativo di definire questa modalità di trasferimento di significati, sembra essere andata di pari passo con l'evolversi del pensiero umano: già Nietzsche (1881), in *"Aurora"* scriveva che *"per comprendere l'altro, cioè per imitare i suoi sentimenti in noi stessi, noi ci mettiamo in una prospettiva di imitazione interna che in qualche modo fa sorgere, fa sgorgare dei sentimenti in noi analoghi, in virtù di un'antica associazione tra movimento e sensazione"*. Queste parole possono essere considerate a tutti gli effetti come la prima definizione di controtransfert e di quella particolarità modalità di quest'ultimo nota con il termine di controtransfert somatico.

Laplanche e Pontalis (1993, p.107), nella loro *"Enciclopedia della Psicoanalisi"* riportano, invece, per la voce *controtransfert* la seguente definizione: *"l'insieme delle reazioni inconsce dell'analista alla persona dell'analizzato e più propriamente al suo transfert"*; la definizione dei due studiosi francesi è quella ufficializzata dallo stesso Freud nel marzo del 1910, nel corso dei lavori del secondo Congresso Internazionale di Psicoanalisi, e segue di pochi mesi la prima comparsa del termine *controtransfert* (*Gegenübertragung*) avvenuta

durante la sua corrispondenza con Jung sugli sviluppi del caso di Sabina Spielrein. Freud (1966-1980 p.201) aggiungerà poi che *"l'analista deve saper riconoscere il controtransfert e padroneggiarlo"* poiché *"ogni psicoanalista può arrivare là dove glielo consentono i suoi complessi e le sue resistenze interne"*. Il controtransfert si instaurerebbe, dunque, quando nella seduta il paziente fa emergere contenuti che vanno a toccare i punti deboli, qualche conflitto inconscio non superato o i problemi non risolti dell'analista; in quanto tale, il controtransfert assumerebbe la valenza di una lacuna, di una macchia cieca dell'analista che ostacola l'analisi. L'idea della pericolosità del controtransfert si radica nella concezione che Freud ha dell'analista, intendendo quest'ultimo come elemento del tutto neutrale nella relazione: alcuni autori per illustrare tale posizione hanno utilizzato la metafora della funzione di specchio del terapeuta, altri hanno preferito quella della funzione di schermo bianco, ma al di là delle metafore sta il concetto di una relazione terapeutica unipersonale, imperniata intorno ad un unico centro costituito dal paziente.

A partire da queste prime definizioni, si è tentato a più riprese e da parte di una moltitudine di autori, sia di tradizione freudiana, sia di tradizione junghiana, di dirimere caratteristiche e criticità del costrutto, quali, per esempio, se il controtransfert tragga effettivamente origine dalle nevrosi del terapeuta, se coinvolga un contatto tra materiali inconsci dell'analizzando e dell'analista, oppure, infine, se e come e con quali modalità il controtransfert origini dai contenuti dell'analizzando e riesca ad entrare in relazione con gli aspetti dello psicoanalista. Questi approfondimenti hanno prodotto molto materiale, molte polemiche e, come spesso accade in questi casi, hanno fatto in modo che le

differenziazioni introdotte si traducessero in una classificazione del concetto stesso: Racker (1968), per esempio, facendo coincidere il controtransfert con l'identificazione, distingue tra un controtransfert nevrotico ed un controtransfert vero e proprio, con quest'ultimo che può manifestarsi in due differenti modalità, definite come concordante e complementare. Il controtransfert nevrotico indicherebbe l'insieme delle risposte potenziali dall'analista e assurgerebbe al compito di difendere parti non integrate o dissociate della realtà psichica di quest'ultimo e, dunque, coinciderebbe nelle modalità e nelle finalità, con quello identificato inizialmente da Freud (Gorkin 1997, p. 73). Con il controtransfert concordante, basato su meccanismi di proiezione e introiezione, il terapeuta si identificherebbe con l'Io e con l'Es del paziente, riuscendo ad avere conoscenza dei sentimenti del paziente; diverse le caratteristiche del controtransfert complementare, il quale consiste nella proiezione di oggetti buoni e cattivi del paziente sul terapeuta, identificando quest'ultimo con essi e agendo come se egli fosse un oggetto interno.

Samuels (1989, p.170), terapeuta di scuola junghiana, individua invece due tipi di controtransfert da lui denominati rispettivamente complementare e incarnato; per questo autore il primo avviene quando il terapeuta risponde ad uno stato d'animo del paziente che quest'ultimo non riconosce o non esprime in modo verbale, il secondo invece si attua quando il terapeuta impersona gli oggetti interni del paziente.

La mancanza di una caratterizzazione univoca, dopo più di un secolo di ricerche e lavori, resta comunque la caratteristica principale del costrutto; in questa diaspora di concettualizzazioni una visione storica, o se vogliamo più epistemologica, al di sopra dei contenuti clinici, fa comprendere come alcune difficoltà non risolte non facilitino una comprensione univoca del fenomeno.

Per esempio, esiste una sovrapposizione tra il controtransfert e la concettualizzazione di altre istanze; oltre l'introeiezione, come abbiamo già visto con Racker, c'è anche una parziale similitudine con l'identificazione proiettiva; allo stesso modo, il controtransfert concordante sembra coincidere con l'empatia, dal momento che quest'ultima è descritta da Shaefer (1959,

p.342) come *“uno stato riflessivo della mente nel quale lo stato affettivo dell'altro è momentaneamente sentito come uno proprio, mentre si è ancora consapevoli che non è uno proprio”*. Eagle (2000) su questo punto è ancora più radicale affermando che *“attualmente, nella letteratura controtransfert ed empatia risultano poco distinguibili”*, pur senza dimenticare che quest'ultima è ubiquitaria nella comunicazione umana ed è sempre e solo parziale, mai totale.

Ciò che sorprende ancora di più è che la nozione di controtransfert venga considerata da molti autori separatamente da quella transfert, con una modalità statica, che risulta essere l'evidente semplificazione di una realtà relazionale innegabile: una conseguenza di ciò è se sia possibile pensare anche il transfert come del tutto sganciabile dal terapeuta. Inoltre, qualora vengano collegati, è possibile ipotizzare il transfert come antecedente puro, legandolo al controtransfert da una catena causale semplice e unidirezionale? In altri termini, la questione che sembra non essere presa in considerazione è se il transfert del paziente non sia condizionato, a sua volta, in qualche modo, dal terapeuta; il trovarsi di fronte un terapeuta uomo o una donna, non provoca di fatto un differente tipo di transfert del paziente? Un sentimento di intensa rabbia transferale di una paziente contro il proprio padre, può essere agito se il terapeuta è una donna? Il rifiuto a riconoscere questa realtà multicausale e complessa, inevitabilmente sembra condurre ad una concezione sterile della realtà del rapporto terapeutico in due concezioni unipersonali inconciliabili tra loro: o è il paziente ad essere l'unico centro di analisi, o si instaura una nuova versione sempre di una psicologia unipersonale, con l'analista, anziché il paziente, ad essere visto come l'oggetto principale di attenzione. Kernberg (1965) dichiara infatti che *“gli ‘indizi’ critici generati dal terapeuta, che vengono assorbiti e metabolizzati dal paziente, generano il transfert”* attivando delle unità esistenti di relazioni oggettuali internalizzate.

In una prospettiva, per così dire, più relazionale, transfert e controtransfert non solo diventano i poli artificiali di un unico campo, al quale contribuiscono paziente e terapeuta in egual misura, ma addirittura passano in secondo piano rispetto alla relazione, alla persona reale; è in questa ottica che la Heimann (1950, p. 81), al di fuori della logica del controtransfert dovuto ai soli aspetti del terapeuta e alla logica del

controtransfert come risposta al transfert, riassume le sue riflessioni, parlando della risposta emotiva dell'analista come “*mezzo d'incontro*” tra i due protagonisti della situazione, con la sola differenza che il paziente è tra i due quello maggiormente dipendente in quanto richiedente aiuto. Il termine stesso di “*mezzo d'incontro*” può portare il concetto di controtransfert da un piano psicologico ad un piano più fenomenologico e in questo modo risulta facile accostare ad esso i concetti che Bachelard (1975, pp.11 -13), alla metà del secolo ventesimo, utilizzava per descrivere l'impatto tra una poesia e la persona che l'ascolta. Mutuando la sua analisi fenomenologica e sostituendo l'interazione tra poesia e persona con quella tra analizzando e terapeuta, la relazione di controtransfert verrebbe ad essere caratterizzabile con due modalità distinte: la risonanza ed il *retentissement*. Con la risonanza si ascolta il paziente, le sue parole si disperdono sui differenti piani della nostra vita; nel *retentissement* parliamo le parole del paziente, sembrano diventare nostre; esse si radicano in noi stessi e, sebbene non abbiamo fatto che accoglierle, abbiamo l'impressione che avremmo potuto crearle noi, che avremmo dovuto crearle noi. Esse diventano un essere nuovo del nostro linguaggio, sono al tempo stesso un divenire espressivo ed un divenire del nostro essere. Il *retentissement* ci invita ad un approfondimento della nostra esistenza. È dunque a livello di immagini singole che possiamo provare il *retentissement*. Come dire che il transfert e controtransfert sono una questione di quel momento, in quella situazione, tra quei due attori. Sarebbe facile liquidare le parole di Bachelard come non pertinenti alla psicologia, ma lo stesso concetto, seppur con parole meno impressionistiche e poetiche, lo esprime Lombardi (documento web, p.10), il quale rifacendosi a Bion, afferma che “*la dizione di controtransfert appare, ahimé, riduttiva, nel senso che le esperienze che si attivano nel corso di queste analisi hanno un profondo valore mutativo per l'analista ed implicano una sua capacità di 'evolvere' verso un sé stesso sconosciuto*”.

Intendere il transfert ed il controtransfert in modo più “relazionale”, più complesso, implica tra le altre cose il prendere in considerazione il corpo del terapeuta come sede di svolgimento del processo; lo stesso Lombardi (documento web, p.10) spiega, in modo privo di ambiguità,

“*Il corpo c'è, perché l'analista - prima ancora che come soggetto pensante - c'è, appunto, come persona reale e corporea in relazione ad un analizzando*”. A queste parole fanno eco quelle di Watt (1990), secondo cui il transfert si cristallizza intorno a delle espressioni percepite della personalità del terapeuta, del suo stile di intervento, dei suoi comportamenti, delle sue espressioni visive, del tono della sua voce; ancora più esplicito appare Loewald (1986) che parla di controtransfert sulla base di “*osservazione delle proprie reazioni viscerali*” al materiale portato dal paziente.

Con questi riferimenti, l'analisi sin qui condotta si trasferisce su quel concetto ormai noto con il termine di Controtransfert Somatico. Anche la definizione di questa nuova nozione non appare d'acchito priva di contraddizioni e polemiche: basti pensare che qualcuno preferisce parlare di “*esperienza di controtransfert somatosensoriale*” (Boyer, 1994), altri di “*controtransfert a linguaggio corporeo*” (Silverman 1991), quando già Bernstein (1984) aveva coniato il termine di *controtransfert somatico* per definire con esattezza quelle reazioni controtransferali che avvengono a livello del corpo.

L'assunto base del controtransfert somatico è che il nostro corpo reagisce non solo in accordo con le nostre emozioni, ma persino con le emozioni espresse da un altro anche se in modo inconsapevole. Addentrandoci nell'argomento, risulta privo di dubbio che il controtransfert corporeo coinvolga in prima istanza le “*origini somatiche del pensiero fortemente impregnate di concretezza [...] Si tratta di esperienze molto complesse, difficilmente traducibili e trasmissibili, come appunto le aree asimboliche e preverbal*” (Lombardi, documento web, p.10). In altre parole, forse più semplici, Charles (2004, p.98) spiega che sono le nostre esperienze somatiche a costituire i mezzi indispensabili per il controtransfert somatico, permettendoci prima di intercettare e poi di leggere i segnali non verbali dei pazienti; tali esperienze sensoriali, nell'insieme delle loro succedersi regolare ed irregolare, si integrerebbero dando vita a “*modelli che arrivano ad avere significato oltre il tempo, che si sia coscienti di essi oppure no*”. Esisterebbero dunque delle esperienze personali codificate come memorie corporee che, originando dai primi momenti della nostra esistenza, finiscono per costituire i modelli di comprensione e di risposta agli affetti e alle emozioni altrui. La traduzione di questo

genere di memorie in un codice verbale potrebbe essere rassicurante e contenitivo ma forse, come prosegue l'autore, implicherebbe perdere il contatto con quella realtà esperienziale e con la vividezza che la contraddistingue nell'attimo stesso in cui è vissuta.

Se si riflette alla possibile genesi di tali modelli di memorie corporee, come a quella della capacità di comprensione di contenuti non verbali, il rimando teorico, esperienziale e temporale, per una certa categoria di autori, non può non collocarsi che nella originaria situazione diadica che caratterizza la relazione madre-bambino, nella quale il rispecchiamento viso a viso permette ad entrambi di “*addentrarsi nei cangianti stati emotivi dell'altro*” (Beebe e Lachmann 1994, p.136); nella quale, i sistemi omeostatici interni del bambino, aperti, immaturi e in via di sviluppo sono regolati a livello interattivo dal sistema nervoso della figura di attaccamento, più maturo e differenziato (Schoore 2003, p. 46). Sulla base di tali riferimenti, le spiegazioni sulla genesi del controtransfert somatico si collocano per forza di cose all'interno della tradizione freudiana e ancora più precisamente di quella kleiniana; sarebbero dunque, secondo questi autori, gli stati mentali del neonato, originati a partire dalle sue esperienze di essere compreso negli affetti e nei bisogni da parte della madre, a fungere da substrato originario per la possibilità del controtransfert somatico. Qualche autore parla, a proposito di tali stati mentali neonatali, come di stati meno complessi dal punto di vista cognitivo ma appunto più radicati sul piano somatico e sensoriale – affettivo, una sorta di stati mentali primitivi. Questa definizione non soddisfa Schoore (2003, p.101), per il quale non è corretto parlare riferendosi alla sola concezione cognitiva, dal momento che il vero dominio delle esperienze infantili è proprio lo stato psicobiologico e dunque sarebbe meglio riferirsi ad essi con termini del tipo, di “*primitivi stati mente corpo*”, protagonisti di una efficace comunicazione emozionale ad azione rapida, guidata dal corpo, di tipo essenzialmente non verbale. Il concetto sarebbe, in altre parole, che tale modalità comunicativa psicobiologica, tipica dei primi giorni di vita, non cesserebbe la propria azione con lo sviluppo delle competenze linguistiche e di teoria della mente, ma continuerebbe ad esistere e ad operare parallelamente al più evoluto sistema verbale,

entrando in azione nella comunicazione degli stati e dei processi affettivi interni più che in quella dei contenuti e delle cognizioni.

Dal punto di vista clinico, in considerazione proprio della teoria kleiniana, nasce gioco forza per molti autori la necessità di accostare il concetto di controtransfert somatico a quello di identificazione proiettiva, o meglio, alla concezione che tutti i meccanismi di transfert e di controtransfert somatico possano avvenire in virtù di processi di identificazione proiettiva e di dissociazione, nella loro accezione di meccanismi di difesa primitivi, tesi a salvaguardare l'equilibrio psichico dell'individuo. All'interno del dialogo terapeutico sincronizzato, basato sul transfert e controtransfert, le espressioni affettive dei volti, dei movimenti muscolari delle regioni peri-orbitali e delle espressioni prosodiche della bocca, costituiscono alcuni dei trasportatori indispensabili delle trasformazioni che avvengono negli stati interiori, grazie proprio alla loro possibilità di essere trasmesse rapidamente e altrettanto rapidamente elaborate. Se tutto questo può riferirsi agevolmente sia al controtransfert normale che a quello somatico, un successivo passaggio di Schoore (2003, p.128) caratterizza maggiormente il secondo tipo di controtransfert: l'autore aggiunge infatti che per leggere i segnali emessi a livello implicito dal sistema cervello – mente – corpo del paziente, la funzione riflessiva del terapeuta non valuta solo le informazioni esteroceettive visive e prosodiche prodotte dal paziente ma anche le informazioni enteroceettive innescate da segnali interpersonali sopra e sotto soglia.

Una questione che di sicuro non sfugge ad un'analisi delle parole riportate, è che attraverso l'accostamento al processo di identificazione proiettiva e alla dissociazione e con i riferimenti a percezioni sottosoglia, si finisce per collocare le espressioni controtransferali somatiche all'interno di forme di comunicazione nella quale l'inconscio dell'analizzato diventa un trasmettitore che attiva la funzione recettiva dell'inconscio del terapeuta: sistemi inconsci, cioè, che interagiscono a vicenda sia a livello recettivo che espressivo.

Quanto riferito finora sul controtransfert somatico, come già notato, deriva dalle osservazioni di autori che si collocano o che, in qualche modo, si rifanno alla scuola

psicoanalitica classica; il quadro muta notevolmente se si considerano gli autori di scuola junghiana. Tra questi verrà preso in esame un articolo della Schellinsky (2014), in quando dalla sua analisi emergono spunti interessanti che sembrano ben illustrare alcune posizioni teoriche caratteristiche di questa scuola di pensiero. L'autrice rifiuta d'acchito i riferimenti sia alla proiezione inconscia da parte dell'analista, sia quelli che fanno riferimento all'identificazione proiettiva del paziente, preferendo collocare il controtransfert somatico nell'area di altri concetti quali per esempio quello di *sobornost* mutuato da Sauer, (2011), derivato dalla religione ortodossa, che sta ad indicare una sorta di "essere tutti insieme"; oppure quello di "reale relazione umana". Una tale modalità di collocare il controtransfert indica che per l'autrice non è possibile definire con certezza a chi appartengano i contenuti psichici nei processi di controtransfert somatico, o meglio, sembra che non le interessi nemmeno dirimere i dubbi a tal proposito, in quanto non è possibile dire a chi appartengono i contenuti percepiti e tantomeno è possibile "essere sicuri di chi reagisce sull'altro o su qualcosa d'altro": per comprendere il controtransfert somatico è preferibile riferirsi ad un livello più profondo, nel quale anima e corpo sono radicati insieme. L'autrice riprende per il controtransfert somatico la stessa differenziazione introdotta da Samuels a proposito del controtransfert, ma sembra dare un'interpretazione tutta sua di tale differenziazione: riconosce infatti un controtransfert somatico riflessivo, ma individua per esso la necessità di riflettere intorno al possibile significato di quel particolare sintomo corporeo, per esempio, un dolore al fegato, che è il simbolo della vita, sta ad indicare il bisogno di una riflessione su un eventuale pericolo per il paziente a questo livello. Il simbolo incarnato andrebbe ancora oltre (Schellinsky 2014, p.86), l'analista con esso esprime ciò che sta accadendo nel suo corpo come riflesso di ciò che sta accadendo nel corpo del paziente e del quale quest'ultimo non è consapevole, oppure ciò che il paziente ha stimolato nell'analista. In entrambe le possibilità, comunque, il controtransfert somatico finisce per aggiungere una nuova possibilità di manifestazione del simbolo: se il simbolo, per Jung, metteva in relazione la coscienza e l'inconscio e poteva manifestarsi

anche in un'immagine, ora è possibile per il sintomo corporeo, esperito dall'analista, assumere la valenza proprio di simbolo espresso attraverso il corpo.

In alternativa alla spiegazione del controtransfert corporeo basata sulla teorizzazione delle esperienze diadiche madre – bambino, per la Schellinsky, è possibile enumerare altre spiegazioni per comprendere come il corpo dell'analista possa essere l'origine di un sintomo derivante dal suo progressivo coinvolgimento nell'incontro terapeutico. Una prima spiegazione, sulla quale torneremo in seguito, fa riferimento alla teoria dei neuroni specchio; una seconda spiegazione, invece, si basa sulla tipologia dei singoli individui: i tipi caratterizzati dalla *sensazione* come funzione superiore sarebbero più inclini a provare l'empatia verso l'altro attraverso il corpo. Una terza spiegazione fa riferimento al modello sciamanico, quando il guaritore prende su di sé fisicamente la malattia dell'altro, la elabora e la restituisce ripulita. Ciò sarebbe possibile perché i due sistemi psichici, quello dell'analista e quello del paziente, corrono su linee parallele, con la psiche del primo che flettendosi sull'altra, attraverso una sorta di rispecchiamento, assorbe e riflette la malattia dell'altro (Stein, 1984). Un'ultima possibile spiegazione, sempre per la Schellinsky, si colloca all'interno del concetto di sincronicità. L'autrice riporta a tal proposito le parole di Jung che, riprendendo Leibniz, paragonava il corpo e l'anima a due orologi sincronizzati in modo tale che, pur senza sapere nulla l'uno dell'altro, segnano sempre la stessa ora. In riferimento a questa ultima spiegazione, seppur senza avere intenzione di entrare in polemica sui contenuti espressi dall'autrice, non è possibile esimersi dal constatare che, se è vero Jung che ha parlato di psiche e soma come di un esempio di sincronicità, si è sempre riferito a tale costrutto affermando un rapporto di tipo non-causale, mentre nella situazione del controtransfert somatico tra sintomo corporeo e stato psichico, sia del paziente, sia del terapeuta, sembra esserci sempre un rapporto di causalità, magari non causalità unidirezionale o lineare, ma sempre e comunque di causalità.

Dalla disamina delle spiegazioni sulla genesi del controtransfert, sostenute dalle due scuole teoriche, sembrano continuare ad emergere le solite antinomie inconciliabili che caratterizzano

il loro confronto: da una parte la scuola freudiana, più rigorosa, più dogmatica, indotta ad insistere molto sui propri costrutti, con il rischio di introdurre nozioni, a proposito del controtransfert corporeo, quali quelle di dialogo tra inconsci, di comunicazione inconscia tra due emisferi destri, di inconscio trasmittente ed inconscio ricevente o quella di inconscio somatico, che andrebbero esplicitate teoricamente in modo per lo meno più sistematico. Dall'altra parte, una teoria sicuramente più flessibile, più olistica e, se vogliamo, più trascendente, con il rischio però di introdurre spesso aspetti impressionistici e misterici: *“Ho oramai un sintomo meraviglioso a volte: ho i piedi caldi. È un'energia che proviene dal pavimento, un formicolio che va su, lungo i polpacci, le ginocchia, le cosce e sempre più in su. Assomiglia ad un radicarsi a terra, è una buona <<prospettiva>>”*. (Schellinsky, 2014, p.83).

Se quanto riferito finora si riferisce alla genesi del controtransfert somatico, è necessario, giunti a questo punto, occuparsi delle modalità in base alle quali potrebbe realmente avvenire questo scambio relazionale tra terapeuta e paziente basato sul corpo. Schore (2003, p.113), un autore che ha tentato un ponte tra la psicoanalisi classica e le scienze biologiche e neurologiche, individua la possibilità dello scambio transferale e controtransferale nell'emisfero destro dell'encefalo umano. Più nello specifico, sarebbe la corteccia orbitofrontale destra ad essere la sede di tali trasmissioni; questo perché l'emisfero destro per definizione attiene ai contenuti non verbali e asimbolici, inoltre perché questa zona encefalica agisce come zona di convergenza ed incontro tra le strutture corticali e sottocorticali, dal momento che è situata al livello più elevato nella gerarchia del sistema limbico ed inoltre perché è coinvolta esclusivamente nei comportamenti sociali ed emotivi e nella regolazione omeostatica del corpo e degli stati motivazionali. Al lavoro di tale regione cerebrale destra contribuirebbe anche il monitoraggio preconscious dei cambiamenti dinamici che avvengono nelle branche simpatiche e parasimpatiche del sistema autonomo del terapeuta. In questo modo, sempre seguendo le parole di Schore, il fatto che il terapeuta riesca ad abbinare empaticamente le oscillazioni ritmiche del proprio stato psicobiologico con quelle del paziente rende possibile la sintonizzazione dei

sensi percepiti di entrambi. La possibilità del controtransfert somatico di lavorare sugli affetti dissociati del paziente consisterebbe nella possibilità del terapeuta di co-creare insieme all'altro un segnale condiviso più forte del senso percepito, amplificando l'intensità e la durata dell'affetto inconscio dissociato, al punto da permettergli di accedere ad un livello di consapevolezza. Quando Schore elabora la sua spiegazione neuropsicologica, non è ancora avvenuta la divulgazione degli studi sui neuroni specchio, che da lì a poco invaderà la scena delle neuro immagini mentali.

Circa una ventina di anni fa sono stati scoperti dei neuroni nella corteccia premotoria del macaco che scaricano ogni volta che l'animale compie con la mano o con la bocca atti motori finalizzati al raggiungimento di uno scopo; la stessa attività di tali neuroni viene registrata anche se l'animale assiste in qualità di osservatore passivo ad azioni analoghe compiute da un uomo o da un'altra scimmia. Questi neuroni furono definiti neuroni specchio (Gallese et al. 1996). Studi successivi hanno dimostrato non solo, che i neuroni specchio si attivano anche quando l'osservazione del movimento compiuto dall'altro non è pienamente visibile, e dunque questo può essere inferito, ma anche se un semplice suono, prodotto tipicamente in una azione, viene ascoltato senza che ci sia osservazione dell'azione di riferimento. Queste nuove attività neuronali consentono all'osservatore di comprendere il senso dell'azione a cui sta assistendo e di formarsi una rappresentazione astratta dell'azione a cui assiste, la quale però non può essere considerata astratta in quanto è incarnata all'interno del sistema motorio dello spettatore. Il sistema di rispecchiamento neuronale è stato poi rinvenuto anche negli uomini e consente di dire che noi non ci limitiamo a vedere gli altri con la parte visiva del nostro cervello ma anche con i nostri neuroni motori, disposti somatotipicamente nella nostra corteccia premotoria (Gallese et. Al. 2004); in altre parole, noi simuliamo mentalmente in modo incarnato, risuoniamo con, non solo ciò che gli altri stanno facendo, ma anche con le intenzioni che hanno promosso quelle azioni (Fogassi et al. 2005). Inoltre, ulteriori studi suggeriscono la possibilità che il sistema dei neuroni specchio si attivi anche durante la

comprensione di espressioni verbali che descrivono certe azioni; cosa che ha indotto alcuni autori ad affermare che “l’assunzione di una prospettiva empatica è una parte usuale del coinvolgimento del lettore con la funzione narrativa” (Coplan 2004).

Infine il meccanismo di simulazione incarnato non è solo confinato alle azioni o alla narrativa di azioni, ma appare essere una modalità di funzionamento di base del nostro cervello anche quando siamo impegnati in una qualsivoglia relazione interpersonale; infatti recenti evidenze empiriche suggeriscono che le stesse strutture neurali, coinvolte nell’analisi delle emozioni e delle sensazioni esperite in prima persona, sono ugualmente attive quando gli stessi stati vengono riconosciuti negli altri (Gallese et al., 2004 e Gallese, 2006).

In sintesi, incrociando i dati emersi dalle ricerche fin qui esaminate, è possibile affermare che i neuroni specchio sono pienamente coinvolti nella spiegazione dei fenomeni controtransferali corporei e che tale capacità inizia a svilupparsi sicuramente nella relazione diadica tra il caregiver e il bambino; detto questo, ogni autore è libero di poter utilizzare tali complesse ricerche per tentare di confermare le teorie di Melanie Klein, allo stesso modo di quelle sugli archetipi o sulla sincronicità.

Resta però da aggiungere un’ultima notazione importante: come riferisce Gallese, i risultati sopra riportati concernono attività di neuroimmagini cerebrali, cioè livelli di attivazione di zone cerebrali, che vengono calcolati statisticamente sulla media di una serie di soggetti diversi, con storie di vita differenti. In altri termini, i risultati al momento non riescono a tenere conto delle differenze individuali e, associando tutti i singoli risultati in un unico conteggio, si finisce per livellare i percorsi storici ed esperienziali individuali; la possibilità cioè di simulare in modo incarnato, cioè di vivere internamente, azioni, racconti, emozioni e affetti è insita in chiunque, ma al momento non è dato di saper quanto lo sviluppo e le esperienze del singolo possano influire nell’evoluzione individuale di tale possibilità. A tale proposito una serie di recenti studi sembrerebbe indicare che molti di questi meccanismi di rispecchiamento risulterebbero perturbati nelle sindromi autistiche infantili (per una rassegna Gallese, 2003, 2006).

Gunti a questo punto, è opportuno capire più in dettaglio in che cosa consista nella realtà, vale a dire carnalmente, il controtransfert somatico; trattazione questa che potrebbe risultare anche capziosa ad una prima vista, ma che in realtà è sottosta ad argomentazioni non del tutto ininfluenti. Dal momento che sul controtransfert in genere e, conseguentemente anche su quello somatico, grava sempre il primario dilemma di quanto esso sia dovuto alla sensibilità riflettente del terapeuta e quanto invece sia dovuto ad aspetti patologici o inconsci derivanti dal medesimo, si potrebbe pensare di dirimere la questione su base statistica: se un particolare sintomo corporeo è espresso da differenti autori o terapeuti risulta più agevole riferirsi ad esso come ad una reale attività riflessa che origina nella relazione e che vede il terapeuta nelle vesti di rivelatore; se invece un sintomo non è condiviso e non risulta in differenti autori allora si potrebbe anche ipotizzare che non di attività rivelatrice si tratta, ma di attività che può assumere i contorni di una produzione personale, anche se in qualche modo stimolata: come direbbero Egan & Carr (2008), conoscere la frequenza o il livello con i quali altri terapeuti esperiscono certi sintomi può eliminare un sentimento di confusione circa la propria “normalità”.

In genere i diversi autori concordano su una serie abbastanza ristretta di sintomi; Padellaro (2007, pp.241-42), per esempio, riporta il seguente elenco: il capogiro, il senso di svuotamento, la fame, la sazietà, la claustrofobia, la sonnolenza, il panico, l’agitazione e l’attivazione sessuale. Questi sintomi vengono indicati dall’autrice come “sensazioni puramente corporee”; accanto ad essi viene però riportata un’altra serie di sintomi caratterizzati con il termine di “immagini radicate nell’inconscio somatico”: essi consisterebbero nel desiderio repentino di abbracciare il sé neonato del paziente, il sentimento di essere penetrato dal paziente, il sentimento di essere ingoiato intero o di essere tagliato in pezzi, il sentimento di essere soffocati fino alla morte, il sentirsi un mostro, una creatura divorante o un giullare. In via puramente logica, sembra di cogliere una differenza sostanziale tra le due serie, presentate entrambe, come controtransfert somatico: la prima appare realmente composta da sintomi corporei, la seconda invece assomiglia molto di più ad una valutazione cognitiva condotta su una

serie di sensazioni e affetti, modalità quest'ultima che rischia di ricondurre il tutto ad una attività di controtransfert normale, dal momento che assomiglia notevolmente a quel processo in base al quale un terapeuta afferma di sentirsi depresso o euforico.

Un'altra lista di sintomi con i quali i terapeuti descrivono più frequentemente il processo in oggetto è stata redatta da Pearlman and Saakvitne (1995), essa comprende: nausea, mal di testa, inizio di pianto, innalzamento e abbassamento di voce del terapeuta, inaspettati movimenti corporei, dolore genitale, dolore alle articolazioni, disturbi di stomaco e sonnolenza. Egan & Carr (2008), docenti all'università di Dublino, hanno condotto a tale proposito uno studio su 35 terapeute che trattavano adulti con pregresse esperienze di abusi sessuali infantili e di trascuratezza. Alla lista di sintomi somatici redatta da Pearlman and Saakvitne gli autori hanno aggiunto anche altre manifestazioni corporee quali: soffocamento, intorpidimento di zone corporee, vertigini, attivazione sessuale e sbadiglio; tra l'insieme di questi sintomi quelli che risultarono maggiormente diffusi, comparando almeno nel 70% del campione dei terapeuti, con una frequenza di almeno una volta per ogni seduta negli ultimi sei mesi, furono in ordine decrescente di importanza la sonnolenza, la tensione muscolare, inaspettati movimenti corporei, lo sbadiglio e inizi di pianto. I risultati della ricerca mostrano dunque che in effetti il controtransfert somatico esiste ed è in qualche modo misurabile, inoltre ci sarebbe una correlazione tra il livello di sintomi provati ed i giorni di malattia presi dai terapeuti.

Ciò che colpisce il lettore al termine dell'articolo di Egan & Carr è l'affermazione degli autori, prodotta con una buona dose di inconfondibile humor anglosassone, che suona più o meno nel seguente modo: nel caso in cui il terapeuta provasse il controtransfert corporeo, egli deve restare sulla propria sedia e, se proprio ha bisogno di qualcosa, questo qualcosa consiste nel mantenere un senso di calma distaccata, in fondo egli non è il cliente ed è bene che resti professionale!

Queste ultime parole dicono molto sulla reale utilizzabilità del controtransfert somatico a livello di una terapia che esuli da quelle corporee e servono per introdurre una serie di criticità inerenti la modalità con cui il terapeuta può

utilizzare a fini terapeuti i sintomi che avverte nel proprio corpo. Deve farne una restituzione al paziente? Ed eventualmente in che modo? Purtroppo su tale argomento in letteratura non si è trovato molto; si può ricordare che, come già accennato, la possibilità di avvertire certi sintomi corporei dovrebbe fare in modo di poterne amplificare la portata e di renderli quindi apprezzabili per il paziente a livello consapevole. Se questo è di certo comprensibile non elimina però la domanda sul come è possibile agire a tale riguardo. La Shellinsky (2014), nel proprio articolo, dopo aver ricordato che per il paziente lo strumento del controtransfert incarnato apre la possibilità di essere guidato verso uno stato di salute psicofisico, vivendo la possibilità di essere capito e contenuto, suggerisce la massima prudenza quando si indirizza un controtransfert durante una seduta. Non avendo ottenuto maggior chiarimenti a tale proposito, ci limitiamo a riportare per intero due casi vignetta redatti dalla stessa Shellinsky (2014), lasciando ai lettori le proprie considerazioni a tale riguardo:

Primo caso vignetta:

Una paziente mi racconta il suo sogno "Visito la mia scuola; una donna con una bambola in mano attraversa il cortile; c'è anche un nano. La testa della bambola è piena di intelligenza artificiale". La paziente mi riferisce che associa gli anni della scuola a giorni felici. Subito il mio petto si contrae e provo un forte dolore nella zona intorno al cuore. Chiedo alla paziente maggiori particolari. "Il cortile è pieno di banchi con roba da mangiare e scale mobili vuote che corrono tutte intorno; non c'è nessuno".

Mi chiedo con un po' di stupore: ma chi è la donna, chi è il nano? Potrebbe essere l'immagine di un suo genitore? Perché dice che era felice?

La mi analizzata conduce una vita professionale estremamente competitiva che consuma tutte le energie, è una donna attraente, sui trentacinque anni, ha il desiderio, fino ad ora vano, di un rapporto con un uomo. "A scuola ero molto impegnata" – continua. Il mio petto è pronto ad esplodere.

Ora, io dico: "Mi sento molto compressa intorno al cuore, mi fa male".

Lei dice "quelle scale mobili ... ripetizioni senza fine". Io mi sento ancora compressa ma un po' meglio. Chiedo: "Chi è la donna con la bambola?" Risponde: "Penso sia mia madre! Ed io sono come una scimmia ammaestrata! Ero piena di intelligenza artificiale!" Io posso nuovamente respirare.

“E il nano?”

“Penso sia mia padre. Lui non era presente”. Il dolore è sparito.

La mia paziente si era appena innamorata, sentiva questa come un'ultima occasione.

Aveva notato che non amava mettere in mostra le sue debolezze, dicendo all'uomo in questione come avesse combattuto per la sua vita durante la scuola ma non quanto avesse sofferto ... Aveva represso i suoi sentimenti. Il suo corpo avrebbe ben potuto esprimere quei sentimenti formando sintomi, ma è stato il mio corpo che li ha formati, non il suo.

Secondo caso vignetta:

Lavoro con una giovane donna e madre, professionista, così stressata e infelice per il suo lavoro che ogni giorno si reca al lavoro guidando in lacrime.

In sua presenza, sento nel mio corpo come un grave peso sul mio petto, sono priva di respiro, priva del respiro della vita. “Che accade?” chiedo.

Apprendo che ha perduto un fratello/una sorella quando era bambina molto piccola, il suo primo ricordo, di fronte a questo terribile vuoto, un'esperienza di morte. Nei suoi sogni deve ripetutamente aprire la porta su un'oscura nulla che sta fuori. Il controtransfert somatico comincia a parlarci alla decima seduta: proprio nel momento del suo ingresso nella stanza, io sento al centro del mio stomaco come la paziente si senta “vuota”. Posso “vedere” che avrebbe bisogno di quella cura materna che dispensa al suo bambino, non senza qualche risentimento – inconscio. “Cosa è di me” sembrano gridare le sue lacrime silenziose. Qualcosa di me inizia ad immaginare: “Se solo la sua ragazza alla pari potesse prepararle un bagno alla sera e preparare i suoi cibi preferiti ...”

Si mette a ridere. “Questo è impossibile! Lei sta sognando”, dice.

Poi il suo stomaco gorgoglia.

Ascolto ... sono come bolle che salgono in superficie, come si fossi un ventriloquo. Imbarazzata, spiega che questo accade perché non ha ancora fatto colazione. Non la penso così; penso a qualcosa in profondità che sta “ascoltando”, qualcosa che desidera ardentemente, al di là delle parole, delle immagini, delle emozioni, che la fa sentire sola. Da quel momento in poi, quando raggiungiamo un punto in cui qualcosa di essenziale sta accadendo, il suo stomaco inizia a parlare. E il mio stomaco altrettanto gorgoglia. Così ora parliamo e gorgogliamo a due, in risonanza. I nostri neuroni-specchio si mettono in connessione tra di loro nel parlare e noi li ascoltiamo. Ora, lei è ascoltata, contenuta e rispecchiata a quel livello del suo essere che un tempo fu al di qua delle parole.

<<Questo è comprendere veramente l'altro e non solo ascoltare le sue parole>> (Ware R.)

Confrontando il lavoro di Egan & Carr con i casi vignetta appena riportati emerge tra le altre cose, una netta differenza: nello studio dei ricercatori inglesi alcuni terapeuti reagiscono somaticamente, in modo statistico, nella medesima maniera di fronte ad un stesso tipo di trauma vissuto da pazienti differenti; nel caso dell'analista junghiana, invece, la terapeuta vive controtrasferalmente lo stesso sintomo di quello che lei ritiene essere il sintomo corporeo del paziente di fronte alla propria difficoltà. La situazione sembra essere talmente differente da indurre addirittura a pensare che si tratti di due fenomeni somatici differenti. Se così non fosse saremmo ritenuti a pensare, per esempio, che quel particolare trauma crea lo stesso sintomo corporeo inconscio in tutti i pazienti e dunque il trauma dell'abuso provoca in chi l'ha vissuto il bisogno inconscio di sbadigliare. E ancora, il fatto che uno stesso terapeuta viva un identico sintomo di fronte a pazienti con problematiche differenti, sta ad indicare una sua particolare predisposizione ad esperire controtrasferalmente con la medesima modalità? Ed infine, perché differenti terapeuti reagiscono con differenti sintomi allo stesso trauma?

In definitiva, a conclusione non è possibile esimersi dal ritenere che il controtransfert somatico appare ancora una modalità del tutto non compresa nei suoi meccanismi di azione, al punto da domandarsi se si tratti in effetti di un solo ed univoco funzionamento terapeutico. Risulta inoltre doveroso porsi la questione della sua effettiva utilità nel campo delle terapie non corporee; di fatto anche nei casi vignetta riportati il controtransfert somatico non è apparso così determinante ai fini della seduta stessa.

Riferimenti bibliografici

- Bachelard, G. (1957). *La Poétique de l'espace*. Presse Universitaire de France. Trad. it. (1975). *La poetica dello spazio*. Dedalo, Bari
- Beebe, B. & Lachmann, F.M. (1994). Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology*, n.5, pp. 305-37
- Bernstein, P.L. (1984) The somatic countertransference: The inner pas de deux. In P.L. Bernstein (ed.) *Theoretical*

- Approaches in Dance/movement Therapy (Vol. 2).
Dubuque, IA: Kendall/Hun
- Boyer, L.B. (1994) *Interpreting through the countertransference*. Paper presented at the meeting of The Northern California Society for Psychoanalytic Psychology, San Francisco, CA, May
- Charles, M. (2004) *Learning from Experience: A Guidebook for Clinicians*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press
- Coplan, A. (2004) Empathic Engagement with Narrative Fictions. *The Journal of Aesthetics and Art Criticism*, 62: 141-152
- Eagle, M.N. (2000) A critical evaluation of current conceptions of transference and countertransference. *Psychoanalytic Psychology*, 17(1), 24-37
- Egan, J. & Carr, A. (2008) Body-centred countertransference in female trauma therapists. *Eizsteacht*, 8 (1): 24-27
- Fogassi, L., Ferrari, P.F., Gesierich, B., Rozzi, S., Chersi, F. and Rizzolatti, G. (2005) Parietal lobe: From action organization to intention understanding. *Science* 302: 662-667
- Freud S., (1968 – 1980). *Sigmund Freud. Opere*. Vol. 6. Bollati Boringhieri. Torino
- Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L. and Rizzolatti, G. (1996) Action recognition in the premotor cortex. *Brain* 119: 593-609
- Gallese, V., Keysers, C. and Rizzolatti, G. (2004) A unifying view of the basis of social cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 8: 396-403
- Gorkin, M. (1987). *The Use of Countertransference*. Northvale, NJ: Jason Aronson
- Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81-4
- Kernberg, O. (1965) Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13, 38-56
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*: Presses Universitaires de France. Paris. Tra.It *Enciclopedia della Psicoanalisi*. (1993) Economica Laterza. Roma Bari
- Loewald, H. (1986). Transference-countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, n.34, pp. 275-87. Op. cit in Schore, N.A., (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. Norton &Company, New York – London. Trad. It. (2008) La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé. Astrolabio, Roma, p.117
- Lombardi, R. *Chi ha paura del lupo cattivo. Una nota su psicoanalisi e Psicosi*. Documento web sul sito SpiWeb
- Nietzsche, F. (1881) Morgenröte. Gedanken über die moralischen Vorurteile. II, 142, Schmeitzner
- Pallaro, P. (2007) Somatic Countertransference. The Therapist in Relationship. In *Authentic Movement*. Jessica Kingsley Publishers. Londra
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors*. New York: W.W. Norton, xix, pp.451
- Racker, H. (1968) Transference and Countertransference. New York: International Universities Press. Op.Cit in
- Samuels, A. (1989) *The Plural Psyche: Personality, Morality and the Father*. London: Routledge
- Sauer, G. (2011) Empathie, beziehung, sobornost, participation mystique: erfahrungen in der supervisierten arbeit mit asteuropischen kolliginnen und kollegen. Renovabis
- Schaefer, R. (1959) Generative empathy in the treatment situation. *Psychoanalytic Quarterly*, 28
- Schellinsky, K. (2014) Quando la psiche si fa sentire attraverso la materia. Alcune riflessioni sul controtransfert somatico. *Quaderni di cultura junghiana*. Anno 3, n. 3
- Schore, N.A., (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. Norton &Company, New York – London. Trad. It. (2008) La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé. Astrolabio, Roma
- Silverman, S. (1991) Somatic correspondences during psychoanalysis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 19(3), 422-45
- Watt, D.F. (1990) Higher cortical function and the ego: Exploration of the boundary between behavioral neurology, neuropsychology and psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, n.7, pp487-527

LA CENTRALITÀ DEL CORPO IN PSICOTERAPIA: TECNICHE DI DRAMMATIZZAZIONE

di Federica Niro

psicologo psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Comparata

Oggi come negli ultimi decenni le neuroscienze, attraverso studi e ricerche riguardanti i funzionamenti, i processi e le dinamiche organismo-ambiente dell'essere umano, tendono sempre di più al completo superamento del dualismo cartesiano tra mente e corpo. Le scoperte recenti suffragano la necessità di una visione olistica dell'individuo che ne ammetta la complessità e spiegano come la mente e i suoi prodotti possano efficacemente comprendere il mondo fisico senza necessitare di un dominio ontologicamente separato dalla materia. Ciò può essere oggi spiegato attraverso i fenomeni di neuroplasticità secondo i quali, attraverso l'esperienza, il cervello si modifica a livello neuronale e sinaptico creando al suo interno strutture cognitive efficaci per descrivere la realtà stessa che le ha formate.

La dicotomia tra corpo biologico e corpo psicologico rinvia pericolosamente a una visione che tende alla reificazione e pertanto il suo superamento è certamente auspicabile; si tratta di fare un salto epistemologico sia a livello della comprensione dei fenomeni che della prevenzione e cura dei disagi, malattie, traumi e alterazioni psichiche e somatiche. Questo salto consiste nell'allontanarsi da un divisionismo meccanicistico delle parti per avvicinarsi a una forma completa, una *gestalt* in cui *"il tutto è più della somma delle singole parti"* (Zerbetto, 1998).

Non si distinguono pertanto mente e corpo, ma funzioni psico-corporee: le emozioni, l'immaginazione, i ricordi, la razionalità, le posture, i sistemi fisiologici interni (sensazioni,

sistema neurovegetativo, respirazione, tono muscolare); niente è solo mentale, niente è solo corporeo.

In questa prospettiva il Sé può essere visto come *"l'insieme organizzato dei processi che caratterizzano la persona"* (Rispoli, 1993): tutte le funzioni sono integrate fin dalla nascita e hanno la medesima importanza nella strutturazione del Sé, tale per cui la concezione di tale struttura non è più piramidale, con un apparato mentale che controlla gerarchicamente dall'alto, bensì tutti i piani funzionali contribuiscono pariteticamente alla complessa organizzazione generale; è l'intera globalità del Sé che si esprime e si manifesta in ogni sua funzione.

Numerosi sono i contributi teorici al superamento della dicotomia tra mente e corpo che si sono presentati nel panorama della letteratura psicologica ed elencarli tutti sarebbe dispendioso e probabilmente fuorviante. Tuttavia è d'obbligo ricordare in questa cornice la definizione di sistema di Bertalanffy (1968): ogni livello di organizzazione formato da parti differenziate che cooperano per formare un'entità organizzativa con specifiche funzioni, le quali non possono essere svolte dalle singole parti autonomamente. Per questo l'elemento strategico diventa la relazione tra gli elementi.

In questa ottica anche il singolo soggetto può essere definito come sistema: a livello psichico disponiamo di un complesso meccanismo di feedback che ci permette di monitorare i livelli di armonia con la realtà e di conseguenza con gli altri sistemi di cui facciamo parte. Il sistema definisce quindi un organismo integrato, dinamico, adattivo, comunicativo e non

cristallizzato in una forma o strutturato in compartimenti stagni.

Lo stesso Jung (1935) scriveva: *“la psiche dipende dal corpo e il corpo dipende dalla psiche”*, sottolineando la relazione bidirezionale attraverso la quale queste due istanze comunicano, interagiscono, si influenzano e si condizionano; un’interconnessione per la quale la *sensory awareness* (abilità di ricevere e differenziare gli stimoli sensoriali) si ramifica nella presa di consapevolezza dei propri funzionamenti cognitivi e dei propri meccanismi automatici e difensivi che possono risultare egodistonici e disadattivi.

Il cammino verso la visione olistica e sistemica è lungo e pieno di contraddizioni e la contrapposizione tra psicologia e medicina ne è solo un esempio: il corpo sensoriale, sorgente di percezioni e che stimola l’immaginario, si oppone al corpo imperniato sulla muscolatura che si realizza nell’azione. Il valore dell’esperienza e della rappresentazione del corpo è sovente dimenticato, non solo nelle terapie psicodinamiche basate sulla presa di coscienza o *insight*, ma anche in quelle fenomenologico-esistenziali che aspirano alla catarsi mediante una scarica di energia.

Tuttavia la separazione più evidente, e spesso abusiva, è quella che isola il corpo sano dal corpo malato, con il pretesto di presunti concetti obiettivi del normale e del patologico. Ogni discorso che si riferisce al corpo rischia di diventare un discorso sul corpo, come se questo non fosse altro che l’oggetto di una dissezione anatomica.

In psicoanalisi il corpo viene *“fantasmizzato”* (Pasini, 1982), un corpo al tempo stesso vissuto e parlato, immagine instabile e in movimento, all’interno del quale si svolge la relazione analitica. Freud durante le sedute faceva sì che il corpo fosse disteso, rilassato, pronto a rilasciare le sue tensioni e quindi veicolo di processi di messa in luce di verità inconscie sommerse.

I contributi più recenti della letteratura psicologica che mettono l’accento sul valore dell’esperienza sono inseriti soprattutto nel filone della Terapia della Gestalt e di numerose correnti della Psicologia Umanistica.

È doveroso citare l’apporto fondamentale degli esistenzialisti nello sviluppo del corpo vissuto e percepito: Merleau-Ponty (1945) denuncia questa ambiguità dell’essere e dell’avere un corpo

e la contraddizione del corpo che è al tempo stesso soggetto e parte del mondo esterno attraverso la percezione che se ne ha; esso diventa l’oggetto dell’impossibile coincidenza dell’essere e dell’avere.

Pioniere dell’unitarietà tra mente e corpo è stato Wilhelm Reich (1949), il quale afferma che la psiche, la personalità, il carattere e tutto ciò che siamo abituati a considerare psichico non si localizza solo nella testa (mente), ma anche e soprattutto nel corpo. L’emozione significa movimento (dal latino *ex movere*): qualcosa si muove dentro di noi e cerca la sua espressione; se blocchiamo il respiro fermiamo - o per meglio dire cristallizziamo - l’emozione. L’emozione è un motore di volontà che spinge a muoversi verso ciò che si desidera e di cui si ha bisogno.

La psicoterapia corporea reichiana, nata negli anni ‘20 del secolo scorso, ha come concetto cardine quello di “identità funzionale” tra psiche e soma: *“gli atteggiamenti muscolari e caratteriali nell’ingranaggio psichico hanno la stessa funzione, possono influenzarsi reciprocamente e sostituirsi vicendevolmente, in fondo sono inseparabili e nella loro funzione sono identici”* (Reich, 1927). Il sistema di contrazioni muscolari per mezzo del quale il nevrotico aggredisce e schiaccia i suoi impulsi spontanei, viene identificato come la sua “corazza caratteriale” che, nonostante si ponga come una barriera oggettiva, presenta una sua funzionalità all’interno della saggezza organismica, esattamente come i meccanismi di difesa di matrice psicoanalitica; pertanto non si dovrebbe considerare come solo qualcosa da aggredire e abbattere.

Le origini del lavoro di Reich affondano senza dubbio nella psicoanalisi, ma anche nel pionieristico lavoro di Paul Shilder, precursore della terapia psicanalitica di gruppo e della psicologia dell’età evolutiva, nel suo rapporto con Ferenczi e infine nel suo contatto con il lavoro di Rudolf Laban, un ex ballerino che aveva ideato un metodo di lavoro finalizzato alla scoperta e alla liberazione del *“movimento naturale e del movimento di consapevolezza corporea”* (Downing, 1995), sviluppatosi in Germania nel periodo tra le due guerre mondiali.

Com’è noto, il più autorevole seguace di Reich fu Alexander Lowen, il quale, insoddisfatto dalla metodologia del maestro, vi apportò alcuni importanti cambiamenti, sviluppando l’Analisi Bioenergetica. In particolare, Lowen si pone

come obiettivo quello di mettere l'individuo in contatto con il proprio "nucleo centrale positivo", con una specifica focalizzazione sulla necessità di un ripristino e di un miglior contatto e adattamento dell'individuo con la propria realtà sia interna che esterna. Essere in contatto con il proprio corpo è un principio guida dell'Analisi Bioenergetica: più una persona è disturbata, minore è il contatto che ha con il proprio corpo; pertanto, il compito che si prefigge questa terapia è proprio quello di permettere al paziente di recuperare un rapporto sano con la propria fisicità, riscoprendo il terreno su cui si regge (*grounding*). Tensioni croniche si traducono, infatti, in limitazioni della motilità e quindi dell'espressione di sé. Molti pazienti non sono consapevoli del fatto che i loro problemi si manifestano nel corpo fino al momento in cui ciò non viene loro indicato; una volta che si stabilisce questa comprensione, diventa possibile lavorare con il paziente in modo bioenergetico (Alexander e Leslie Lowen, 1977).

A partire da questi primi lavori, le varie scuole di psicoterapia corporea si sono differenziate in base alla diversa enfasi posta su differenti aspetti, tra cui ad esempio la conoscenza della struttura corporea o dei meccanismi neurofisiologici alla base della vita psichica e del comportamento, sul ruolo del corpo nelle relazioni interpersonali nel corso dello sviluppo o, ancora, in base all'attenzione posta nella metodologia di intervento per lo smantellamento delle difese, alla comprensione e alla risonanza empatica corporea, alle tecniche attive che coinvolgono il corpo in una sorta di drammatizzazione delle emozioni e della narrazione.

La Psicoterapia della Gestalt, le Psicoterapie Corporee e Funzionali, le Psicoterapie Integrate, la Psicosintesi si sono fortemente interessate al linguaggio del corpo e alla presa di coscienza che l'individuo progressivamente ha del suo apparato comunicativo verbale e non verbale, sia verso il mondo esterno che rivolto a se stesso. Secondo queste scuole di pensiero, nella clinica il sintomo viene considerato un richiamo specifico della persona, rappresenta cioè il linguaggio che l'individuo sceglie, più o meno consapevolmente, per esprimere un proprio bisogno o disagio. Esso va dunque ascoltato con attenzione e rispetto e piuttosto che allontanato ne andrebbe incoraggiata l'espressione, massimizzandone l'intensità per meglio

comprenderne la natura e le sue caratteristiche; il sintomo costituisce una porta di ingresso per un maggior contatto con se stessi. In questa direzione la visione dell'uomo è volutamente ottimista in quanto pone l'accento sulle sue risorse e sulla ricchezza del potenziale esprimibile da ciascuno.

Andolfi (1994) dedica molta attenzione al "linguaggio del corpo e al colloquio relazionale", prendendo in esame sia come il terapeuta possa utilizzare l'osservazione delle comunicazioni non verbali dei pazienti (gesti, segnali emozionali, postura, distanza/vicinanza, etc.) sia come possa e debba utilizzare il proprio corpo, la propria postura e gestualità per metacomunicare con i pazienti nella stanza di terapia.

Nella pratica psicoterapeutica odierna l'attenzione al corpo e alla sua comunicazione è ormai fondante e trasversale a tutti gli orientamenti che ne riconoscono l'importanza, riconosciuta da molti come uno dei fattori comuni e curativi delle psicoterapie. L'utilizzo di tecniche relative alla maggior presa di coscienza degli stati del proprio corpo associati a pensieri e processi cognitivi è una pratica diffusa soprattutto nelle psicoterapie integrate, sistemico-relazionali e a orientamento fenomenologico-esistenziale che aderiscono quindi, come abbiamo anticipato, al concetto di olistismo.

Tecniche di drammatizzazione

Ma come coinvolgere il corpo nel processo terapeutico? Come integrarlo al processo di elaborazione cognitiva? Come facilitare il passaggio di informazioni somatiche nella cornice più squisitamente verbale? Come aiutare il paziente a riconoscere i segnali del corpo e le sue forme di comunicazione?

In questo paragrafo vengono presentate tre tecniche di psicoterapia che prevedono l'investimento corporeo nel processo di cambiamento del singolo, della coppia o del gruppo:

- la sedia vuota (o sedia calda) di matrice gestaltica
- la scultura della famiglia, derivata dalla psicoterapia sistemico-relazionale

- le tecniche psicodrammatiche, facenti parte del paradigma moreniano

Il *fil rouge* che unisce queste tecniche è il processo di drammatizzazione messo in atto: si tratta di dare forma e visibilità alla propria narrazione interna, identificandosi con il materiale proiettato, attraverso un processo di condensazione pragmatica della psiche che si libera in un atto di natura creativa. Il corpo, nelle tecniche che verranno qui di seguito descritte, viene investito di nuovi significati diventando vettore di cambiamento e amplificatore di esperienze molto spesso catartiche.

Il termine catarsi di derivazione greca (*katharsis* - καθάρσις) significa purificazione ed è stato ripreso da Sigmund Freud e Joseph Breuer nel 1895, negli *Studi sull'isteria*, per indicare la liberazione di emozioni nei pazienti, proprio grazie al recupero di particolari pensieri o ricordi biografici attraverso un procedimento chiamato appunto metodo catartico. Nell'accezione psicoanalitica, ma anche nello psicodramma di Jacob Levi Moreno, nelle recenti psicoterapie espressive, nell'arte-terapia, nonché nel *rebirthing* (disciplina che usa una particolare tecnica di respirazione unita a una forma consapevole di pensiero) il termine catarsi viene utilizzato con il significato di scarica, sfogo, espressione, liberazione. Nello psicodramma e nelle arti-terapie, attraverso la rappresentazione, la persona può prendere contatto e comprendere gli aspetti più profondi della sua realtà psicologica ed esistenziale.

Robert Landy (1999) compie una netta distinzione tra lo stato di ipodistanza, di distanza estetica e di iperdistanza. L'ipodistanza è prodotta dall'immedesimazione con i propri vissuti emotivi e può generare sofferenza eccessiva e confusione; l'iperdistanza è l'eccessivo distacco e assenza di emozioni perlopiù generati da una volontà difensiva o da meccanismi di difesa intrapsichici inconsci; la distanza estetica, infine, rappresenta la distanza ideale grazie alla quale l'individuo può esperire le proprie emozioni senza esserne sommerso, può *“sentire intelligentemente e capire sentimentalmente”*, permettendo la liberazione dei propri vissuti attraverso, appunto, la catarsi. In quest'ottica il terapeuta si pone come facilitatore del processo, colui che accompagna e guida il paziente

identificando i passaggi salienti e mettendo in luce le tematiche cardine.

La sedia vuota

La sedia vuota era una delle tecniche predilette da Fritz Perls, fondatore della Scuola di Psicoterapia della Gestalt tra il 1940 e il 1950. È stata inizialmente ideata per dimostrazioni di gruppo dove Perls riservava sulla pedana due sedie vicino alla sua e chi fosse stato desideroso o bisognoso di lavorare su se stesso poteva sedersi spontaneamente su una di esse, mostrando in tal modo di essere pronto a coinvolgersi in un processo insieme al terapeuta. Il paziente, sulla sedia vuota, poteva proiettare una persona, un personaggio immaginario, una parte del corpo, un sintomo, un'emozione, una parte di sé con la quale si sentiva desideroso di entrare in relazione, al fine di creare un dialogo emotivo che chiarificasse sentimenti, atteggiamenti e reazioni verso la persona, l'oggetto o la parte del carattere proiettata sulla sedia.

In linea con la l'osservazione che questa tecnica può essere considerata una forma di *role playing* focalizzata sull'esplorazione di sé, si assisteva allo spostamento del paziente da una sedia all'altra in modo da personificare e recitare due o più aspetti della stessa discussione, o soggetti che tipicamente rappresentavano persone significative della sua vita.

Allora come oggi nella dimensione grupppale ma anche nella terapia individuale, il lavoro è improntato sul produrre una dialettica, sul fare spazio tra due parti che comunicano tra loro e scambiano contenuti; il paziente nella dimensione proiettiva lavora sull'attualizzare il processo comunicativo, indirizzando le sue emozioni verso un interlocutore preciso, anche se fantasmizzato, libero di esprimersi in termini di pensieri ed emozioni.

In questa tecnica il corpo è portato a immedesimarsi nella parte proiettata, ovvero il paziente si muove tra le due sedie come in una danza che mobilita il corpo e le emozioni, permettendo così a se stesso di rappresentare un dialogo vero e proprio, sperimentando sentimenti precedentemente non identificabili, dimenticati, repressi o talvolta sconosciuti. Questa tecnica produce quindi un monodramma

in cui è il protagonista stesso che gioca di volta in volta i vari ruoli della situazione da lui evocata; in tal modo egli potrà far parlare se stesso con sua moglie, o sua madre, o suo figlio, potrà far parlare la sua testa in conflitto con il suo apparato genitale, potrà mettere a confronto nozioni astratte quali ad esempio il bisogno di sicurezza e il desiderio di indipendenza e così via. Affinché la scena risulti chiara, anche da un punto di vista fisico e spaziale, si invita la persona a cambiare sedia ogni volta che cambia di ruolo, così da avere un luogo deputato alla rappresentazione di un'istanza e un altro luogo deputato rispettivamente all'altra.

L'obiettivo ultimo di questa tecnica non è raggiungere una certa verità o la soluzione alla questione riportata nella rappresentazione, bensì produrre una sintesi che si ponga come narrazione nuova e presa di coscienza tra una tesi e la sua antitesi, che non sono altro che gli occupanti delle sedie.

Il monodramma permette così di esplorare, riconoscere e integrare le polarità opposte di una relazione, intesa in senso lato, senza volerla arbitrariamente ridurre o appiattire a un ingiusto compromesso artificiale, fallace e impoverito. Ogni sentimento merita di trovare il suo spazio, di essere chiarificato, sentito fino in fondo, illustrato tramite una *mise en èspace* che permetta la sperimentazione di ogni sua sfaccettatura, impedendone così la neutralizzazione. L'amplificazione, ovvero rendere più esplicito ciò che è implicito, proiettando sulla scena esteriore ciò che si recita sulla scena interiore, permette di prender meglio coscienza del qui ed ora, del confine di contatto tra se stesso e l'ambiente (Ginger, 1987).

La scultura della famiglia

La scultura della famiglia è una tecnica terapeutica attiva e non verbale proposta per la prima volta da Virginia Satir negli anni '70 e successivamente sviluppata dal Boston Family Institute, in particolare da David Kantor e Bunny Dhul. Oggi questa tecnica è bagaglio dei terapeuti sistemici di ogni orientamento.

Questa tecnica permette di utilizzare il tempo e lo spazio attraverso modalità analogiche, metaforiche e non-verbali: consiste in una rappresentazione della famiglia (anche della

coppia), in cui si invitano i membri a riprodurre le abituali modalità di interazione reciproca. Si crea così un'esperienza emozionale intensa che favorisce la capacità di sentire, di dire, di ascoltare e di essere ascoltati nella speranza di una trasformazione nel sistema.

Scolpire è un gioco terapeutico basato sul confronto di forme semi-statiche o dinamiche di atteggiamenti e comportamenti. I membri della famiglia vengono rappresentati e fisicamente modellati durante la sessione in una posizione che simbolizza il modo di relazionarsi tra loro, come percepito da uno o più membri che compongono la scultura.

Nello specifico si chiede ai membri di una famiglia o di una coppia di dare una rappresentazione visiva e spaziale della propria immagine della famiglia attraverso la disposizione dei corpi nello spazio, l'atteggiarsi delle fisionomie e posture, il gioco delle vicinanze e delle distanze e la direzione degli sguardi. Una volta che la scultura è stata realizzata e fissata nello spazio per un certo tempo, può essere seguita da un commento dei singoli membri sui propri vissuti; successivamente può essere introdotto il movimento per enfatizzare certe sequenze di interazione. Si lascia che la drammatizzazione si sviluppi fino a quando emozioni e parole emergono insieme ai vissuti personali di ciascuno. Si costruisce così uno scenario estremamente creativo in cui il terapeuta può decidere di intervenire nello spazio per interrompere interazioni sterili e improduttive ed elicitare emozioni e risposte più costruttive e positive per i membri.

L'utilizzo di un linguaggio analogico e metaforico si iscrive all'interno di un processo creativo in cui il terapeuta e la famiglia partecipano insieme; l'uso di questo registro espressivo e comunicativo, bypassando la mediazione e i vincoli della logica razionale, tocca i livelli emotivi più profondi e inconsapevoli. Inoltre, partendo dagli specifici vissuti dei singoli soggetti, stimola l'emergere di una polivalenza di significati e quindi permette un'elaborazione creativa da parte del paziente, della famiglia e del terapeuta.

In tal senso la scultura è una forma di rappresentazione catartica che consente l'emergere di emozioni, vissuti e contenuti affettivi altrimenti inesprimibili. *“Con la scultura si*

parla finalmente con il corpo, con lo sguardo, con i gesti, senza lo schermo del linguaggio verbale. Produce l'effetto di liberare le emozioni che in queste famiglie rimangono spesso imprigionate in ragionamenti intellettualizzati" (Bogliolo, 2012).

Grazie a questo processo, gli eventi e gli atteggiamenti passati, sotto l'effetto del presente, possono così essere percepiti e sperimentati. Inevitabilmente vengono alla luce nuovi significati e una nuova figura che rappresenta le relazioni, che non potrà mai essere così completa se creata solo tramite l'espressione verbale (Kantor & Duhl, 1973).

Precursore di questa tecnica, nel suo ricorso a figure simboliche, può essere considerato il terapeuta familiare norvegese David Kvebaek: negli anni '60, nel tentativo di chiarire alla sua équipe casi complicati di famiglie in cura, cominciò a usare delle statuette di legno che rappresentavano i personaggi chiamati in causa per la descrizione delle relazioni esistenti; successivamente propose direttamente alle famiglie, in gruppo o a individui singoli, di disporre spazialmente le statuette sotto la sua attenta osservazione. Si tratta di una singolare costruzione della famiglia, derivata a sua volta dalle più note descrizioni grafiche; un processo intuitivamente semplice destinato a esprimere le relazioni umane.

Oggi le declinazioni di questa tecnica sono davvero molte, una delle quali è il "metodo delle sculture del tempo familiare", proposta negli anni '90 da Luigi Onnis (Onnis et al., 1994): si chiede a ogni membro della famiglia di mostrare la rappresentazione del sistema familiare nel presente, nel futuro e nel passato. Dapprima il terapeuta compie un paragone tra presente e futuro (proiezioni ad almeno 10 anni di distanza) tentando di svelare il mito familiare che governa le relazioni; in un secondo momento viene aggiunta la rappresentazione di una vicenda significativa del passato che può avere un ruolo cruciale nel caratterizzare le situazioni attuali.

In questa rappresentazione della famiglia in una dimensione storica, l'intento è quello di esplorare e reintrodurre la dimensione del tempo in un sistema che sembra averla perduta, bloccando le potenzialità evolutive della famiglia. *"La scultura familiare è un linguaggio terapeutico, essenzialmente basato sulle modalità analogiche e non verbali, che propone una rappresentazione metaforica della famiglia nella forma; ossia l'espressione diretta e dinamica in*

termini di immagini di quelle che sono le relazioni, lo spazio, i sentimenti, i vissuti, le interazioni di un sistema" (Onnis, 1990).

La scultura della famiglia rappresenta una delle occasioni nelle quali si esalta maggiormente il senso della dimensione collaborativa e co-costruttiva dell'azione terapeutica, la possibilità di andare oltre il perimetro degli strumenti standardizzati puri, per aprirsi a nuovi orizzonti con l'uso di strumenti interpretativi e operativi, ponendosi come trait d'union tra creatività e tecnica.

Lo Psicodramma moreniano

Lo Psicodramma ha origine con Jacob Levi Moreno, psichiatra di origine rumena che, nella Vienna degli anni '10 e '20, scopre l'efficacia che ha per l'individuo la rappresentazione scenica del suo vissuto relativo al passato, al presente e al futuro. Nella teorizzazione del suo metodo, di cui la drammatizzazione è allo stesso tempo teoria e tecnica, Moreno sentiva contestualmente gli stimoli provenienti dalla sperimentazione teatrale, dall'interesse per la clinica e la psicopatologia e, non ultima, una forte motivazione al cambiamento sociale e alla difesa dei più deboli: queste quattro diverse prospettive (filosofico/ideale, teatrale, clinica e sociale) sono gli elementi fondanti dello psicodramma.

L'idea ispiratrice di Moreno fu, molto probabilmente, il dialogo socratico: Socrate sceglieva il sofista come anti-protagonista e, utilizzando la tecnica del rovesciamento dei ruoli, lo innalzava a maestro a cui egli stesso, nella veste dell'allievo ignorante, poneva domande. Conducendo il sofista attraverso diversi dilemmi, provocava la partecipazione dell'uditorio e il dialogo terminava in una catarsi dialettica, in purificazione attraverso le parole.

La messa in scena permette di avviare, in un contesto protetto e rassicurante (il setting), un dialogo percepibile, attivo e costruttivo fra diversi aspetti della propria vita che in quel momento necessitano di trovare voce e corpo; la persona giunge così a un più alto livello di presa di coscienza di sé e del contesto in cui è immerso, attraverso la creatività e la spontaneità. Queste ultime rappresentano le dinamiche primarie del comportamento umano e la loro attivazione

appare l'obiettivo principale del trattamento psicodrammatico.

Dal "teatro della spontaneità" dove gli spettacoli si svolgono senza scene né testi ma con la partecipazione attiva del pubblico, al "giornale vivente" nel quale si rappresentano episodi tratti dalla cronaca quotidiana, Moreno giunge infine a ideare lo psicodramma come lo conosciamo oggi caratterizzato da cinque principali componenti: il palcoscenico, il paziente, il regista (o conduttore), gli assistenti terapeutici o Io ausiliari e il pubblico.

Il setting costituito da Moreno è un campo espressivo aperto allo sguardo del gruppo e suscettibile di trasformazioni e adattamenti (suono, movimento, contatto, immagine): questo è lo spazio in cui il paziente/protagonista mette in scena la sua vita reale con i suoi vissuti e i suoi fantasmi, permettendo l'analisi non solo del passato, ma anche delle possibilità future e favorendo il processo di auto-rivelazione delle sue fantasie inconscie.

Moreno utilizza il palcoscenico per dare al paziente la possibilità di rappresentazione del suo mondo, per conoscerlo, percorrerlo e portarlo talvolta alla sua massima esasperazione, fino alla catarsi.

La nozione aristotelica di catarsi si impone a Moreno con evidenza: la tragedia purifica lo spirito dello spettatore in quanto, suscitando il terrore e la pietà, lo libera da tali emozioni. Nel teatro spontaneo la catarsi è innanzitutto la catarsi dell'attore che esteriorizza attraverso il corpo il proprio dramma, piuttosto che una finta tragedia, e che si libera dai personaggi interiori esteriorizzandoli; ma è anche quella del pubblico, per effetto secondario: vedendo rappresentare sulla scena i propri conflitti, lo spettatore trova sollievo e talvolta una soluzione ai propri mali. Ma per quale ragione la rappresentazione drammatica dei conflitti comporta la liberazione del soggetto? Ripetendo volontariamente e in condizioni opportunamente preparate, quel che ha subito o quel che egli rifugge, l'individuo se ne rende padrone. Grazie all'improvvisazione drammatica, il passato è restituito al passato e smette di determinare l'individuo nel presente; a questi viene restituita la sua libertà creatrice attraverso l'esperienza che ne viene fatta (Boria, 2000).

Il conduttore dello psicodramma ha tre funzioni: regista, terapeuta e analista sociale. Come regista

è un ingegnere della coordinazione e della realizzazione e, a differenza del drammaturgo, cerca di trovare il pubblico e i personaggi per ricavarne il materiale per una trama; con la loro assistenza compone una produzione che soddisfa le necessità personali e collettive dei personaggi e dell'audience. Come agente terapeutico tutta la responsabilità del valore terapeutico della realizzazione generale poggia sulle sue spalle, si tratta di una funzione di supervisione le cui manovre sono spesso attentamente celate: il suo compito è quello di far agire i soggetti a quel livello spontaneo che giova all'equilibrio totale, di dare suggerimenti agli Io ausiliari e di sollecitare il pubblico all'esperienza catartica. Infine, in quanto analista sociale egli usa gli Io ausiliari come estensioni di sé per ottenere informazioni dai soggetti sul palcoscenico e metterli alla prova (Moreno, 1946).

I cosiddetti Io ausiliari svolgono la funzione di impersonare personaggi della scena riproponendo figure significative della vita del paziente e possono essere considerati il mezzo attraverso il quale viene diretto il trattamento. Inoltre alla rappresentazione assiste un pubblico partecipe, erede del coro della tragedia greca, che può entrare in risonanza col paziente intervenendo nella scena e coinvolgendosi con grande dispiegamento di emozioni.

Moreno sottolineava spesso che lo psicodramma deve sorgere sul luogo stesso dei conflitti, nella famiglia, a scuola o a lavoro. Dava molta importanza al contatto corporeo con i suoi pazienti, in primo luogo con quelli psichiatrici: toccare, accarezzare, baciare, stringere la mano, condividere in silenzio le stesse attività come camminare o mangiare, erano ritenuti dei preliminari essenziali, degli stimolatori per raggiungere lo stato di spontaneità.

Conclusioni

Nella panoramica delle tecniche qui descritte si possono fare alcune riflessioni riguardo al fatto che l'idea alla base di queste sia la messa in gioco o in movimento. La persona impara ad allargare il suo orizzonte esperienziale ricercando risorse e modalità differenti dal suo automatico funzionamento che viene direzionato, per così dire, di default. Scoprendo e abbracciando

diverse parti di sé, l'individuo impara a conoscerle profondamente e permette loro una dialettica; nella clinica questo favorisce anche il contatto col sintomo, che viene scompattato in parti che vengono fatte dialogare.

La persona si allena a fare spazio a diverse istanze, integrandole in una visione di sé meno rigida e cristallizzata, ma più aperta e colloquiale e in grado di accogliere la diversità e la complessità, al fine di sfruttare le proprie risorse in base ai propri bisogni e alle richieste dell'ambiente.

Tre sono quindi gli elementi fondanti il background teorico che accumuna le tecniche descritte:

- la possibilità vs il limite: attivare risorse e comportamenti inediti seguendo sentieri sconosciuti, ben lontani dalla mera razionalità e della logica lineare, ma che sono direzionati ad abbracciare la globalità dell'essere (corporeità-azione, emotività, motivazione, tensione morale, etc.)
- la creazione di nuovi ruoli vs la ripetizione di ruoli cristallizzati: l'opportunità di andare oltre gli schemi predefiniti attraverso l'attivazione creativa di autoaffermazione nella relazione con l'altro e con l'ambiente
- la visione proiettata al presente/futuro vs la visione passata/storica: la centralità dell'*hic et nunc* sia come criterio tecnico e operativo sia come modo di guardare l'essere umano; l'esperienza attuale viene vista non solo come risultato deterministico del passato, ma soprattutto come creazione del momento e come prospettiva di espansione verso il futuro

La scelta delle tecniche qui trattate è stata meramente personale e dettata dagli interessi di chi scrive, piuttosto che posta come unica possibilità, tanto più che il panorama della psicoterapia odierna offre un'ampia gamma di tecniche.

Questa scelta è stata possibile partendo dalla considerazione che l'attenzione alla dimensione corporea nel setting psicoterapeutico acquista un suo specifico valore non tanto in base all'utilizzo di una tecnica invece di un'altra, ma piuttosto in base alla visione paradigmatica della natura

umana, delle relazioni e del cambiamento in cui uno si riconosce.

Parlare di corpo in psicoterapia rimanda infatti, come sottolineato all'inizio di questo elaborato, a una visione olistica e sistemica dell'essere umano, dove non solamente la netta separazione tra corpo, psiche e relazioni viene superata, ma anche il ruolo del terapeuta deve essere riconsiderato rispetto al paradigma meccanicistico. A prescindere dalla specifica metodologia e dalle tecniche adottate, è la relazione tra paziente/i e terapeuta/i, declinata in tutti i suoi elementi e quindi anche nel corpo, ad essere oggetto di osservazione e vero strumento terapeutico: essere un sistema globale, con i propri valori, credenze, pensieri, emozioni e corpo, in relazione con un altro sistema globale.

Tuttavia sarebbe ingrato ignorare o annullare le differenze metodologiche, in particolare rispetto all'utilizzo o meno di tecniche che coinvolgano direttamente il corpo: ci permettono di porci la fondamentale domanda su come ricollocare noi stessi nei nostri corpi e come abitarli.

Riferimenti bibliografici

- Andolfi M. (1994). *Il Colloquio relazionale*, Roma: A.P.F.
- Andolfi M., Angelo C. & D'Atena P. (2001). *La terapia narrata dalle famiglie*, Milano: Raffaello Cortina
- Bertalanffy L. (1968). *General System Theory. Development, Applications*. New York: George Braziller (trad. it. Teoria Generale dei Sistemi, Oscar Saggi Mondadori, Milano, 2004)
- Boria G. (2000). *Lo psicodramma classico*, Milano: Franco Angeli
- Bogliolo C. (2012), *Dalla scultura alla rappresentazione spaziale della famiglia*, Armando: Roma
- Cavaleri P. (2001). Dal campo al confine di contatto. Contributo per una riconsiderazione del confine di contatto in Psicoterapia della Gestalt, in Spagnuolo Lobb M. (a cura di), *Psicoterapia della Gestalt. Ermeneutica e clinica*. Milano: Franco Angeli
- Cionini L. (1988). *Psicoterapie*, Roma: Carocci
- Downing G. (1995). *Il corpo e la parola*, Roma: Astrolabio
- Duhl, F. S., Kantor, D. & Duhl, B. S. (1973). *Learning Space and action in family therapy: A primer of sculpting*. New York: Grune & Stratton
- Freud S. (1895). *Studien über Hysterie*, Wien: Deuticke
- Leipzig (Trad. it. Opere. Vol. 1: Studi sull'Isteria e altri scritti, Bollati Boringhieri, Torino, 1989)

- Ginger S. (1987). *La Gestalt, une thérapie du contact*, Paris: Homme et Groupes (trad. it. *La gestalt. Terapia del con-tatto emotivo*, Mediterranee, Roma, 1990)
- Hearn J. & Lawrence M. (1981). Family Sculpting: I. Some doubts and some possibilities. *Journal of Family Therapy*, 3, 341-352
- Jung C.G. (1958). *Praxis der Psychotherapie*, Olten: Walter-Verlag (trad. it. Opere vol. 16 - *La pratica della psicoterapia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1993)
- Landy R. J., (1986). *Drama Therapy: Concepts and Practices*, Springfield: C.C. Thomas (trad. it. *Drammaterapia. Concetti, teorie e pratica*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 1999)
- Lewin K. (1935). *A Dynamic Theory of Personality*. New York: McGraw-Hill
- Lowen A. & Lowen L. (1977). *The vibrant way to health: A manual of exercises*, New York: Harper & Row (trad. it. *Espansione ed integrazione del corpo in Bioenergetica*, Astrolabio-Ubaldini, Roma, 1979)
- Marchino L. & Mizrahi M. (2004). *Il corpo non mente*, Milano: Frassinelli
- Merleau-Ponty M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Éditions Gallimard (trad.it. *Fenomenologia della Percezione*, Bompiani, Milano, 2003)
- Pasini W. (1981). *Il corpo in Psicoterapia*, Milano: Raffaello Cortina
- Reich W. (1927). *Die Funktion des Orgasmus : zur Psychopathologie und zur Soziologie des Geschlechtslebens*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag Ges.m.b.H. (trad.it. *La funzione dell'orgasmo. Dalla cura delle nevrosi alla rivoluzione sessuale e politica*, Il Saggiatore, Milano 2010)
- Rispoli L. & Andriello B. (1988). *Psicoterapia corporea e analisi del carattere*. Torino: Bollati Boringhieri
- Rispoli L. (1993). *Psicologia Funzionale del Sé. Organizzazione, sviluppo e patologia dei processi psicocorporei*, Astrolabio, Roma
- Rispoli L. (2004). *Esperienze di base e sviluppo del sé. L'Evolutiva nella Psicoterapia Funzionale*, Milano: Franco Angeli
- Schilder P. (1935). *The image and appearance of the human body*. London: Kegan Paul, Trench, Trubner (trad.it. *Immagine di sé e schema corporeo*, Franco Angeli, Milano, 2002)
- Spagnuolo Lobb M. (2001). La teoria del Sé in Psicoterapia della Gestalt, in Spagnuolo Lobb M., (a cura di), *Psicoterapia della Gestalt. Ermeneutica e clinica*. Milano: Franco Angeli
- Stupiglia M. (2007). *Il corpo violato*, Bari: La Meridiana
- Vallario L. (2011). *La scultura della famiglia, teoria e tecnica di uno strumento tra valutazione e terapia*, Milano: Franco Angeli
- Van der Kolk B.A., McFarlane A.C. & Weisaeth L. (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind. Body and society*, New York: Guilford (trad.it. *Stress* traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo, sulla società delle esperienze intollerabili, Edizioni Magi, Roma, 2004)
- Zerbetto R. (1998). *La gestalt. Terapia della consapevolezza*, Xenia, Milano

Promo!

Corso di formazione

L'ORIENTAMENTO

scolastico e professionale

teorie, tecniche e strumenti

3 giornate - 24 ore

riservato a laureandi e laureati in psicologia, orientatori,
pedagogisti, professionisti operanti in area HR

1-2-3 dicembre 2017



MMORPG: IL FATTORE DELLA SOCIALIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI GIOCHI DI RUOLO ONLINE

di Giulia Bonaccorso

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

Navigare su internet ha rivoluzionato la storia dell'uomo poiché questo strumento offre la possibilità di svolgere un'infinita molteplicità di attività semplicemente stando seduti davanti a un pc. Possiamo trascorrere il tempo libero dilettandoci con un gioco online, possiamo ricercare informazioni, leggere giornali, comunicare con amici e parenti tramite le chat, le mail, i social network come Facebook o Twitter, si può anche fare la spesa online e molte altre cose.

Si può quindi dedurre che internet sia uno strumento altamente comodo ed efficace, ma questa "comodità" potrebbe anche sfociare in una *Internet Addiction* nel momento in cui il soggetto non ne fa un uso corretto.

Negli ultimi decenni gli studi hanno tentato di far chiarezza su questo fenomeno anche nel tentativo di inserire l'*Internet Addiction Disorder* nel DSM (Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali).

Tra le varie tipologie di *Internet Addiction*, quella che è stata presa maggiormente in considerazione dagli studiosi è quella che riguarda i giochi online (Wallace, 2014).

Attraverso diversi contributi riguardanti questa tematica si è arrivati a parlare di "*Internet Gaming Addiction*", una dipendenza dai giochi su internet riscontrabile nei soggetti che utilizzano i MUD's. L'acronimo MUD's (Multi Users Dungeon o Multi Users Dimension) indica la copresenza simultanea di più partecipanti ai giochi di ruolo interattivi online. Ogni giocatore dispone di un

personaggio fantastico che lo rappresenta e con il quale interagisce con gli altri utenti dando, così, origine a diverse dinamiche di gioco.

Attraverso diverse analisi, sono state studiate le molteplici motivazioni che possono indurre il soggetto ad utilizzare i giochi online, come ad esempio la fuga dalla realtà, l'ambientazione di gioco e la socializzazione. È stato dimostrato che queste hanno un ruolo fondamentale per l'insorgenza dell'*Internet Gaming Addiction* (Kuss, Louws e Wiers, 2012). Di fatto i giochi di ruolo online, che sono quelli più utilizzati dalla popolazione, offrono diverse tipologie di ambientazione, rappresentano un mondo virtuale in cui rifugiarsi per evadere dalla realtà e permettono una grande varietà di modi per poter socializzare (Kuss e Griffiths, 2012).

Nel 1980 nacquero i primi giochi in cui il giocatore si ritrovava a sfidare il computer. Successivamente, grazie allo sviluppo delle nuove tecnologie, nel 1990 i giochi subirono dei cambiamenti e passarono dal giocatore singolo, in cui l'utente si ritrova in un ambiente già creato, al *gaming experiences*, attraverso cui gli individui possono immergersi in un mondo virtuale che contribuiscono a creare. Utz (2000), analizzando i soggetti che utilizzavano i videogame online, suggerisce una suddivisione in quattro categorie delle tipologie di giocatori online:

1. *Role-Players*: ovvero coloro i quali sono interessati a giocare dei ruoli definiti;

2. *Virtuals*: coloro che sono interessati sia al ritrovarsi in Rete con partner virtuali, sia allo sviluppo e all'interazione con ambienti online;

3. *Gamers*: quelli interessati all'avventura e a giocare;

4. *Skeptics*: quelli disinteressati alla maggior parte delle caratteristiche dei giochi online; infatti essi giocano per meno tempo a settimana e rifiutano una possibile identificazione con qualsiasi personaggio o gruppo presente nei giochi online. Le prime due tipologie possono essere considerate quelle che meglio esprimono il giocatore dei giochi di ruolo online, i cosiddetti **Massively Multiplayers Online Role-Playing Games** (MMORPGs).

Un *Massively Multiplayer Online Game* è un videogioco che dà la possibilità a migliaia di individui di giocare in Rete simultaneamente. Gli utenti, attraverso l'uso di un personaggio creato da loro, esplorano un mondo sempre attivo e persistente popolato da centinaia o migliaia di altri giocatori accomunati da obiettivi (Griffiths, Davies e Chappell, 2004). L'*Internet Gaming Addiction*, in particolare quella relativa ai MMORPG, fa la sua comparsa all'inizio del nuovo millennio, momento in cui vengono propagandati su Internet la maggior parte dei giochi online di ruolo "di massa". La dipendenza da questi è stata finora quasi esclusivamente trattata dalla ricerca statunitense e molti punti rimangono tuttora aperti.

Taylor (2003) sostiene che gli utenti che utilizzano i MMORPGs sono in continua crescita numerica e riconosce nell'interazione sociale, nella padronanza del gioco, nell'appartenenza a una squadra e nella possibilità dell'esplorazione del mondo virtuale, i possibili fattori motivanti di un tale aumento.

Tra i vari elementi attrattivi che portano l'individuo a rimanere "incastrato" nei giochi online, un elemento che ha suscitato grande interesse da parte degli studiosi di questo fenomeno è la socializzazione. I videogiochi sembrano svolgere un ruolo importante nella socializzazione tra i giocatori online, in particolare per coloro che giocano i MMORPGs. Krotoski (2004) sostiene che i giochi di ruolo online incoraggiano l'interazione di gruppo e il coinvolgimento in questo con un conseguente sviluppo di amicizie online significative. Allo stesso tempo la positività dell'interazione sociale online è fondamentale all'interno di questa

tipologia di giochi poiché questi richiedono una grande cooperazione, un forte senso di appartenenza e un buon lavoro di squadra per avanzare nel gioco. Gli MMORPGs hanno anche molteplici compiti che richiedono diversi personaggi con competenze diverse per completare una sfida o una missione. Questa caratteristica porta i giocatori ad essere dipendenti l'uno dall'altro, quindi rafforza le loro relazioni, necessarie al lavoro di squadra.

Queste relazioni nascono e si sviluppano in mondi digitali; la differenza principale, infatti, che c'è tra i MMORPGs e i giochi tradizionali sta, oltre che nel numero significativo di giocatori presenti, nell'interazione di questi con un unico ambiente di gioco persistente (Greengard, 2011). Ondrejka (2005) definisce questi mondi digitali come:

"Spazi che usano il mondo reale come metafora: sono creati, si evolvono e sono posseduti dai loro residenti; sono indirizzati a un'audience di massa anziché a un ristretto numero di tecno-utenti" (p. 2).

Possiamo quindi considerare il gioco online come una forma di imitazione o di rappresentazione dell'azione reale, di fatto i giocatori dei MMORPG interpretano un ruolo e abitano un mondo fittizio, quello virtuale (Ondrejka, 2005). Questo mondo può sostituire la realtà poiché permane attivo in ogni momento, indipendentemente dal login degli utenti. Così il tempo nel mondo online continuerà a scorrere anche quando il giocatore è offline; questo fattore dà un grande senso di continuità e autenticità.

Il mondo virtuale nei MMORPGs

L'ambiente dei giochi online è tridimensionale, proprio per riprodurre il più fedelmente possibile la realtà.

Ogni gioco ha il proprio scenario (una foresta, una spiaggia, montagna, una città, etc.) e oggetti particolari che possono essere vinti o utilizzati dai giocatori per accedere a determinati premi (per esempio dobloni d'oro, monete, gioielli, etc.) che vengono usati per comprare armi, pozioni magiche, etc.

Tra i diversi giochi online disponibili che possono portare a una *Internet Gaming Addiction*, i MMORPGs sono quelli più utilizzati. I motivi di questa preferenza sono stati ritrovati nel fatto che, attraverso questi giochi, gli utenti possono

esplorare un'altra realtà (virtuale) con confini sottili tra l'immaginario e il reale, tra la fantasia e la realtà, tra il sé e gli altri. Oltre a confrontare diverse culture, gli utenti ne creano una attraverso la scelta dei personaggi, dei ruoli, etc. (Kuss e Griffiths, 2012).

Oggigiorno, i giochi online offrono una grande opportunità di interazione sociale mantenendo le comunicazioni attive nelle "comunità virtuali", necessarie per la cooperazione e la negoziazione durante il gioco. Attraverso questo continuo scambio di messaggi si viene a formare una sorta di associazione, la **gilda**, poiché il gruppo formato da questi utenti richiama un senso di comunità; questa associazione di solito viene chiamata *clan* (Kang, Ko e Ko, 2009).

I giochi *Massively Multiplayers Online* vengono utilizzati da diversi giocatori contemporaneamente, si avvalgono di gerarchie di ruolo e si servono della messaggistica istantanea per permettere la comunicazione tra gli utenti, in più sono dotati di una rappresentazione visiva del mondo virtuale che permette all'utente di esperire la sensazione di far parte di un vero e proprio "altro" mondo.

Tra gli obiettivi presenti nei MMORPG troviamo quello di portare a termine delle missioni, socializzare, completare delle battaglie o obiettivi di gioco o acquisire nuove abilità, equipaggiamenti o premi (Griffiths, Davies e Chappell, 2004), per questo motivo, spesso, durante il gioco i giocatori interagiscono tra loro formando delle alleanze, di solito istituite per raggiungere scopi comuni (Wong e Hodgins, 2013).

Una caratteristica che accomuna i giocatori MMORPGs è il fatto che all'interno della comunità virtuale essi possono assumere ogni ruolo che desiderano, collaborare con gli altri utenti per superare ogni ostacolo e raggiungere ogni obiettivo compiendo diverse missioni (Kim, Namkoong, Ku e Kim, 2008). Questo ruolo viene interpretato ed eseguito virtualmente dal personaggio che l'utente crea, il cosiddetto **avatar**. Questa parola significa *colui che discende* e sta proprio ad indicare "l'incarnarsi" da parte dell'utente in un personaggio del mondo virtuale (Santovecchi e Furnò, 2014). È il giocatore stesso che sceglie le caratteristiche dell'avatar e gli dà un nome; egli può deciderne i tratti fisionomici, la storia, la professione, la filosofia, in alcuni giochi persino i tratti caratteriali ed

etnici. In questo modo il giocatore tende a "costruire" un personaggio simile a se stesso o con caratteristiche che gli piacerebbe avere. Questo aspetto della creazione dell'avatar, porta l'individuo ad identificarsi con esso facendogli assumere un'identità significativa, ovvero il personaggio diviene il Sé alternativo. In questo modo l'individuo tenderà a dare maggiore importanza alla vita virtuale che a quella reale (Kang, Ko e Ko, 2009).

L'obiettivo dei giocatori di MMORPG diventa quindi quello di far crescere il proprio personaggio, questo compito è reso più semplice se si collabora con altri membri della comunità virtuale. Il flusso continuo di interazione attraverso le chat e l'aiutarsi reciprocamente fa sì che si sviluppi una identità sociale virtuale fondata su un principio di similarità, il quale accresce il senso di appartenenza al gruppo (Nardy, Ly e Harris, 2007).

Analizzando i messaggi scambiati tra i giocatori si possono suddividere le tipologie di supporto sociale in quattro categorie, richiamando il modello proposto da Cohen e Hoberman (1983): il supporto emozionale, informativo, attivo, di valutazione.

Il **supporto emozionale** mette a proprio agio i giocatori attraverso la dimostrazione di affetto e rispetto. Quello **informativo** riferisce informazioni ai giocatori inerenti a come risolvere un problema, come andare avanti nel gioco, come superare gli ostacoli, etc. Il supporto **attivo** si riferisce alla donazione di strumenti materiali (virtuali) che diano un attivo aiuto ai giocatori in difficoltà. Infine il supporto caratterizzato dalle **valutazioni** aiuta i giocatori a valutare se stessi e il loro ruolo nel gioco (Swicker et al., 2002).

Ciò che caratterizza maggiormente i MMORPGs è proprio questo interscambio relazionale all'interno del gioco online, il quale indirizza il giocatore ad esperire un senso di identità sociale, ovvero l'appartenenza al *clan* e un senso di identità personale, cioè quella rappresentata dall'avatar.

I giocatori online si ritrovano molte ore a "vivere" un'altra vita virtuale con questo personaggio da loro creato con il quale si identificano e il quale sentono sempre più reale ogni volta che il tempo passato con esso aumenta. Per portare il personaggio a un determinato livello, il soggetto impiega molto

tempo ed energie; una volta raggiunto quel livello, il giocatore può sentirsi gratificato e ammirato da quella che è la comunità virtuale composta dagli altri utenti. Ogni utente riveste un proprio ruolo, più ci si immedesima con questo, più crescerà l'abilità nel gioco. Ma questo iperinvestimento nel gioco e nella comunità virtuale in cui si è inseriti, l'individuo tenderà sempre più a privilegiare questo ritiro dalla vita reale (Kang, Ko e Ko, 2009).

Un elemento caratterizzante dei giochi online è che questo mondo virtuale continua ad esistere anche quando l'utente è offline. Come nella vita reale, i personaggi nei MMORPG crescono, cambiano, diventano più forti, più intelligenti e acquisiscono maggiore potere. L'utente passa sempre più tempo giocando e accompagnando il proprio avatar nella crescita; così facendo egli acquisisce maggiore conoscenza, potere e progredisce nel gioco. Questo spinge i giocatori a passare una indefinita quantità di tempo giocando, giustificando il loro bisogno di stare davanti al computer o cominciando a mentire riguardo le ore spese nel farlo (Young, 2009). Per riuscire a passare più tempo giocando, gli utenti cominciano a dormire di meno, abbandonano amici e hobby o saltano i pasti.

Una caratteristica importante all'interno di questo tipo di giochi è, infatti, proprio quello del *sensu di avanzamento* poiché gli utenti, durante le sessioni di gioco, acquisiscono sempre maggiori poteri e abilità che serviranno a farli avanzare di livello (Billieux et al., 2011).

La socializzazione all'interno dei MMORPGs

Negli ultimi anni la letteratura si è concentrata ad analizzare la socializzazione all'interno dei giochi online considerandola un forte attrattore per i giocatori che sviluppano una dipendenza da questi (Chou, Chou e Tyan, 1998; Chou, Condron e Belland, 2005; Ng e Wiemer-Hastings, 2005; Hussian e Griffiths, 2009; Kang, Ko e Ko, 2009; Kuss, Griffiths e Binder, 2013). Seguendo la *Play Theory of Mass Communication* di Stephenson (1988), la quale asserisce che usare Internet genera una sorta di piacere durante l'atto del comunicare il quale, a sua volta, fa sì che gli utenti si colleghino sempre più spesso, possiamo dire che poter comunicare nelle chat

online dei giochi attira i soggetti portandoli verso un uso sempre maggiore di queste fino ad arrivare a un comportamento di dipendenza (Chou, Chou e Tyan, 1998).

I giochi tradizionali venivano visti come attività solitarie e quindi dannose per le relazioni interpersonali poiché si interrompeva il contatto con la realtà; il movimento verso lo sviluppo di scenari online ha rivoluzionato l'esperienza del videogame rendendolo un'attività apparentemente solitaria poiché necessita di rivolgere l'attenzione verso un computer, ma allo stesso tempo questi giochi hanno aumentato notevolmente le opportunità di rapportarsi con altri durante le sessioni di gioco. Di fatto, per molti ormai, il gioco è una grossa opportunità per socializzare e di conseguenza, le connessioni tra giocare ai videogame e i comportamenti sociali sono diventate complesse (Chou, Condron e Belland, 2005).

Nei MMORPG è sempre possibile per i giocatori comunicare con gli altri facilmente attraverso i gruppi composti dagli avatar dei vari giocatori (sono gruppi temporanei formati per portare a termine una determinata missione del gioco) o attraverso i clan (gruppi permanenti con una propria gerarchia e obiettivi comuni) o alleanze ideologiche, come per esempio quelle stabilite tra più clan (Billieux et al., 2011).

Attraverso l'analisi del contenuto delle interazioni sociali che avvengono all'interno di spazi di gioco online, è stato rilevato che la comunicazione emotiva predomina maggiormente durante le attività di conversazione. Ciò indica che durante le interazioni sociali raggiungere l'obiettivo del gioco non è sempre il pensiero primario, piuttosto i giocatori si assistono l'un l'altro non solo per perseguire gli obiettivi comuni, cioè quelli strumentali del gioco, ma anche per quelli relazionali (Swicker et al., 2002; Nardy, Ly e Harris, 2007).

La socializzazione può essere considerata un'esperienza socialmente liberatoria; essendo questa libera da regole e pressioni rispetto alle interazioni sociali dal vivo, gli utenti si sentono più sicuri, più fiduciosi, efficaci, maggiormente confortati quando le interazioni interpersonali avvengono "attraverso uno schermo". Questa tipologia di interazione permette agli individui di sentirsi liberi socialmente da ogni giudizio basato sull'aspetto fisico e allo stesso tempo si sentono

maggiormente a proprio agio nell'esprimere se stessi (Chou, Chou e Tyan, 1999).

Uno studio condotto da Kowert e Oldmeadow (2013) ha cercato di esplorare, identificare e confermare la relazione tra le capacità sociali e il coinvolgimento nei giochi online. I risultati riportati dimostrano che molti giocatori di videogame possono avere un'abilità superiore per quanto riguarda l'espressione e la regolazione delle proprie emozioni, ma sono meno abili nell'impegnarsi socialmente con gli altri. Quest'ultimo dato mette in chiaro come i giocatori con maggiore coinvolgimento nei giochi online si sentano meno fluenti verbalmente, e hanno difficoltà ad iniziare e condurre una conversazione.

Questo studio fa pensare che coloro hanno meno capacità di relazionarsi con gli altri, probabilmente, saranno più predisposti a rimanere patologicamente coinvolti nei giochi online poiché è tramite le chat di questi che riescono ad esprimere se stessi e ad entrare in relazione con l'altro (Collins & Freeman, 2013); di fatto i giocatori stessi dichiarano di trovare più soddisfazione e piacere nelle socializzazioni online che in quelle offline (Wong e Hodgins, 2013). I soggetti con una dipendenza da giochi online, descrivono internet come qualcosa di interessante, come mezzo principale di interazione sociale, come elemento di intrattenimento e divertimento. Possiamo dedurre, quindi, che il piacere nella comunicazione è un importante elemento di predizione per lo sviluppo di una dipendenza da giochi online, poiché il gioco e le interazioni sono ampiamente interconnesse.

Un altro studio a supporto di ciò è quello che è stato condotto dall'Università di Nottingham (Cole e Griffiths, 2007). Esso, esaminando le tipologie di interazioni online tra i giocatori di MMORPG e quelle offline tra essi e il "mondo esterno", ha dimostrato che il gioco virtuale permette agli utenti di esprimersi meglio rispetto a quanto accadrebbe nella vita reale a causa della loro insicurezza nel mostrare il loro genere, la loro sessualità, l'età o l'aspetto fisico. Per questo motivo il *clan* che si forma nei giochi diventa un importante gruppo di supporto e i legami che si creano sono talmente intimi e profondi che spesso prendono il posto delle amicizie della vita reale e possono portare a distruggere i rapporti con il coniuge e con gli amici (Young, 2009).

Inoltre i *clan*, ai fini del gioco, sono utili per vincere battaglie, premi di fantasia, etc. per cui gran parte del gioco è caratterizzato proprio dall'interazione, attraverso le chat, dei membri del gruppo per favorire il raggiungimento degli obiettivi comuni (Young, 2009). Questo aspetto sociale dei MMORPGs è il principale elemento che porta a una dipendenza.

Diverse ricerche, come quella di Young e Rogers (1998) hanno dimostrato come i soggetti depressi sono tendenti all'utilizzo di internet per ricercare sensazioni piacevoli nell'interazione con gli altri giocatori; una sorta di autocura al loro stato d'animo. Inoltre, gli autori hanno riscontrato un gravoso ritiro sociale anche nei soggetti non depressi che utilizzavano eccessivamente le chat dei giochi online.

Altri aspetti della personalità che potrebbero risultare rilevanti per un potenziale sviluppo di *Internet Gaming Addiction* sono la bassa autostima, la paura di un rifiuto (Fioravanti, Dettore e Casale, 2012; Wei et al., 2012) (di fatto fanno fatica a stringere amicizia nella vita reale e preferiscono quella virtuale poiché la possibilità di non essere accettati è molto più ridotta se non addirittura nulla) e il bisogno di approvazione (Collins e Freeman, 2013).

Conseguenze

Gli studi condotti sui giocatori di MMORPG hanno riportato diverse conseguenze negative dovute alla dipendenza che si instaurava da parte dei giocatori nei confronti di questa tipologia di giochi online.

Uno degli studi condotti in questo campo ha messo a confronto il modo di giocare dei giocatori di MMORPG con quello dei giocatori che utilizzano una console o che giocano come giocatori singoli contro il computer. I risultati dimostrarono che chi utilizzava i giochi di ruolo online passava molte più ore davanti al computer, aveva problemi di salute peggiori, causati dalla riduzione dell'esercizio fisico, dalla conduzione di una vita sedentaria e dal maggior consumo di sigarette; inoltre essi conducevano una vita malsana sacrificando diverse ore di sonno e sostituendole con l'accesso prolungato al mondo online; infine l'incontro di follow-up un mese dopo, ha sottolineato che il gioco interferisce fortemente con la sfera sociale della vita reale e con la sfera lavorativa/accademica

(Billieux et al., 2011). Molti giocatori di MMORPG ammettono di aver sacrificato le relazioni del mondo reale per dare la precedenza al forte desiderio di giocare e di instaurare rapporti online (Griffiths, Davies e Chappell, 2004).

Tra le varie notizie di diverse testate giornalistiche in tutto il mondo, sono stati riscontrati molti casi estremi in termini di conseguenze negative provocate dalla dipendenza da giochi di ruolo online. In ogni parte del mondo ci sono stati decessi causati da esaurimento, dovuto alla grande quantità di tempo impiegata davanti al computer, oppure casi di suicidio dovuto al senso di tradimento e abbandono che i giocatori riscontrano nel momento in cui uno o più membri del *clan* si allontanano dal gioco o da quello specifico clan. Numerosi sono stati i casi di negligenza da parte dei genitori nei confronti della cura dei figli poiché passavano molto più tempo davanti al computer, dimenticandosi, ad esempio, di preparare i pasti per la prole.

Questi e molti altri casi, dimostrano la crescente e continua serietà di questo problema che richiede maggiore attenzione, soprattutto per quanto riguarda il riconoscimento dei sintomi; conoscerli potrebbe essere un importante passo per la prevenzione (Young, 2009).

Fattori di predizione e motivazione al gioco

Negli ultimi anni diversi studi si sono concentrati sui possibili fattori di attrazione che spingono migliaia di utenti a scegliere gli MMORPG e a sviluppare una dipendenza nei confronti di questi.

Questi studi hanno preso in considerazione una pubblicazione di Suler del 1999 che prende in esame i bisogni degli utenti che utilizzano Internet e come li soddisfano attraverso questo. I bisogni che egli individua sono sei. Alla base della piramide ci sono i bisogni basilari, come quello del **senso**: i giocatori provano un senso di soddisfazione del bisogno di sesso attraverso i giochi grazie al frequente formarsi di relazioni amorose. Al secondo livello troviamo il bisogno di **alterazione del senso di coscienza**: i giocatori la ottengono creandosi una vita alternativa, quella virtuale. Essi hanno bisogno di questa alterazione per avere una differente visione della realtà, per avere un proprio spazio

personale online dove poter sentirsi al sicuro. Qui possono essere davvero se stessi o possono essere, addirittura, qualcun altro creando una nuova immagine di sé. Dopo questo bisogno, troviamo quello che riguarda il **contatto interpersonale** e quello del **senso di appartenenza**, resi possibili grazie alle comunità virtuali presenti nei MMORPGs. Tutti gli individui hanno bisogno di relazionarsi e sentire quel senso di appartenenza che dà sicurezza e allo stesso tempo un senso di identità. Ciò che determina l'utilizzo di massa dei giochi come mezzo per relazionarsi è la garanzia dell'anonimato e la possibilità immediata dell'interazione (Chou, Condrón e Belland, 2005).

Salendo nella gerarchia si incontra la necessità di autostima, la quale deriva dal **successo personale** e dal **potenziamento delle abilità**. Questo viene raggiunto grazie all'opportunità di cambiare identità ed assumere il ruolo di una persona con molti pregi, inoltre è possibile crescere di status in base alle capacità che si dimostrano durante il gioco. Tutto ciò soddisfa anche l'ultimo gradino della gerarchia, il **bisogno di autorealizzazione**.

In conclusione, in base a quanto detto, si può affermare che i MMORPGs compensano sia i bisogni psicologici basilari, sia quelli più avanzati, per questo motivo possiedono un grande potenziale attrattivo.

Diversi autori hanno tentato di individuare i “bisogni” che hanno un maggiore effetto attrattivo per i soggetti che sviluppano una MMORPG *Addiction*.

Uno dei maggiori contributi forniti a riguardo è quello di Yee (2006). Egli suggerisce un modello che individua tre parametri motivazionali che spingono i soggetti a giocare ai giochi di ruolo online e sono l'*achievement* (ovvero il senso del guadagno e del perseguimento di un obiettivo), il *social* (ovvero la possibilità di socializzare all'interno del gioco) e l'*immersion* (la totale immersione del soggetto nel mondo virtuale dentro al quale si rifugia). Tenendo in considerazione questi parametri, un altro studio condotto nel 2008 (Hsu, Wen e Wu, 2009), ha rilevato alcuni fattori critici che possono essere utilizzati come predittori della MMORPG *Addiction*. Basandosi sulle sensazioni esperite e descritte dai giocatori di giochi di ruolo online, gli autori hanno identificato cinque fattori e

sono: curiosità, ricompensa, senso di appartenenza, senso del dovere e giocare di ruolo.

La **curiosità** è spesso il fattore che spinge i soggetti ad interagire ed esplorare l'ambiente virtuale (Chou e Ting, 2003). Lo studio di Hsu, Wen e Wu (2009) dimostra che la curiosità del giocatore lo conduce con maggiore probabilità a una dipendenza poiché egli è guidato dalla voglia di scoprire rapidamente possibili nuovi aspetti del mondo online.

Le **ricompense** sono un altro fattore positivamente correlato ad una *Gaming Addiction*. Nei MMORPGs ci sono due tipi di ricompense: un tipo che soddisfa i bisogni psicologici del soggetto e un altro che include quelle ricompense che non sono state ottenute nel mondo reale.

Il **senso di appartenenza** e **del dovere** sono due fattori sociali collegati alla comunità virtuale presente nei MMORPGs e hanno un'importanza significativa poiché i giocatori che mostrano un alto grado di senso di appartenenza e del dovere hanno un più alta probabilità di contrarre una dipendenza dai giochi online. Di fatto, alcuni studi (Ng e Wiemer-Hastings, 2005) hanno scoperto che le interazioni sociali con il *cyber world* è un fattore motivazionale molto forte che spinge l'individuo a passare molte ore online.

Infine, questo studio suppone che vi siano due ragioni per cui un individuo con un alto livello di interesse nel **giocare un ruolo**, abbia una maggiore possibilità nel cadere in una dipendenza. La prima risiede nella volontà di migliorare il proprio personaggio, poiché così facendo esso acquisisce maggiori poteri, benefici e migliora le abilità. La seconda ragione riguarda l'attaccamento emotivo dell'utente nei confronti dell'avatar; gli viene attribuito un valore affettivo perché il più delle volte il personaggio viene creato con le proprie caratteristiche personali oppure viene costruita una versione "ideale" del Sé (Bessiere, Seay e Kiesler, 2007).

Inoltre, altri studi che hanno indagato le motivazioni al gioco, hanno riscontrato nell'*escape* (evasione dalla realtà) un forte elemento attrattivo (Wan e Chiu, 2006a; Cole e Hooley, 2013; Wong e Hodgins, 2013). I giocatori di MMORPG si ritrovano a vivere una vita parallela, quella online, attraverso il loro avatar. Essi si ritrovano in mondi completamente nuovi, interagiscono con altre

persone conosciute online e svolgono una determinata mansione all'interno del gioco. Questi mondi con annesse comunità virtuali, trasmettono all'utente un senso di protezione e benessere psicologico che lo porta a passare molto più tempo online proprio per evadere dalla vita reale di tutti i giorni che gli causa stress e malesseri; per questo motivo essi arrivano a sviluppare una dipendenza.

Prevenzione

Secondo la letteratura, i fattori di rischio per questa dipendenza sono diversi, tra cui l'impulsività, l'esposizione precoce all'uso di internet, il sesso maschile, la presenza di abuso di sostanze, scarsa capacità di resilienza, famiglia di basso stato sociale e scarsa scolarizzazione. Di conseguenza, un modo per prevenire l'insorgere del disturbo da dipendenza da internet è quello di incrementare le capacità mancanti dell'individuo (Brezing, Derevensky e Potenza, 2010).

Uno dei fattori di protezione è sicuramente la coesione familiare; di conseguenza un importante elemento di prevenzione è l'incremento della resilienza familiare e la propaganda al gioco responsabile, ovvero si devono stabilire delle regole circa come, dove, quando e quanto si deve giocare al computer; questo metodo è risultato più efficace rispetto alla totale proibizione dell'utilizzo di internet (Brezing et al., 2010).

Negli ultimi anni l'*Internet Gaming Addiction* è diventato un problema sempre più serio e sempre più comune. Per questo motivo sono andati istituendosi molti centri specializzati per questo tipo di problema; essi si trovano ad Amsterdam, in alcuni stati degli USA e in Australia, inoltre nel 2012 nasce un "Programma di *Gaming Addiction*" che offre diverse indagini effettuate per incrementare la consapevolezza circa questo problema, i possibili fattori predittivi e quelli curativi, e promuove il gioco responsabile.

Conclusioni

In conclusione possiamo dire che il tema dell'*Internet Gaming Addiction*, in particolare dei *Massively Multiplayer Online Role-Playing Games* e l'importanza che il fattore della socializzazione

ha nell'attrarre i soggetti verso questa tipologia di giochi online, è relativamente nuovo.

Secondo l'analisi effettuata di diversi contributi di ricerca riguardanti questo fenomeno, è possibile constatare come la presenza della possibilità di socializzare attragga i giocatori più del gioco in sé. Queste interazioni sociali offrono al soggetto la possibilità di costruirsi una cerchia di amici online i quali, spesso, divengono più importanti di quelli della vita reale. In questo modo il soggetto dipendente si costruisce una vita alternativa caratterizzata da un altro sé (l'avatar), un altro mondo (quello virtuale) con altri amici (quelli online). La possibilità di poter avere una vita parallela fa sì che gli utenti si rifugino nei giochi e fuggano dalla vita reale che, il più delle volte nei casi di dipendenza, causa loro disagi a cui non sanno come rispondere. In più, il fatto di poter creare delle amicizie virtuali, motiva maggiormente i soggetti a rimanere collegati poiché immergendosi sempre di più nella comunità virtuale, essi sperimenteranno un senso di appartenenza che gli permetterà di acquisire una nuova identità sociale e individuale; egli si sentirà un membro essenziale di una vera e propria comunità.

Di solito, come riscontrato nella letteratura, questi soggetti hanno una bassa autostima, sono poco estroversi e/o si vergognano del proprio aspetto. Nei compagni di giochi online ritrovano ciò che la realtà non gli ha saputo fornire, ovvero un supporto sociale. Ma in realtà, spesso i giocatori si ritrovano ad elogiare e supportare identità fittizie, costruite non per "come si è" ma per "come si vorrebbe essere". Queste identità spesso si sovrappongono a quella della vita reale conducendo, così, il soggetto in situazioni problematiche dovute alla dipendenza dai giochi online. In particolare, nei MMORPG, come sottolinea lo stesso acronimo, i soggetti ricoprono dei ruoli ben precisi ed è grazie a questi che essi esperiscono la sensazione di essere elementi importanti per il gruppo; da qui, comincerà a trascurare tutto ciò che riguarda la vita offline, come ad esempio lo studio, il lavoro, la famiglia e anche responsabilità personali per la propria persona, per esempio l'igiene.

Negli ultimi anni gli studi su questo tema sono aumentati esponenzialmente, forse a causa dell'aumento della serietà del problema. Nonostante i diversi contributi, comunque ancora oggi il dibattito sull'*Internet Gaming*

Addiction rimane aperto e bisognoso di ulteriori indagini per poter essere inserito definitivamente all'interno del DSM.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, V edizione*. Tr. It. Milano: Raffaello Cortina.
- Bessière K, Seay AF, Kiesler S (2007). The ideal elf: Identity exploration in World of Warcraft. *CyberPsychology & Behavior*. 10 (4): 530 – 535.
- Billieux J, Chanal J, Khazaal Y, Rochat L, Gay P, Zullino D, Van der Linden M, (2011). Psychological Predictors of Problematic Involvement in Massively Multiplayer Online Role-Playing Games: Illustration in a Sample of Male Cybercafé Players. *Psychopathology*. 44: 165-171.
- Brezing C, Derevensky JL, Potenza MN (2010). Non-Substance Addictive Behaviors in Youth: Pathological Gambling and Problematic Internet Use. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 19 (3): 625 – 641.
- Chou C, Chou J, Tyan NN (1998). An Exploratory study of Internet Addiction, usage and communication pleasure – The Taiwan's Case. *International Journal of Educational Telecommunications*. 5(1): 47 – 64.
- Chou C, Condron L, Belland JC, (2005). A review of the Research on Internet Addiction. *Educational Psychology Review*; 17 (4): 363 – 388.
- Chou TJ & Ting CC (2003). The Role of Flow Experience in Cyber-Game Addiction. *Cyberpsychology & Behavior*. 6 (6): 663 – 675.
- Cohen S & Hoberman H (1983). Positive events and social supports as buffers of life stress. *Journal of applied social psychology*. 13: 99 – 125.
- Cole, H. & Griffiths, MD. (2007). Social interactions in massively multiplayer online role-playing gamers. *CyberPsychology & Behavior*, 10(4): 575–583.
- Collins E & Freeman J (2013). Do problematic and non-problematic video game players differ in extraversion, trait empathy, social capital and prosocial tendencies?. *Computers in Human Behavior*; 29: 1933 – 1940.
- Fioravanti G, Dèttore D & Casale S (2012). Adolescent Internet Addiction: Testing the Association between Self-Esteem, the Perception of Internet Attributes and Preference for Online Social Interaction. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*. 15 (6): 318 – 323.
- Greengard, (2011). Social games, virtual goods. *Communication of the ACM*, New York, NY, USA, ACM. April 2011, 54 (4), 19–22.

- Griffiths MD, Davies MNO, Chappell D (2004). Demographic factors and playing variables in online gaming. *CyberPsychology and Behavior*, 7:487–497.
- Hsu SH, Wen M-H & Wu M-C, (2009). Exploring User Experiences as Predictors of MMORPG Addiction. *Computer & Education*. 53: 990 – 999.
- Hussian Z & Griffiths MD (2009). Excessive Use of Massively Multiplayer Online Role-Playing Games: A Pilot Study. 7: 563 – 571.
- Kang J, Ko I, Ko Y, (2009). The Impact of Social Support of Guild Members and Psychological Factors on Flow and Game Loyalty in MMORPG. *Proceedings of the 42nd Hawaii International Conference on System Sciences*.
- Kim EJ, Namkoong K, Ku T, Kim SJ (2008). The relationship between online game addiction and aggression, self-control and narcissistic personality traits. *European Psychiatry*. 23: 212 – 218.
- Krotoski, A. (2004). *Chicks and joysticks: an exploration of women and gaming*. London: Entertainment and Leisure Software Publishers Association.
- Kuss DJ & Griffiths MD, (2012). Internet Gaming Addiction: A Systematic Review of Empirical Research. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10: 278-296.
- Kuss DJ, Griffiths MD, Binder JF (2013). Internet Addiction in Students: Prevalence and Risk Factors. *Computer in Human Behavior*, 29: 959 – 966.
- Kuss DJ, Louws J, Wiers RWW (2012). Online gaming addiction? Motives predict addictive play behavior in massively multiplayer online role-playing games. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*. 15: 480 – 485.
- Nardy BA, Ly S, Harris J, (2007). Learning conversation in World of Warcraft. *Proceedings of the 42nd Hawaii International Conference on System Sciences*.
- Ng BD, Wiemer-Hastings P (2005). Addiction to the Internet and online gaming. *Cyberpsychology & Behavior*. 8: 110 – 113.
- Ondrejka C. (2005) “Changing Realities. User Creation, Communication and Innovation in Digital Worlds”, *Themis Group*.
- Santovecchi P, Furnò G (2014). Internet Addiction Disorder e Giochi di Ruolo Online. *I profili dell'abuso, Profiling*. 5 (3).
- Stephenson W, (1988). *The Play Theory of Mass Communication*. Transaction Books, New Brunswick, NJ.
- Suler JR (1999). To get What you Need: Healthy and Pathological Internet Use. *Cyberpsychology & Behavior*. 2 (5): 355 – 393.
- Swicker RJ, Hittner JB, Harris JL & Herring JA (2002). Relationships among internet use, personality and social support. *Computer in Human behavior*. 18: 437 – 451.
- Taylor TL (2003). Multiple pleasures: women and online gaming. *Convergence* 9:21–46.
- Utz, S. (2000). Social information processing in MUDs: the development of friendships in virtual worlds. *Journal of Online Behavior* 1:1.
- Wallace, P. (2014). Internet Addiction Disorder and Youth. *Science & Society. EMBO Reports*. 15 (1): 12 – 16.
- Wikipedia,
http://it.wikipedia.org/wiki/Massively_multiplayer_online.
- Wong U. & Hodgins DC. (2013). Development of the Game Addiction Inventory for Adults (GAIA). *Addiction Research and Theory*. 1 – 15.
- Yee N, (2006). Motivations for play in online games. *Cyberpsychology & Behavior*. 9: 772 – 775.
- Young, K. (2009). Understanding Online Gaming Addiction and Treatment Issues for Adolescents. *The American Journal of Family Therapy*. 37: 355 – 372

CONVEGNO PNEI LUCCA 2016

di Paolo Carnicelli

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

Nel maggio 2016 la città di Lucca ha ospitato, nei giorni 28 e 29, il Convegno Nazionale di Psicosomatica PNEI (Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia), organizzato appunto dall'Istituto di Psicosomatica PNEI di Bagni di Lucca. Essendo giunto ormai alla sua ventisettesima edizione, si può dire che sia diventato un evento storico della città.

Il titolo del convegno è stato *Le neuropersonalità: la nuova mappa del cervello emotivo e il protocollo mindfulness psicosomatica*.

Il tema ha come focus il costrutto teorico delle Neuropersonalità, che nasce dal lavoro di Jaak Panksepp, psicobiologo e ricercatore in neuroscienze presso la Washington State University.

Questo studioso ha evidenziato l'esistenza di sette principali sistemi emotivi, che ha indicato con altrettante etichette: la Ricerca, la Paura, la Rabbia, la Sessualità, il Gioco, la Cura e la Tristezza. Ogni sistema emotivo – spiega Panksepp – rappresenta un sistema funzionale psicosomatico essenziale alla vita, che integra e si manifesta simultaneamente con aspetti psicologici-neocorticali, emotivi-limbici e comportamentali-istintivi.

Ogni sistema emotivo rappresenta anche un sistema PNEI che coinvolge simultaneamente il sistema psichico (emotivo-cognitivo), il sistema nervoso (neurocircuiti cerebrali), il sistema endocrino (neurotrasmettitori e ormoni) e il sistema immunitario.

L'equipe dell'Istituto di Psicosomatica PNEI, con un percorso di studi ultratrentennale, ha associato ciascun sistema emotivo di Panksepp

ad una particolare neuropersonalità, che a sua volta è determinata dall'equilibrio specifico dei neurotrasmettitori nella persona.

Le due giornate sono state suddivise in quattro moduli tematici. Il sabato mattina ha avuto come tema *Il nuovo paradigma della consapevolezza: le basi scientifiche della mindfulness psicosomatica*. Dopo i vari saluti di rito delle autorità locali è stato presentato il convegno; la sua essenza è stata riassunta brevemente dal filmato di presentazione del Progetto Gaia-Benessere globale. Questo progetto sarà poi presentato in dettaglio nella prima parte della domenica.

La mattinata prosegue con una serie d'interventi di esperti provenienti da aree di ricerca differenti. Il primo è condotto dal Prof. Marco Pettini, fisico alla Aix-Marseille Université. Egli ha fatto un breve resoconto del concetto di *entanglement*, sviluppato nell'ambito della fisica quantistica. È un fenomeno – viene spiegato – in cui lo stato quantistico di un insieme di due o più sistemi fisici dipende dallo stato di ciascun sistema, anche se sono spazialmente separati. In parole più semplici è descritto come comunicazione non-locale fra particelle. I fisici Einstein (sì, proprio Albert!), Podolsky e Rosen elaborarono per primi questo calcolo, ma credettero di aver compiuto una qualche sorta di errore; per questo loro stessi lo chiamarono “Paradosso EPR” (dalle iniziali dei loro nomi). Fu Schrödinger, Premio Nobel per la Fisica nel 1935, a sostenere che la connessione profonda tra particelle, era invece del tutto corretta. La chiamò *entanglement*, interconnessione.

Il Prof. Mario Biava, medico e ricercatore universitario, ha esposto il tema delle cellule staminali nel trattamento delle patologie tumorali e degenerative, dal punto di vista dei

recentissimi studi sulla regolazione epigenetica, cioè – detto in modo prosaico - dei codici che indicano nella duplicazione del DNA quali segmenti attivare e quali no. Queste ricerche hanno evidenziato, riporta Biava, che lo sviluppo di ogni organismo e dell'intero processo di evoluzione sono profondamente influenzati dalle informazioni acquisite, cioè dalle conoscenze derivate dalle esperienze di vita, come pure dalle comprensioni dei genitori. Sono in parte tramandate ai figli attraverso modifiche epigenetiche. Un intervento estremamente interessante, anche per il carattere rivoluzionario delle sue affermazioni.

Il Prof. Federico Nitamo Montecucco, neuropsicologo dell'Università di Milano, ha presentato il costrutto della Mappa Psicosomatica, legato a quello delle neuropersonalità, aggiungendo così un tassello al vasto quadro del concetto di coscienza di sé. La Mappa è una tavola di una certa complessità, in quanto interlaccia elementi di molteplici costrutti, in modo comunque coerente. Oltre ai sette sistemi emotivi di Panksepp e i livelli clinici di disagio psicosomatico, vi troviamo le duplici polarità degli emisferi cerebrali e dei sistemi simpatico e parasimpatico. Sono considerate anche la struttura tripartita del cervello, di MacLean, così come la triplice dimensione corporea, emotiva e cognitiva dell'esperienza umana.

Non ho trovato facile leggere questa mappa al primo impatto; a guardarla con attenzione si può comprendere però quale attento e lungo studio ci sia stato dietro la sua costruzione.

Prima della pausa di metà mattinata è stata proposta al pubblico una breve sessione esperienziale di Mindfulness Psicosomatica: dopo aver preso una postura seduta comoda ma con schiena eretta, ad occhi chiusi siamo stati guidati a portare l'attenzione sul respiro nell'area delle narici. Gradualmente abbiamo esplorato poi le sensazioni del respiro nella testa, poi nella gola, per passare dall'area del cuore, dello stomaco e infine della pancia.

E' stato un momento per me particolare; nonostante l'ambiente dispersivo e un po' rumoroso e considerando che ho già fatto in passato varie e significative esperienze di pratiche introspettive, questa seppur breve sessione mi ha indotto uno stato di contatto

profondo non solo con me stesso ma pure con le persone che avevo intorno.

La genetista e psicologa, Dott.ssa Silvia Ghiroldi, ha presentato della teoria delle Neuropersonalità, quella chiamata Ossitocinica. È legata al sistema Cura/Amore di Panksepp, che è caratterizzato dai comportamenti orientati all'affettività, alle cure parentali, all'intimità, nonché all'empatia, come all'amicizia e alla compassione. È alla base della memoria affettiva (riconoscimento del bambino), dell'attenzione amorevole e della gentilezza. L'ossitocina è il più potente elemento antistress e antiansia fra gli ormoni. Rifacendosi agli studi di Bowlby, la presenza abbondante di ossitocina nei circuiti materni favorisce un accudimento amorevole del bambino ed il conseguente sviluppo in lui del senso di base sicura.

In chiusura di mattinata è intervenuto il Prof. Ervin Laszlo sul tema *Il nuovo paradigma della coscienza e la prospettiva storica globale*. Filosofo della scienza, due volte candidato al Nobel per la Pace, considerato fra i fondatori della teoria sistemica, ha dato vita al Club di Budapest più di venti anni fa. Questa organizzazione internazionale si occupa di ricerca per lo sviluppo di una nuova etica, al fine di influenzare l'economia, la società e la conoscenza della nuova era.

Il pomeriggio della prima giornata è stato dedicato all'esposizione più dettagliata del modello psicologico portato avanti dall'Istituto PNEI; il tema è stato infatti intitolato *Psicologia delle Neuropersonalità e Protocollo della Mindfulness Psicosomatica*.

Il Dott. Montecucco ha ripreso il palco per descrivere come si inserisce il protocollo denominato PMP (acronimo di Protocollo della Mindfulness Psicosomatica) nell'ambito della cura psicoterapica. Il Protocollo Mindfulness Psicosomatica è un sistema di intervento terapeutico graduale orientato al benessere psicofisico e allo sviluppo della consapevolezza globale di Sé. Nasce da una sintesi organica di esperienze cliniche mediche, psicologiche e spirituali.

La Dott.ssa Luisa Barbato, psicoterapeuta didatta della SIAR - Scuola Italiana di Analisi Reichiana, ha sviluppato il concetto del Sé corporeo e della neuropersonalità serotoninica, legata al sistema neurologico del piacere. Questo sistema è basato sulla "sensibilità sistemica

omeostatica” e rappresenta il sistema base con cui il Sé di ogni organismo vivente è in grado di percepire e regolare la propria vita biologica. La serotonina è la molecola principale che regola questo primitivo ma essenziale sistema. Per una buona salute psicofisica – spiega la relatrice – ognuno di noi dovrebbe avere questo sistema in equilibrio funzionale e sperimentare il piacere di vivere che è naturalmente legato ad ogni funzione fisiologica quotidiana.

A seguire, il Dott. Gioele D'Ambrosio, insieme alla Dott.ssa Cristiana Milla, entrambe psicoterapeuti psicosintetici, hanno descritto la neuropersonalità cortisolica e il concetto di inibizione dell'azione. È strettamente connessa al Sistema della Paura, per cui particolarmente legata alla funzione primaria dell'evitamento del dolore e del pericolo. Mentre negli animali la risposta attiva di “attacco o fuga” è largamente predominante sull' inibizione dell'azione, negli esseri umani – ci dice uno dei due relatori – non è così; la risposta attiva di attacco o fuga, sia fisica che emotiva e psicologica, rappresenta il comportamento statisticamente più comune. Sembra che questo tipo di risposta sia largamente indotta dal processo educativo, in cui al bambino, nell'interazione col caregiver viene spesso vietato di reagire con l'attacco, né tantomeno con la fuga. Rimarrebbe quindi una terza via, l'inibizione dell'azione, che nel tempo può diventare un apprendimento.

A parlarci del rapporto fra Mindfulness Psicosomatica e nascita consapevole è stata la Dott.ssa Laura Barazzetta, specializzata in psicosomatica. A metà pomeriggio di questa prima giornata del convegno è stato proposto al pubblico una seconda esperienza di mindfulness psicosomatica, più profonda della prima. In questa sessione è stata guidata una pratica chiamata *Body scan psicosomatico*. Consiste nel portare attenzione a tutte le parti del corpo ed in particolare alle zone specifiche dove si manifestano generalmente delle somatizzazioni, chiamate blocchi. L'esperienza è stata ancora più profonda della prima; mi è parso quasi incredibile notare quante caratteristiche si possono percepire di questi blocchi: localizzazione, forma, colore, materiale, movimento, evoluzione. In buona parte sono elementi non reali ma visualizzati e percepiti, ma entrarci in contatto ne cambia in modo più o

meno stabile la qualità ed il disagio ad essi connesso.

Il group leader di ritiri di meditazione Nino Pileri ha descritto la pratica dell'*Intensive awareness*, come strumento per una maggiore consapevolezza di sé. Questa rientra a pieno titolo fra le pratiche di introspezione e consapevolezza ed è una delle svariate forme di mindfulness proposte nell'odierno panorama del benessere.

La proposta di alcuni workshop tematici a pagamento ha chiuso la prima giornata del convegno.

La mattina della seconda giornata, la domenica, ha avuto per tema *l'Educazione: il Progetto Gaia-benessere globale e la mindfulness psicosomatica*. Questo progetto è un avanzato programma di educazione alla consapevolezza globale e alla salute psicofisica ideato e sviluppato da un'equipe di docenti, professori universitari, educatori, psicologi e medici dell'associazione di promozione sociale “Villaggio Globale” di Bagni di Lucca. E' stato approvato e finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ed è sostenuto dalla Federazione Italiana Centri e Club UNESCO.

I dati nazionali relativi all'abbandono scolastico, al bullismo, ai problemi relativi alla differenza di genere e alla violenza fisica e psicologica a bambine e ragazze evidenziano un reale problema, in parte dovuto a situazioni di malessere sociale ed economico, in una società in rapida globalizzazione.

Il Progetto Gaia è stato sviluppato per contribuire alla risoluzione di questi grandi problemi dei bambini e dei giovani in età scolastica, e anche per rispondere alle emergenti necessità educative, reperibili fra le linee internazionali del “Global Education First Initiative”, istituita nel 2012 dell'UNESCO. Il progetto è stato introdotto da un breve filmato dal titolo *Per una nuova educazione alla consapevolezza globale*. Questo, come altri filmati proiettati durante il convegno sono stati prodotti e realizzati dallo stesso Istituto di Psicosomatica PNEI.

Il Dott. Montecucco ha illustrato alcune ricerche stupefacenti sulla coerenza cerebrale durante la mindfulness psicosomatica. Partendo dal

concetto di campo quantistico e di entanglement, l'Istituto di Ricerche di Psicosomatica PNEI ha intrapreso, agli inizi degli anni novanta, uno studio approfondito per verificare l'esistenza, ed eventualmente misurare, dell'entanglement cerebrale, come coerenza quantistica - elettroencefalografica (EEG) tra le aree del cervello. Lo studio puntava poi a indagare la sua possibile relazione con gli stati di consapevolezza di Sé. Per gli esperimenti è stato impiegato un avanzato sistema elettroencefalografico computerizzato.

Dopo questo intervento, la Dott.ssa Ghiroldi ha presentato i dati statistici e clinici del Progetto Gaia-Benessere Globale. La ricerca è stata effettuata su 43 della scuola dell'infanzia, 243 della scuola primaria e 105 ragazzi di scuola superiore, oggi detta secondaria di secondo grado. Gli aspetti indagati sono stati: ansia, depressione, ritiro, lamentele somatiche, disattenzione, iperattività, impulsività, problemi di pensiero, problemi di attenzione, problemi sociali, comportamenti trasgressivi regole e comportamenti aggressivi. I risultati sono molto confortanti, in quanto si è evidenziato un netto miglioramento su tutti gli aspetti. Questo ci lascia sperare che introducendo pratiche del genere nei curricoli scolastici, si possa arginare sensibilmente il dilagante problema della gestione delle classi, ma soprattutto indirizzare i ragazzi verso una maggiore e significativa integrazione di sé ed empatia con l'altro.

Il Dott. Giuseppe Pagliaro, psicologo dell'Associazione Kirone, ha presentato la relazione fra il sistema del gioco e la neuropersonalità dopaminica, nel processo educativo. Secondo Panksepp infatti in sistema Ricerca/Entusiasmo, che si basa sul piacere corporeo, è strettamente legato ai circuiti dopaminergici. Proprio attraverso il corpo, l'attività di gioco rappresenta una evoluzione del piacere ed è la base per lo sviluppo della socializzazione.

Dopo questo intervento è stata proposta una interessante sessione di mindfulness che con l'aiuto della musica ci ha aperto ulteriormente all'esperienza della coscienza di sé. La progressione di queste pratiche, a partire dalla prima giornata, mi ha dato il senso della loro potenza in termini di esperienza del proprio corpo e del suo legame profondo col sé.

A metà mattinata si è tenuta una tavola rotonda sulle esperienze relative all'educazione alla consapevolezza globale. La presidente dell'isola El Hierro, delle Canarie, Belen Allende ha riportato una testimonianza degli effetti che il Progetto Gaia ha portato nelle scuole dell'isola. La mattinata si è conclusa con un'altra scelta di workshop facoltativi e, in alternativa, la visione del film documentario Globalshift. Nei circa novanta minuti della sua durata, ci si può fare un'idea strutturata del cambiamento di paradigma che è già in corso e di quanto sia urgente e necessario portarlo avanti, per noi e per le generazioni che ci seguiranno.

Il pomeriggio della domenica è stato dedicato alla funzione del costruito delle neuropersonalità, nel contesto della medicina psicosomatica. La sessione pomeridiana è stata condotta dal Dott. Mario Betti, Psichiatra Responsabile dell'Unità Funzionale di salute Mentale della Valle del Serchio, AUSL2 Lucca.

Il primo relatore è stato il Prof. Piero Ferrucci, autore e psicoterapeuta della Scuola Italiana di Psicosintesi Terapeutica. Ha trattato l'argomento delle subpersonalità nella Psicosintesi. Un interessante punto di vista, da una ulteriore angolatura, delle varie personalità che risiedono in ognuno di noi, di cui facciamo esperienza tutti i giorni.

Il Dott. Roberto Sassone è tornato anche il secondo giorno, per descrivere la neuropersonalità endorfinica e la sua relazione con la mindfulness. Secondo Panksepp il Sistema della Fantasia rappresenta la componente più alta ed evoluta del sistema del Gioco ed è collegato ai valori più creativi e immaginativi del Sé. Come riporta il relatore, questo sistema è attivato dall'endorfina, e costituisce una delle basi dei comportamenti orientati alle emozioni di soddisfazione globale, di benessere e serenità. La mindfulness, di qualunque tipo sia, ha un'accentuata influenza nella produzione di endorfine, non solo nel momento della pratica.

Il Prof. Sergio Serrano, specialista in medicina naturale all'Università di Milano, ha trattato il tema del cosiddetto test biofotonico dei neurotrasmettitori. Si basa sull'affascinante costruito della Regolazione Biologica Biofotonica; una teoria che si presenta di una certa complessità e che richiede un buon livello

preconoscenze in biologia e fisica per poterla comprendere e valutare accuratamente.

E' seguito l'intervento del Dott. Betti che ha trattato la relazione fra neuropersonalità ed Enneagramma, uno strumento derivato dalla cultura esoterica per descrivere le personalità attraverso nove tipi psicologici. Come ultimo intervento, il Dott. Fabio Rodaro, medico esperto in medicina integrata, ha spiegato come poter usare i prodotti fitoterapici nel trattamento di disturbi riconducibili alle specifiche neuropersonalità. Un orizzonte interessante per la cura con mezzi naturali di alcuni dei disagi che oggi sono largamente diffusi. Il convegno si è chiuso con una relazione su esperienze e dati relativi alle applicazioni pratiche del Protocollo di Mindfulness Psicosomatica.

Le due giornate di questo convegno sono state per me occasione di scoperta ma anche di numerose riflessioni, nonché di alcune critiche. Ho trovato illuminante entrare in contatto con tante realtà che vanno, ognuna secondo un suo percorso, nella direzione di cambiare l'attuale modello di sviluppo, basato su di una visione ego-centrata del mondo. Certi studi d'avanguardia tendono a scardinare l'ordine della conoscenza, che pur resisterà ancora per un certo tempo, secondo le dinamiche dell'inerzia. È sempre meno facile ignorare certe scoperte e la nuova consapevolezza globale passa proprio attraverso l'integrazione della conoscenza di frontiera.

MELANCHOLIA

RIFLESSIONI SUL FILM DI LARS VON TRIER

Il presente articolo costituisce l'esito di un lavoro collettivo di riflessione e approfondimento che, nell'ambito delle attività culturali promosse dello studio del dr. Dino Perroni di Firenze, è stato dedicato ai temi ispirati dalla visione di Melancholia, film presentato nel 2011 dal regista danese Lars von Trier. In prima istanza Chiara Garganese propone una serie di riferimenti utili per meglio comprendere la genesi artistica del film e per apprezzarne a pieno la visione. A seguire, Annalisa Tommasi si sofferma sui singoli personaggi che animano la sceneggiatura, proponendone una lettura dinamica. Mary Luca ha invece messo in luce tutta una serie di significative antinomie e duplicità che attraversano l'intero film. Sull'alchemica tematica depressivo/trasformativa si concentra invece il lavoro di Giulia Palmieri, seguito dall'approfondimento di Andrea Zucconi sulle diverse declinazioni del femminile e del maschile e del loro intrecciarsi. Infine, Davide Stroscio propone un parallelo tra i temi principali presenti in Melancholia e il lavoro analitico.



Albrecht Dürer, 1514, Melancholia I

LE SUGGERZIONI ARTISTICHE DI LARS VON TRIER IN MELANCHOLIA

di Chiara Garganese
Storica dell'Arte

Per chi nel corso del tempo ha dato spazio alla sua inclinazione verso lo studio della storia dell'arte, il film *Melancholia* di Lars Von Trier si mostra fascinoso e ammaliante come il vaso di Pandora. Che il regista dialoghi in maniera colta e intima con le opere d'arte restituiteci dal tempo salta subito agli occhi di chi guarda la locandina che, come cercheremo di spiegare, non solo è citazione ma, a mio avviso, è da intendersi soprattutto sintesi tanto dell'estetica e del *modus operandi* del regista, quanto di quella complessità di tematiche e riflessioni che il film regala al fruitore attento. L'immagine infatti con cui Lars von Trier sceglie di introdurre e accompagnare lo spettatore nella sala di proiezione è quella di Justine, la prima delle due protagoniste, fermata nelle vesti di una giovane sposa che, candida come i mughetti del suo mazzetto nuziale, si lascia trasportare dalle acque di un ruscello con la stessa levità e grazia di una foglia caduta che prima su di esso danza per poi venirne inghiottita diventandone parte; la sposa come la foglia non pongono alcuna resistenza al proprio destino di morte, anticipando, per così dire, il finale stesso della pellicola di cui la locandina, a ragione, si fa icona.

Ma la fantasia del regista altro non è che il risultato di una consapevole e deliberata trasposizione di un noto quadro del movimento preraffaellita, *Ophelia* di John Millais, scelta dunque da cui uno studioso di storia dell'arte non può esimersi dal trovare un senso. Una prima assonanza si rivela innanzi tutto nel soggetto: Ophelia, uno dei personaggi più tragici dell'universo shakespeariano, è colei che, crollato (e per l'azione di una forza esterna e incontrollabile) il sogno di poter amare per sempre Amleto, si abbandona al suo destino tragico, "perde il senno" e sceglie la via dell'autodistruzione; proprio come Justine che "vittima", in un certo senso, di quella voce interiore che trasforma i dubbi in verità

irreprimibili, si autodistrugge sabotando, con comportamenti socialmente ingiustificabili, tanto la celebrazione di un'unione fragile e in lei irrimediabilmente disincantata, quanto il suo successo lavorativo. Ophelia e Justine dunque altro non sono che la drammatica metafora di un'esistenza che si rivela, ora per forze esterne ora interne, illusoria e, di conseguenza, sottoposta a un mutamento imponderabile che piega il soggetto al riconoscere la quiete nella fine. E se una simpatia nasce tra i soggetti, così lo stesso sentimento sembra legare l'estetica di Lars von Trier ai preraffaelliti; questo movimento artistico nasce nell'Inghilterra di metà Ottocento, periodo di grande vitalità economica e di progresso industriale che aveva però manifestato i suoi primi inganni come lo sfruttamento dei lavoratori e il decadimento culturale della classe dirigente; gli artisti allora travolti dal mutamento di realtà che non conoscono e con cui rifiutano di confrontarsi propongono un religioso ritorno a un'arte che guardi al passato, in particolare alla tradizione artistica medievale e del Rinascimento italiano, a un'arte che, nel suo procedere, riacquisisca quella magia che solo l'artigiano (ancora non riconosciutosi "artista") riusciva ad esercitare mantenendo un contemplativo dialogo con la natura di cui si sentiva figlio e umile interprete. Ma se l'amore per il gotico, per le pitture del Beato Angelico, di Botticelli, di Raffaello diventa per gli artisti la voce di un rifiuto delle convenzioni dei loro maestri e del mito del progresso, è bene notare che la natura stessa del loro linguaggio artistico piegherà i suoi creatori a un destino di contemporaneità giacché nei fiori da loro dipinti, nella grafica dei loro soggetti si riconosceranno gli albori dell'art déco e del design, diventando così inesorabilmente capostipiti dei linguaggi artistici più all'avanguardia... i preraffaelliti dunque soggiacciono all'imponderabile, come Justine e Ophelia e come, in un certo senso, Lars von Trier che trascenderà l'uso di un'artigianalissima telecamera a spalla dei suoi primordi di regista - Dogma - (e che domina il primo capitolo del film) nelle più innovative tecniche dell'era digitale (introduzione e secondo capitolo). La scelta estetica del regista dunque sembra una ricerca, un tentativo, di dialogare col concetto stesso dell'ineluttabilità dei mutamenti

utilizzando come medium il suo stesso processo creativo.

Ma non solo i preraffaelliti sono chiamati all'appello: quando sono stata invitata a guardare l'opera di Lars von Trier il mio pensiero ha d'istinto posto in atto il collegamento tra il titolo del film "Melancholia" e la celebre incisione del pittore Albrecht Dürer del 1514 dal titolo, appunto, "Melancolia I", intuizione (scontata per gli addetti ai lavori e per gli appassionati in genere) poi confermata dalle dichiarazioni stesse del regista che rivelano quanto egli tra le molteplici suggestioni artistiche, avesse tratto ispirazione soprattutto dalla pittura tedesca. Nella sua incisione Dürer immagina la Malinconia come una donna alata, penosamente immersa nei suoi pensieri, vicina a un blocco di marmo ancora informe e circondata da strumenti utili a trasformare la materia in creazione come il compasso che regge tra le mani necessario a misurare le distanze, una pialla per modellare le superfici, chiodi, un coltello. La presenza di altre immagini simboliche, in primis la cometa sullo sfondo ed ancora una bilancia, una campana, un cane smagrito, il quadrato magico ha portato la critica a considerare l'opera come allegoria del temperamento malinconico e saturnino nonché del difficile processo alchemico volto a trasformare il piombo in oro. Nell'incisione allora, proprio d'altronde come nel film, si dispiega uno dei temi centrali della speculazione filosofica rinascimentale ovvero l'influenza degli astri nella genesi dell'individuo e del suo temperamento. Come ben mette in luce uno studio che a riguardo deve considerarsi pietra miliare della produzione critica dell'età moderna, ovvero *Saturno e la Malinconia*, di R. Klibansky, E. Panovsky e F. Saxl (1983), l'incisione non può leggersi senza il pensiero del filosofo neoplatonico Marsilio Ficino, delle cui idee fu diffusore in Germania proprio il padrino dell'artista, lo stampatore Anton Koberger. Il filosofo fiorentino, la cui carta del cielo rivelava un forte condizionamento di Saturno, fu il primo, nel suo *De vita triplici* a dar forma all'assunto che gli uomini intellettualmente eccellenti subiscono le influenze del pianeta Saturno che a sua volta sottopone e assoggetta la mente creativa al sentimento malinconico. Ed ecco allora che Dürer esplicita la malinconia scrivendone il nome su di un cartiglio posto accanto alla cometa e intende rifletterla

nell'espressione crucciata di un putto che, sedendosi mestamente su un blocco di marmo, simpatizza, amplificandolo, col malessere della donna alata colta nel pieno del suo stato d'immaginazione. A ben guardare, inoltre, l'allegoria della Malinconia raccontata dal tedesco, sembra ritornare anche in *Justine* i cui comportamenti depressivi e distruttivi procedono col procedere del pianeta che distruggerà la Terra (come non vedere, tra l'altro, un'attinenza tra il gigante che nel film fagocita la Terra e la cometa che l'artista volle rappresentare nell'opera in ricordo dell'asteroide che nel 1492 si schiantò alle porte di Ensisheim procurando forti inquietudini collettive!) e i cui umori saturnini ricalcano l'angoscia di Ficino confessata all'amico Cavalcanti quando gli scrive "questi giorni [dominati da Saturno] in certo senso non so cosa voglio. Forse non voglio ciò che so e voglio ciò che non so". Ma la malinconia di Dürer e dunque di Ficino è soprattutto quella di Lars von Trier (così geniale da meritare a mio parere d'essere inserito tra la schiera dei "*Nati sotto Saturno*"). Sarà infatti la malinconia a dar forma al suo film, risultato del proprio processo creativo generato da un lungo periodo di depressione, come sarà lo stesso regista a dichiarare durante una rassegna stampa: «Non è esattamente un film sulla fine del mondo, ma un film su una condizione mentale. Ho vissuto molte fasi di malinconia nella mia vita. La malinconia esiste nell'espressione artistica che amo e fa parte di tutte le forme artistiche più importanti».

E così il processo alchemico è riuscito, il piombo è davvero diventato oro! Il film che si sta per guardare è un film prezioso e dove l'arte riveste forti potenzialità e responsabilità espressive.

Nel corso della visione infatti lo spettatore si confronterà con immagini che ora sono frutto di reinterpretazioni di opere d'arte, come nel caso della sposa-*Ophelia*, ora dipinti veri e propri che diventano parte costitutiva della narrazione come i *Cacciatori nella neve* di Bruegel. Non solo, ci sarà un momento in cui l'opera d'arte diventa una manifestazione quasi verbale necessaria a Justine a rivelare e affermare il suo opporsi alla condizione in cui si trova costretta: sostituendo i quadri astratti e frutto di una elaborazione razionale, per non dire scientifica, dei dipinti di Malevic e Lissitzky con opere, per esempio, dell'espressionismo tedesco o del cinquecento

olandese (*Il paese della Cuccagna*, ancora una volta di Bruegel) la sposa folle grida il suo passaggio da una condizione dominata dalla logica del dover comportarsi nel modo che tutti si aspettano e pretendono a un più profondo stato dell'essere che predilige l'emozione e l'inquietudine; ed è così che allora, Lars von Trier rende la pittura parte indissolubile della sceneggiatura stessa. Il film dunque è un giardino rigoglioso di suggestioni artistiche che attraversano tempi e forme diversissime: le sequenze in rallenty, per esempio, non sono altro che richiami alle recenti sperimentazioni visive di Bill Viola, i paesaggi che combinano il non tempo e il non luogo alle atmosfere sospese e misteriose di Magritte e della pittura di paesaggio romantica tedesca, le nudità lunari che dialogano con l'universo celeste ai corpi sensuali della pittura emiliana di fine cinquecento (penso a *Giove e Io* del Correggio) o le carni di madreperla del Bronzino o delle ninfe di Furini. In conclusione, tutto il film può considerarsi una raffinatissima e calibrata opera d'arte che fonda le sue radici sull'estetica della visione, che con il regista diventa cammino privilegiato che conduce all'emozione, figlia di quella malinconia che sola poteva generare Melancholia.

Riferimenti bibliografici

per l'intervista al regista:
<http://www.larsvontrier.it/category/film/melancholia>.
Smith A. (2014) *I preraffaelliti. L'utopia della bellezza*, Milano, 24ore cultura.
Ruskin J. (1981) *La natura del gotico*, Milano, Jaka Book.
Klibansky R., Panovsky E., Saxl F. (1983) , *Saturno e la Melinconia*, Torino, Einaudi.
Wittkower R. (2005), *Nati sotto saturno*, Torino, Einaudi.

ANALISI DEI PERSONAGGI PRINCIPALI

di Annalisa Tommasi

*Psicologa psicoterapeuta, specializzata presso la Scuola di
Psicoterapia Comparata*

Attaverso i personaggi principali è possibile evidenziare tre atteggiamenti diversi di fronte alla malattia e all'ineluttabilità del destino.

John sembra avere un atteggiamento di rifiuto e negazione verso la sofferenza della cognata Justine, che vorrebbe cancellare attraverso l'organizzazione di un matrimonio costoso. Nella seconda parte del film con l'acutizzarsi dei sintomi della depressione, John sembra negare la sofferenza di Justine attraverso un atteggiamento che si può definire quasi di "disprezzo" come se la cognata non fosse una vittima inerme della depressione, ma la sua sofferenza fosse invece dovuta ad una mancanza di volontà e di controllo sulla propria vita. Inoltre, di fronte all'ineluttabilità del destino, John, nonostante sia consapevole che i calcoli matematici che sconsigliano l'impatto del pianeta sulla terra possano prevedere un certo margine di errore, mostra, di fronte alla moglie e al figlio, una sicurezza ferrea. La sua paura per l'incertezza del futuro è dimostrata dalla sottrazione dei sonniferi alla moglie, ancor prima che sapesse con certezza dell'inesorabilità della natura. Il suo gesto può essere visto come rifiuto di confrontarsi con il terrore e la sofferenza dei suoi familiari, ma può anche essere letto come desiderio di mantenere il controllo sugli eventi e sulla propria vita. Dal momento che la fine della vita sulla terra è inevitabile, con l'assunzione massiccia di sonniferi è lui a decidere come e quando mettere fine alla propria esistenza.

Anche Claire sembra in parte contagiata dalla volontà di controllo verso gli eventi della vita. Ha un atteggiamento di accoglienza verso la sofferenza della sorella e instancabilmente la sprona a combattere la sua malattia e a non arrendersi ad essa. Claire mostra lo stesso atteggiamento ipomaniacale di fronte all'inevitabile collisione del pianeta con la terra.

Justine, al contrario di sua sorella e del cognato, mostra un atteggiamento di maggior rassegnazione; si lascia, infatti, attraversare dalla depressione e proprio dopo essersi esposta nuda ai raggi del pianeta, sembra paradossalmente stare meglio e trovare un certo equilibrio. La sua rassegnazione verso la malattia la porta a non aver paura, a essere maggiormente lucida e consapevole dell'ineluttabilità dell'evento tragico che li sta per colpire. Dei tre adulti è l'unica che riesce a parlare con il bambino, ad aiutarlo a investire le proprie energie in un progetto costruttivo, permettendogli di vivere in maniera più serena e matura l'avvicinarsi del pianeta.

Per completare l'analisi dei personaggi principali

è necessario prendere in considerazione i genitori della sposa, con i quali è possibile spiegare, almeno in parte, lo stato di sofferenza di Justine.

La madre, acida e anaffettiva, disillusa dalla vita e dal matrimonio, è consapevole di non essere stata presente durante le tappe importanti della vita di sua figlia. Il padre è invece allegro e amante della vita, ma entrambi di fronte alla richiesta di aiuto di Justine negano il loro supporto: la madre, infatti, manda via la figlia fuori dalla sua stanza, il padre prima accetta di starle vicino, poi se ne va salutandola con una lettera.

MELANCHOLIA E ANTINOMIA

di Mary Luca

*Psicologa psicoterapeuta, specializzata presso la Scuola di
Psicoterapia Comparata*

Leggendo *Melancholia* in chiave antinomica ...

A una prima analisi emergono due coppie antitetiche principali: *Melancholia* e la Terra, Justine e Claire.

L'antitesi di cui sono espressione le due sorelle emerge sia a livello somatico che psicologico. Tale diversità vuole porre in risalto non solo la distanza di ruolo dei due personaggi ma anche la loro complementarità: nel rapporto tra le due sorelle, infatti, si alternano momenti di tensione con altri di tacita intesa e solidarietà. Tuttavia, è soprattutto Claire ad avvicinarsi a Justine.

Tale contrapposizione incarna la tensione paradossale che caratterizza spesso i film di Lars Von Trier: gli "opposti" possono invertirsi o coincidere ... il Bene e il Male, la Realtà e la Fantasia, la Salute Psicica e la Malattia ... come due "polarità interdipendenti".

In questo film, la complementarità tra le due donne emerge soprattutto dalla contrapposizione tra salute e malattia: condizioni delineate dal contesto e dalle relazioni familiari e sociali che vivono le sorelle. Sembra, quindi, appropriato un confronto tra la famiglia di Claire e la solitudine di Justine come polarità di partenza che finiranno per convergere. Se la famiglia è il polo di aggregazione, è anche quello

che si incrina per primo nel momento in cui l'esistenza di una minaccia confina gli individui nell'esperienza privata della propria angoscia.

E' proprio ciò che accade alle due sorelle nella prima e nella seconda parte del film.

Durante il ricevimento del matrimonio, infatti, Justine, in preda ad un crescente senso di oppressione, cercherà sostegno nelle figure del padre e della madre, che non riusciranno né a comprendere la richiesta di aiuto né a lenire il suo malessere.

Per Claire, invece, la situazione iniziale è completamente diversa: la famiglia è rappresentata dalla quotidianità condivisa nella proprietà del marito, nella quale svolge il ruolo di moglie e madre. Tuttavia, in Claire matura l'angoscia dettata dalla paura della morte e dalla perdita del controllo.

L'atteggiamento opposto invece sembra assumere John, il marito, sicuro dei suoi calcoli e degli strumenti che la scienza gli ha messo a disposizione.

Anche Claire, tuttavia, rimarrà sola con le sue inquietudini: la coesione familiare iniziale sfocerà in un progressivo smembramento e proprio John verrà meno al ruolo di guida che aveva avuto fino a quel momento, togliendosi la vita.

Tra le due coppie (*Melancholia* e la Terra, Justine e Claire) deriva poi un'ulteriore corrispondenza interna, che lega sotterraneamente i destini umani a quelli del cosmo: *Melancholia*/Justine, Terra/Claire.

Duplici accezioni di "esterno" e "interno": è sia il pianeta *Melancholia* a minacciare la vita sulla Terra che la sofferenza di Justine a disgregare da dentro la vita stessa.

Come la depressione contraddice la vista stessa, così *Melancholia* – antagonista rispetto alla Terra – crea un'incongruenza nell'Universo.

Il tema collettivo dell'"Apocalisse" è insolitamente legato a quello privato del disagio psichico e delle dinamiche familiari.

Gli unici legami che sopravvivono al crollo delle certezze sono quelli a due, tra Claire e il figlio e tra Justine e Claire. Tuttavia sarà quello tra le due sorelle a rivelarsi l'unico davvero simbiotico e paritario. Si è partecipi, infatti, di un graduale rovesciamento delle parti tra le due donne, per cui Justine, inizialmente bisognosa di cure, diventa riferimento e specchio per la sorella.

Proprio l'avvicinarsi della catastrofe favorisce un ribaltamento di prospettive e di ruoli a partire dallo spettro comune dell'angoscia.

Melancholia ci conduce a una meditazione profonda, estetica e "etica" insieme, sull'attesa della fine, sul suo senso e infine, per rimanere sempre nella struttura per così dire "antinomica" del film, sulla vita stessa!

Sitografia

Faienza, L. (2013). *Il doppio volto della minaccia: Un approccio analitico a Melancholia di Lars von Trier*. www.formacinema.it.

Prandi, S. (2011). *Il senso della fine: "Melancholia" di Lars von Trier*. www.leparoleeleccose.it.

RIFLESSIONI "SPARSE" SUL FILM MELANCHOLIA IN RIFERIMENTO ALLA TEMATICA DEPRESSIVO/TRASFORMATIVA

di Giulia Palmieri

*Psicologa psicoterapeuta, specializzata presso la Scuola di
Psicoterapia Comparata*

Nella storia della descrizione della patologia depressiva si incontrano termini diversi che possono portare poi a fraintendimenti anche importanti. Il termine "melancholia" è stato tramutato in "malinconia" e spesso alcuni autori hanno usato questo termine per parlare anche della depressione.

Ippocrate nel IV sec. a. C. usa il termine Melancholia per indicare un certo tipo di depressione: quella caratterizzata da una base biologico-costituzionale.

A lui dobbiamo le prime descrizioni cliniche dei disturbi dell'umore e il termine "melancholia", affezione considerata conseguente all'azione patogena della "bile nera" sul cervello (dal greco: mèlas = nero, cholè = bile). Egli pose l'accento sulla periodicità della malattia, rilevandone la stagionalità, e delineò i quattro tipi temperamentali in grado di predisporre ai diversi disturbi mentali: colerico, melanconico,

sanguigno, flemmatico. Ciascuno di questi temperamenti sarebbe derivato dall'eccesso degli umori corrispondenti: bile gialla, bile nera, sangue e flegma; ad esempio, secondo la scuola ippocratica la mania (collera) era provocata da un eccesso di bile gialla. Nella dottrina dei quattro umori la bile nera, assieme con il flegma, la bile gialla (o rossa) e il sangue creava un parallelismo tra gli elementi del cosmo e le suddivisioni del tempo, controllava tutta l'esistenza e i comportamenti dell'umanità e determinava il carattere degli individui.

Una cosmologia anteriore al 1135, *De mundi constitutione*, di un autore ignoto, cita: "esistono infatti quattro umori nell'uomo, che imitano i diversi elementi; aumentano ognuno in stagioni diverse, predominano ognuno in una diversa età. Il sangue imita l'aria, aumenta in primavera, domina nell'infanzia. La bile gialla imita il fuoco, aumenta in estate, domina nell'adolescenza. La bile nera ovvero la malinconia imita la terra, aumenta in autunno, domina nella maturità. Il flegma imita l'acqua, aumenta in inverno, domina nella vecchiaia. Quando questi quattro umori affluiscono in misura non superiore né inferiore al giusto, l'uomo prospera".

Jung non ha sviluppato un'idea sistematica della depressione; nonostante ciò emerge chiaramente dai suoi scritti una complessa relazione fra depressione e trasformazione. Per Jung l'inconscio è creativo, ovvero produce dei contenuti il cui fine è l'evoluzione della personalità.

Il bisogno di diventarne consapevoli può togliere energia all'Io e sfociare nella depressione. In questo caso la depressione non è una reazione patologica, ma una naturale conseguenza del bisogno interiore di trasformazione. In altre parole essere depressi non necessariamente è indice di nevrosi. Inoltre nella depressione ciò che rappresenta un catalizzatore di depressione è proprio il rapporto col collettivo che innesca un movimento di introversione della libido che si sposta dal mondo oggettuale per rifornire di energia i contenuti inconsci.

Attraverso il processo di introversione, i contenuti che possono compensare l'unilateralità dell'Io vengono portati alla coscienza. Questo movimento di energia ne impoverisce l'Io e sfocia nell'esperienza della depressione. Nel momento in cui i contenuti inconsci vengono integrati, l'Io viene rifornito di

energia, simbolizzata sia dai contenuti che dal ritorno della libido introvertita: in questo modo si ha una attenuazione della depressione.

Nelle depressioni trasformative la libido viene attratta da qualche contenuto psichico che ha bisogno di diventare conscio per favorire il processo di individuazione. Se l'individuo riesce a far emergere e integrare le immagini che attraggono e trattengono la libido, l'energia sarà nuovamente disponibile per l'Io cosciente.

In breve Jung considera il disturbo depressivo come un'introversione forzata al servizio della funzione compensatoria. La conseguenza è un impoverimento dell'Io. Secondo il principio dell'equivalenza, la sottrazione di libido dalla coscienza porta un accumulo di energia nell'inconscio.

La malinconia, quindi, è determinata da uno stato di attesa, di impaziente sospensione verso la conclusione finale. E' immediato il collegamento con la condizione psicologica di Justine.

Nel film *Justine* si "rassegna" alla depressione lasciandosi trasformare, in senso alchemico, da una forza che è al contempo interiore ed esteriore: l'avvicinarsi di *Melancholia* alla Terra imita, infatti, il sopraggiungere della depressione in Justine. La protagonista rimane in ascolto rispetto a ciò che sta sopravvenendo e attende l'inevitabile e l'ineluttabile.

L'elemento patologico trascina la protagonista verso il basso (scena iniziale in cui Justine nel suo abito da sposa che tenta faticosamente di camminare, mentre rami e radici le allacciano polsi e caviglie rallentandola). Nel corso del film, parallelamente al decorso della malattia, Justine appare progressivamente "emergere dal basso": inizialmente bisognosa di cure, la donna diventa riferimento e specchio per la sorella. Proprio l'avvicinarsi della catastrofe favorisce un ribaltamento di prospettive e di ruoli, che porta a un ri-specchiamento tra le due figure, a partire dallo spettro comune dell'angoscia.

La tensione che pervade il film nasce proprio dalla dinamica tra possibilità e probabilità, e se la scienza sembra fallire la sua missione di comprensione della realtà fisica, questo compito viene affidato all'intuito della malattia che acuisce le percezioni e, in ultima istanza, è l'unica in grado di rivelare la verità.

Attraverso il titolo e il riferimento all'opera di Dürer, *Melancholia I*, possiamo leggere la

trasformazione di Justine in chiave alchemica. Parendo dal presupposto che "la depressione è soprattutto metamorfosi e spesso arricchimento interiore" (Carotenuto 2000), il disturbo depressivo si pone come un tentativo della psiche di ri-orientare e arricchire la personalità. Il simbolismo alchemico esprime dunque, con differenti termini, l'evoluzione della personalità. Gli alchimisti cercavano di trasformare i metalli in oro. In realtà, chiudendosi nei loro laboratori, essi trasformavano se stessi. Gli alchimisti, in principio, percorrevano la via della nigredo, termine latino che sta per neritudine, nero. In termini junghiani questo corrisponde alla ricerca dell'Ombra.

La vivificazione degli archetipi può provocare un effetto perturbante sulla coscienza. L'incontro con il nero è la prima scoperta di ciò che non ci piace.

Risulta molto facile rintracciare un rapporto causale tra la nigredo e la melanconia riconducendole nell'alveo di una cultura psicoanalitica che si distacca radicalmente dalla nozione di inconscio freudiano. Jung, infatti, definisce il primo stato come "lo stato latente, nascosto, che può essere trasportato nel secondo stato, quello manifesto, in virtù dell'arte e della grazia divina". Da un punto di vista simbolico una delle immagini più forti dell'immaginario alchemico-depressivo, quasi un emblema, è quella del Sole Nero, rappresentato nella sua condizione metallica del piombo. Quando il fuoco dell'alambicco, il fuoco psichico, purifica gli elementi, si produce la seconda fase, si entra in ciò che gli alchimisti chiamavano albedo.

È lo stadio di chiarificazione e d'intensificazione della vita e della coscienza. Con l'albedo nasce una luce che può arrivare dopo un periodo di depressione molto grave. Anche l'analisi può rappresentare l'uscita da questo nero.

Nell'ultima fase alchemica il biancore della luce della coscienza può diventare il rossore della rubedo, che per Jung potrebbe portare alla scoperta del Sé. Potremmo scoprire il processo alchemico della coniunctio, trovare la pietra filosofale. L'unione finale, la più elevata, era per gli alchimisti l'unione degli opposti.

In *Melancholia* assistiamo alla *coincidentia oppositorum* e all'ultimo stadio del processo alchemico, ossia la ri-fusione degli elementi. Infatti, il caos iniziale è evidenziato proprio dall'indifferenziazione dei contrari e dal loro

coesistere nello stesso tempo e nello stesso spazio, ma in maniera confusa e disordinata. L'acmé dell'iter alchemico ha lo scopo di sottrarre gli opposti dalla condizione di disarmonia e di fonderli in una nuova, armonica totalità. In *Melancholia* questa convivenza degli opposti viene ricalcata ripetutamente (le due sorelle, Justine e il cognato, la Terra e Melancholia, scienza e intuizione...). Se la Terra e Melancholia rappresentano le polarità per eccellenza, la loro collisione, enfatizzata dall'ultima e spettacolare immagine del film, rimanda proprio a un inglobamento, ossia alla fusione degli opposti dell'ultimo stadio alchemico.

Riferimenti bibliografici

Carotenuto A. (2010) *Il fondamento della personalità*, Studi Bompiani, Milano.

DIMENSIONE FEMMINILE E DIMENSIONE MASCHILE

di Andrea Zucconi

*Psicologo psicoterapeuta, specializzato presso la Scuola di
Psicoterapia Comparata*

Il film “*Melancholia*” di Lars von Trier presenta allo spettatore due protagoniste femminili molto diverse tra loro. Claire e Justine sono due sorelle, due giovani donne di circa trent'anni che affrontano la vita in modi opposti.

Claire è una donna forte e sicura di sé, razionale, perfettamente integrata all'interno della società. Claire ha un marito che le vuole bene e con il quale condivide la necessità di orientarsi nella vita seguendo delle regole prestabilite. Entrambi hanno interiorizzato i dettami imposti da una mentalità logico-scientifica in cui nulla è lasciato al caso ma dove tutto segue una fissa linearità legata alle regole di causa ed effetto.

Justine è una ragazza creativa che lavora inventando slogan pubblicitari. Tutto ciò che fa segue una sua logica interna. Per tale motivo ogni sua scelta e ogni suo comportamento appaiono

irrazionali e in contrasto con le regole logico-formali della società contemporanea. Tutto in lei riconduce a una dimensione primitiva, istintuale, legata alle passioni umane più vere ed autentiche, scevra dai vincoli e da mistificazioni. Justine, inoltre, ha un rapporto privilegiato con la natura, soprattutto con gli elementi più selvaggi e indomabili.

Aldo Carotenuto (2001) descrive queste caratteristiche attraverso due fondamentali polarità della vita e dell'esistenza umana che lui chiama “elemento apollineo” ed “elemento dionisiaco”. Il primo è contraddistinto da razionalità, perfezione, linearità e simmetria, il secondo contiene in sé elementi anomali, ribelli e rivoluzionari legati a dimensioni arcaiche, primitive e istintuali dell'essere umano. Secondo l'autore una vita esclusivamente apollinea non può considerarsi vita. Escludere l'elemento irrazionale, dionisiaco, in favore di una direzione stabilità dall'esterno e socialmente condivisa preclude all'essere umano la possibilità di evolversi e di raggiungere la propria totalità e la propria individualità. Ignorare la voce interna che nasce dal profondo dell'anima fa sì che venga accantonata una parte importante della propria esistenza, una parte fondamentale che prima o poi verrà a chiedere il conto. Carotenuto sottolinea anche che lasciarsi andare e cogliere gli aspetti più dionisiaci di noi stessi è sempre un'esperienza dolorosa e difficile che espone alla sofferenza e alla solitudine. Accettare questa parte di sé può rendere trasformativa l'esperienza e permette di non soccombere sotto il peso della sua straordinaria forza. La paura di soffrire e di rimanere da soli scatena il tentativo di repressione dell'elemento dionisiaco e l'ancoraggio forte e saldo ai principi espressi dall'elemento apollineo. Per questo Carotenuto parla di un percorso, di una strada da percorrere per riconoscere la spiritualità intrinseca dell'essere umano, una strada irta di ostacoli e di difficoltà che permetterà di riconoscere gli aspetti arcaici e primitivi di sé senza per questo farsi travolgere e dimenticare gli aspetti più razionali e rigorosi dell'esistenza umana necessari per vivere in società.

Le due figure femminili presentate nel film mostrano l'impossibilità di basarsi esclusivamente su uno dei due aspetti. Entrambe dovranno compiere un percorso interiore per riuscire ad accettare, o almeno a riconoscere,

anche in sé un po' dell'altro aspetto fino a quel momento completamente negletto. Claire acconsentirà a formare un cerchio “magico” e ad aspettare inerme l'arrivo dell'inesorabile schianto. Justine, all'inizio, cerca di affacciarsi all'elemento apollineo utilizzando metodi convenzionali che non le appartengono e che finiranno inesorabilmente per mostrare la loro inadeguatezza: il matrimonio perfetto messo in scena nella prima parte del film può terminare solo con un fiasco clamoroso e una caduta nella solitudine più totale. Tutto questo accade perché tentare di appropriarsi di qualcosa senza seguire la propria natura ma incollandosi addosso una maschera preconfezionata e costruita per noi da qualcun altro aiuta solo a mettere in mostra la nostra incapacità, i nostri limiti e per questo l'unico effetto a cui può portare è la tristezza e una disperazione quasi insostenibile. Soltanto quando Justine riuscirà a far proprio l'elemento razionale, utilizzando le proprie conoscenze e le proprie abilità, potrà rendere trasformativa l'esperienza della solitudine e diventare la portatrice di una nuova scienza, il leader del gruppo che guida gli altri membri nella messa in atto di una soluzione. La scienza in questo caso si chiama magia ed essa porta con sé rituali e spiegazioni, linearità e razionalità.

Ci si potrebbe domandare se accettare se stessi e ciò che siamo sia ugualmente giusto se poi ciò porta alla distruzione. Justine permette alla sorella di accettare gli eventi e di sedersi in attesa dell'inevitabile, non dà una soluzione reale ma solo la possibilità di fermarsi e di attraversare ciò che sta accadendo. Il pianeta verrà distrutto. La distruzione appare sempre come qualcosa di negativo, la fine di ogni cosa, ma osservando l'esplosione della Terra mostrata nel film, sorge spontanea una domanda: cosa c'è dopo? Si dà per scontato che sia qualcosa di negativo o semplicemente il nulla, non ci soffermiamo molto spesso a pensare che forse da quello schianto, da quel cataclisma, qualcosa di nuovo possa germogliare, che una nuova vita possa nascere dalla forza scatenata dall'esplosione appena avvenuta.

Il maschile, nel film di Von Trier, non sostiene la potenza di queste due figure femminili, nonostante il diverso tipo di relazioni che Claire e Justine intessono con questo aspetto. La prima si appoggia al marito considerandolo una guida e un sostegno alle sue convinzioni razionali e

scientifiche, la seconda sfrutta il maschile per ottenere un appagamento fisico oppure come maschera con cui mantenere un'apparenza superficiale di adeguatezza sociale. In entrambi i casi, il maschile soccombe e viene in qualche modo espulso, come se non ci fosse spazio a sufficienza per accettare anche la sua presenza e le sue ambivalenze. Perfino il maggiordomo scompare, anche lui, come rappresentante del lato maschile, non ha un posto all'interno del mondo di “Melancholia”.

I diversi aspetti della vita descritti da Carotenuto e rappresentati dalle due sorelle sono presenti in maniera uguale anche nell'anima maschile ma in tutto il lungometraggio si mette in evidenza la debolezza di questi aspetti e la loro impossibilità a resistere alla forza travolgente del femminile. L'unico modo in cui il maschile può sopravvivere viene rappresentato da Leo, il figlio di Claire. Leo è un bambino, un'esistenza ancora in formazione, che ha bisogno di aiuto, di sostegno e di una guida. Nella prima parte del film Leo è completamente in linea con le regole familiari, si affida alla scienza e alla ragione per far fronte alla situazione che sta vivendo. L'attrazione per l'aspetto più arcaico e primitivo dell'esistenza è già presente in lui ma è solo dopo l'evidente sconfitta della razionalità che si lascerà completamente guidare dalla magia e dagli aspetti più profondi della vita, quelli rappresentati dalla “zietta spezza acciaio”.

La mancata integrazione tra tutte le parti del Sé, soprattutto la sparizione dell'elemento maschile, fa sì che il cerchio, l'unità, “Melancholia”, travolga completamente i tre protagonisti. Come si legge nell'opera di Neumann (1949) “Storia delle origini della coscienza” il periodo in cui il femminile utilizza il suo strapotere sul maschile che inesorabilmente soccombe è solo una fase intermedia nel percorso di crescita e sviluppo della coscienza. Per raggiungere la totalità del Sé, e quindi l'individuazione, è necessario superare questa fase, sconfiggere il drago, ossia gli elementi mostruosi e ancestrali del femminile, e ottenere un'integrazione e un equilibrio tra i diversi aspetti dell'esistenza. Solo affrontando questa faticosa lotta e accettando la sofferenza imposta dalla ricerca di se stessi sarà possibile creare un'unità consapevole che mantiene distinti i vari elementi che la compongono essendo allo stesso tempo inscindibilmente legati tra loro. In caso contrario la sopraffazione sarà

totale e sarà impossibile distinguere i differenti elementi alcuni fusi l'uno con l'altro e altri completamente esclusi.

Nel mondo rappresentato in “Melancholia”, non è possibile raggiungere la totalità necessaria e lo schianto diventa inevitabile. Nonostante i passi avanti effettuati dalle protagoniste per riconoscere in se stesse anche la presenza dell'altro elemento, non è ancora possibile scorgere in loro ancora una vera integrazione tra i due aspetti, la strada da percorrere è ancora molto lunga e irta di ostacoli e di difficoltà. Oltre a ciò la mancanza delle figure maschili corrispondenti rende impossibile completare il cerchio che rimane amputato di una parte importante dell'esistenza, una parte altrettanto sfaccettata e complessa come quella rappresentata da Claire e Justine e che non può essere sostituita dalla presenza di un solo elemento maschile, per giunta ancora in fase di sviluppo e quindi, per sua natura, incompleto.

“Esso si presentò come archetipo della triade, che reclama il quarto a suo completamento, come ha sempre mostrato la storia di questo archetipo” (Jung, 1963).

Riferimenti bibliografici

- Carotenuto A. (2001). *“L'anima delle donne”*. Milano: RCS libri
- Jung C. G. (1963), *“Erinnerungen, traume, gedanken von Carl Gustav Jung”*. New York: Random House Inc. (trad. it. Ricordi, sogni, riflessioni. Milano: RCS Rizzoli libri S.p.A., 1992)
- Neumann E. (1949). *“Ursprungsgeschichte des bewusstseins”*. Zurich: Rascher Verlag. (trad. It. Storia delle origini della coscienza. Roma: Astrolabio-Ubaldini Editore, 1978)

MELANCHOLIA E TERAPIA

di Davide Strosio

*Psicologo psicoterapeuta, specializzato presso la Scuola di
Psicoterapia Comparata*

Lo splendido film di Lars von Trier si presta a numerose chiavi di lettura. Una di esse potrebbe essere quella di considerare le vicende e il contesto narrati come una metafora del rapporto tra terapia e l'ineluttabile ovvero, letteralmente, ciò contro cui non si può lottare.

L'ineluttabile, infatti, attraversa il setting terapeutico in molti modi, vediamo alcuni.

Dal punto di vista del terapeuta esiste un limite invalicabile rappresentato dal tipo di patologia, e di risorse, presentate dal paziente che ha davanti. Esistono forme patologiche per le quali la guarigione non è prevedibile, rispetto alle quali si potrà parlare solo di cura ma non di risoluzione, discorso per certi versi valido per ogni condizione.

Oppure, in situazioni più fortunate, il terapeuta condivide un percorso con il paziente che potrà essere costellato da momenti di progresso e altri di regresso, da scelte che, almeno apparentemente, il paziente compirà in una direzione controproducente, magari procrastinando cambiamenti inevitabili, permanendo in relazioni o comportamenti distruttivi. Nulla potrà fare il terapeuta in questi casi, sia perché non ne ha i mezzi – non potendo costringere il paziente né dirigerne le scelte – sia perché, in definitiva, egli non sa cosa sia veramente meglio per il paziente, oppure per quale strada il bene possa arrivare. Non potrà nulla inoltre, rispetto alla possibilità che il paziente ha di abbandonare la terapia in qualsiasi momento, magari rifuggendo da un possibile cambiamento positivo o per, a volte reali, impedimenti di natura pratica o economica.

Il terapeuta è costretto, direi per fortuna, a lasciare al paziente la sua libertà, anche quella di agire per il proprio male, la libertà di seguire i propri tempi e non quelli dei desideri pericolosamente salvifici di chi vorrebbe aiutarlo.

Esiste infine un altro limite ineluttabile, quello relativo alle necessariamente confinate capacità del terapeuta stesso. Egli non può riuscire sempre, né poter lavorare con ogni paziente. La sua preparazione non potrà permettergli di affrontare ogni situazione, il suo background personale non gli permetterà di entrare in una proficua relazione con ogni paziente.

L'ineluttabile, però, si presenta non solo all'interno del setting, ma anche al di fuori di esso. I due attori della relazione, infatti, conducono le loro esistenze nella realtà esterna, per definizione sottoposta al giogo dell'imprevedibile.

Tra i temi principali che vengono portati dal paziente durante le sedute, vi sono infatti tutta una serie di avvenimenti, di solito indesiderati,

che semplicemente “accadono” e non possono essere evitati. A essi è possibile provare a ribellarsi, spesso senza risultati, oppure possono essere vissuti con impotenza o, come spesso accade, elusi dalla coscienza tramite forme più o meno sofisticate di diniego.

Anche il terapeuta, da parte sua, è soggetto ad avvenimenti dalla stessa valenza, anche la sua vita può, e prima o poi le è, essere sconvolta da fatti che, ineluttabili, si presentano a minarne ogni certezza. Egli per primo, quindi, dovrà essere in grado di affrontare tutto ciò con un atteggiamento che gli permetta di vivere ciò che gli accade senza esserne distrutto ma senza evitare il confronto con esso. Si tratta, in sostanza, di riuscire ad andare avanti nel proprio percorso di vita “nonostante” quello che è successo. Tale capacità del terapeuta è fondamentale dato che, come ci ha insegnato Jung, egli non potrà mai portare un paziente più in là di dove è arrivato lui stesso (Jung 1943, p. 89).

Seguendo questa prospettiva il film di Lars von Trier si rivela denso di indicazioni interessanti, in particolar modo utilizzando l'approccio, da Jung applicato ai sogni, di interpretazione a livello del soggetto, una metodica che concepisce le figure del sogno come personificazioni di certi aspetti della personalità del sognatore.

Claire, allora, potrebbe rappresentare l'Io del terapeuta, come pure del regista, che si confronta con l'ineluttabile ondeggiando continuamente tra le varie posizioni possibili. A essa si affianca la figura del figlio, che potrebbe incarnare il bisogno di trovare qualcuno o qualcosa a cui affidarsi, una possibile fonte di rassicurante certezza.

John, marito di Claire e cognato di Justine, dinanzi al terrificante e incomprensibile avvicinarsi del pianeta Melancholia, propone la soluzione scientifica, il ricorso alla tecnica che, efficace finché funziona, diventa muta quando raggiunge i suoi limiti. Il personaggio di John viene presentato come portatore di una illusione incapace di attingere un senso da ciò che è incontrollabile, in aperto contrasto con il punto di vista di Lars von Trier e ne rappresenta forse un aspetto di Ombra. Il regista danese, infatti, è un accanito sostenitore di una certa quota di improvvisazione all'interno del proprio lavoro, egli non desidera controllare tutto, anzi attende che qualcosa accada, convinto, come ha

affermato in una intervista, che “gli errori sono regali”. Accanto a questa apertura, probabilmente, vive la tendenza alla programmazione, in parte utile e necessaria, in parte pericolosa.

Justine, infine, da vita alla possibilità di rassegnarsi, dapprima depressivamente e poi attivamente, dinanzi agli eventi che non possono essere mutati, finendo per divenire l'unico punto di riferimento sensato, ovvero portatore di senso, per Claire e per il nipotino, il quale con una certa intuizione la chiama “la zietta spezza acciaio”. La soluzione al dilemma posto dall'arrivo del pianeta Melancholia viene quindi proposta proprio dal personaggio apparentemente più fragile, ma in quanto tale più capace di ascolto e meno attaccato a soluzioni preconfezionate.

In questa chiave di lettura, allora, il setting terapeutico diventa una “grotta magica”, un luogo sicuro dove rapportarsi alla trasformazione, anche quando questa prende la forma del sapersi abbandonare all'impossibilità.

Riferimenti bibliografici

Jung, C.G. (1943) *Psicoterapia e concezione del mondo*, trad. it., in *Opere*, vol. XVI, Bollati Boringhieri, Torino, 1981, pp. 87-94

Master in mediazione familiare

e tecniche di mediazione in ambito educativo, civile, penale

2 anni - 328 ore - riservato a laureati

prossima edizione: febbraio 2018

Completamente aggiornato! (Norma nazionale sul mediatore familiare: UNI 11644)

in fase di accreditamento presso

Associazione Italiana Mediatori Familiari (AIMEF)

Ordine degli Assistenti Sociali



COSMOLOGIA DI UNA VITA VIOLENTA

di Chiara Fabretto

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

Amato, odiato, criticato, osceno, emulato, sono tutte sfaccettature della figura di Pierpaolo Pasolini. Un artista talmente libero nella scrittura e nella cultura da risultare controverso e fastidioso.

Nato a Bologna da madre friulana e padre romagnolo, Pasolini si interessa fin da giovane alla cultura popolare e ai dialetti italiani, decidendo di iscriversi alla facoltà di lettere. I suoi interessi lo portano a diventare scrittore, giornalista, cineasta e regista, con l'obiettivo di arrivare alla gente comune, quella che lavora 12 ore al giorno e vive nelle case popolari. La sua esperienza lo porta a conoscere i "ragazzi di vita" (Pasolini, 1955) ed è a loro che Pasolini voleva parlare, narrandone le storie nei suoi libri e nei suoi film.

Una vita violenta è un romanzo del 1959 e narra la storia di Tommaso Puzilli, un ragazzo del quartiere romano di Pietralata, un paese nella periferia di Roma. Egli è fin dall'infanzia immerso in una realtà dedita alla violenza e alla delinquenza; furti, rapine e prostituzione scandiscono la vita del protagonista e dei suoi amici di borgata, i quali vivono al di fuori di ogni ordinamento sociale che li possa condizionare.

La descrizione che ne dà Pasolini porta il lettore a raffigurarsi l'immagine classica del giovane di borgata che non conosce altri modi di affrontare la vita, se non la violenza e la delinquenza. La figura di Tommasino segue il mutamento politico e sociale del secondo dopoguerra, partendo da uno scenario fatto di baracche ed estrema povertà, realtà nella quale la violenza è considerata la sola arma vincente; sono gli anni del secondo dopoguerra, dove le grosse ondate migratorie e la distruzione della città ha confluìto

nel creare un'ambientazione cruda della realtà del tempo.

Con il passare degli anni Tommasino inizia un cambiamento interiore che lo porta a desiderare una vita al di fuori del mondo violento e ingiusto; il suo tentativo di cambiare vita e inserirsi nella società viene bloccato dopo l'aggressione ad un giovane, in seguito al quale viene condannato a due anni di detenzione. Uscito di prigione, Tommasino, deciso e determinato a cambiare drasticamente la propria vita, si ammala di tubercolosi e viene ricoverato; la degenza in ospedale lo porta a riflettere sulla sua vita e sul desiderio di riscatto individuale e sociale. Nel farlo, aderisce al Partito Comunista Italiano, ma l'aiuto e il salvataggio di una donna durante un'inondazione di acqua e fango gli procura un violento riacutizzarsi della malattia e lo condanna alla morte.

Il romanzo pasoliniano può essere azzardatamente definito un trattato di storia violenta, nel quale gli anni di delinquenza e di estrema povertà non si radicano forzatamente nella vita del protagonista, piuttosto tendono ad influenzarla. La violenza scritta da Pasolini è usata dai giovani protagonisti del romanzo come strumento di difesa ma anche come mezzo di divertimento; alla base di questa visione vi è la teoria sottoculturale secondo la quale la devianza giovanile è il risultato della condivisione di valori violenti tra persone che appartengono al medesimo ceto sociale e che si sentono rifiutati dalla società di appartenenza.

Dietro alle azioni violente contro la persona e la società si cela il termine *violenza*, derivante dal latino *violentum*, che significa violare, la cui

radice è vis, ovvero forza. Violenza presuppone quindi un certo grado di forza, sia essa fisica o mentale, che viene esercitata nei confronti di un'altra persona al fine di determinare in essa una sofferenza.

Alla base della violenza è identificabile il binomio amore-odio: da un lato il piacere perverso nel provocare sofferenza e nel ricevere dolore, inclinazioni che possono essere riconosciute a livello diagnostico come disturbo da sadismo sessuale o disturbo da masochismo sessuale e che si nutrono di flagellazioni, torture e sodomie e dall'altro l'odio, inteso come il sentimento antitetico all'amore, che si pone alla base dei crimini più efferati, scatenati dal sentimento di vendetta per un torto che ha determinato una sofferenza e che mantiene il soggetto nella stazionaria posizione di persona che ha subito il danno e che deve ricambiare il male subito. Quale sia allora la causa che scaturlisce in una persona rendendola autrice di un fatto contrario alla legge o di un reato efferato, è difficile da delineare poiché sono molti gli aspetti che intervengono nelle dinamiche violente.

Le radici dell'agito violento sono quindi complesse e non identificabili in un unico contesto, ma spesso sono riconducibili ad aspetti psicologici e psicopatologici, che indubbiamente riguardano l'ambito delle primarie relazioni che la persona istaura fin dalla nascita.

Importanti ricerche che sono state effettuate nel corso degli anni si sono rese fautrici della concezione che il bambino è il protagonista assoluto del suo sviluppo e delle sue conseguenti condotte, siano esse sane e normali, o patologiche e violente.

Un ruolo basilare alla nascita dell'azione aggressiva è rivestito dalle cure inadeguate che una madre riserva al figlio, in termini di deprivazione e perdita della figura materna; a tal proposito, John Bowlby, psicologo e psicoanalista britannico, ha individuato un collegamento diretto tra qualità di attaccamento e aggressività nel bambino che diviene adulto, sostenendo che crescere in contesti relazionali inadeguati, nei quali la figura di riferimento è spesso ansiosa, ambivalente, inaffidabile o rifiutante, agevola lo sviluppo di agiti aggressivi e condotte violente. Egli sostiene che i soggetti che sono nati e cresciuti in contesti relazionali nei quali erano presenti esasperazioni anormali

di attaccamento, possono manifestare forme di ritorsione e di aggressività che sono dovute all'anormalità del proprio processo di attaccamento tenuto nell'infanzia (Bowlby, 1989).

A tal proposito, secondo Bowlby esistono due tipologie di rabbia:

- La rabbia *coercitiva* è quella considerata sana e normale, utilizzata dal soggetto al fine di trattenere il partner dell'attaccamento; "è osservabile quando una madre, il cui bambino ha stupidamente attraversato la strada senza guardare, lo rimprovera e lo punisce con una rabbia che nasce dalla paura. È osservabile quando un partner sentimentale rimprovera l'altro per essere stato sleale" (Klein, 1998).

- La rabbia *disfunzionale* è quella che porta ad un allontanamento del partner invece che alla sua vicinanza. Tale collera è appunto controproducente ai fini del mantenimento del legame, e per questa ragione determina l'attenuazione di quest'ultimo provocando il nascere di sentimenti di vendetta contro la figura di attaccamento. In tal caso, le separazioni prolungate determinano da un lato un aumento della rabbia, dall'altro l'indebolimento dell'amore.

In questo caso il soggetto può mettere in atto comportamenti di acting out, che si palesano nell'azione impulsiva e spesso violenta che cela sentimenti emotivi conflittuali all'interno della persona. Questi impulsi, spesso di natura aggressiva e sessuale, sono scaricati nei confronti di oggetti esterni senza considerare le possibili conseguenze che possono intervenire in seguito a dette azioni. In età infantile, spesso i comportamenti manifesti di acting out includono pianto, lotta, tenere il broncio, iperattività, minacce verbali, agiti aggressivi, autolesionismo (Accardo e Whitman, 2007).

Diverso è il riferimento al periodo adolescenziale, durante il quale il soggetto vive turbamenti e conflittualità continue che possono scemare la sua capacità di controllo e portare alla messa in atto di agiti violenti.

L'acting out, come espressione di azioni impulsive e spesso aggressive, è generalmente riferito alle azioni violente criminali che possono essere agite dalla persona che manifesta immaturità affettiva ed un legame di attaccamento spesso disfunzionale.

L'azione violenta, aggressiva, criminale, omicida pone quindi le proprie basi nel comportamento di attaccamento che sviluppa l'individuo nelle prime fasi della sua vita.

Dal punto di vista *psicopatologico*, indubbiamente il malessere mentale può agevolare la condotta antisociale e aggressiva e scemare la capacità decisionale di compiere un atto. In tal senso, il Sistema Penale Italiano si propone di accertare l'imputabilità del soggetto, ovvero la sua capacità di intendere e volere al momento della commissione del fatto, in modo tale da garantire la pena adeguata all'autore di reato ed eventualmente una basilare assistenza sanitaria.

Nell'ideologia comune, l'autore del crimine efferato è spesso considerato un soggetto psicopatico, dal volto ingannevole e dal fascino superficiale, che si dimostra essere freddo e strategico nella messa in atto di crimini violenti. Una delle personalità maggiormente influenti nel campo della psicopatologia fu Harvey Cleckley che definiva tali soggetti come coloro che, nascosti dietro la maschera della sanità, apparivano assolutamente integri e adattati coerentemente alla società ma che celavano aspetti imbrogliatori e bugiardi, manipolatori ed irresponsabili.

Dopo aver analizzato molti pazienti psichiatrici, Cleckley individuò sedici attributi comuni ai soggetti psicopatici (Bianchi e Giusti, 2010):

- fascino superficiale e spiccata intelligenza;
- assenza di stati delusivi o di altre forme di pensiero irrazionale;
- assenza di preoccupazione (agitazione, nervosismo, apprensione) o di manifestazioni psiconevrotiche;
- inaffidabilità;
- falsità e tendenza alla menzogna;
- assenza di rimorso e vergogna;
- comportamento antisociale non adeguatamente motivato;
- povertà di giudizio ed incapacità di imparare da esperienze pregresse;
- egocentrismo patologico e incapacità di amare;
- povertà generale nelle principali reazioni affettive;

- spiccata assenza di incapacità di introspezione;
- insensibilità nelle relazioni interpersonali;
- tendenza alla fantasticheria e comportamento scostante, sia sotto effetto di alcol che non;
- tendenze suicide raramente messe in pratica;
- vita sessuale promiscua e scarsamente integrata;
- assenza di obiettivi realistici e a lungo termine.

Indubbiamente, la definizione di psicopatologia ha è oggetto di dubbi negli studiosi odierni. Nonostante ciò, sebbene non esista una classificazione diagnostica per l'individuo psicopatico, oggi continua a sussistere il suo utilizzo in campo criminologico, definita come un complesso di caratteristiche affettive e comportamentali caratterizzate da impulsività, irresponsabilità, assenza di empatia, manipolazione, agiti aggressivi, egocentrismo e violazione di norme sociali che spesso sono correlate all'individuo che si rende autore del crimine violento. Ora si è quantomeno concordi nel ritenere che questo soggetto manipolatore e strategico può presentare una diagnosi di disturbo di personalità, così come un disturbo depressivo o una condotta dedicata all'assunzione di alcolici e di sostanze psicotrope.

La psicopatologia dei comportamenti impulsivi e aggressivi può quindi riguardare disturbi di personalità, quali l'antisociale, il cui aspetto essenziale è un quadro pervasivo di inosservanza e di violazione dei diritti delle altre persone, il borderline, caratterizzato da instabilità emotiva delle relazioni interpersonali e della propria immagine o il narcisistico, caratterizzato dalla notevole necessità di ammirazione e autoesaltazione.

Condotte violente inappropriate sono talvolta riscontrabili anche nei disturbi depressivi, nei quali vi è un alto rischio di suicidio, identificabile come attacco al proprio corpo per porre fine alla sofferenza che pervade la persona.

Il disturbo depressivo spesso rende la persona irritabile, ansiosa, apatica e stanca, ma può celare condotte aggressive verso se stesso e nei confronti delle altre persone. Ne è un esempio,

la madre che uccide la propria figlia e si toglie la vita, per evitare il peso della sofferenza che la depressione perinatale ha inferto alla donna. L'infanticidio è talvolta associato ad episodi psicotici postpartum contrassegnati da deliri di possessione del neonato o allucinazioni che ordinano alla madre di uccidere il piccolo. A tal proposito, anche nei disturbi dello spettro della schizofrenia possono verificarsi condotte autodistruttive e aggressive, che solitamente sono conseguenti a deliri ed allucinazioni uditive che invitano la persona a compiere azioni violente o anomale.

Anche nel consumo di alcolici e sostanze psicotrope possono essere individuati molti comportamenti aggressivi e violenze psicologiche, fisiche e sessuali, che alcuni ricercatori associano alla riduzione del controllo cognitivo e della percezione. La disinibizione come diretta conseguenza all'assunzione di alcool o droga può agevolare la messa in atto di aggressioni contro la persona, piuttosto di violenze carnali o altre azioni criminali perseguibili dalla legge.

È quindi possibile affermare che l'agito violento come attacco al corpo, aggressione carnale, maltrattamento fisico e verbale, violenza sessuale, fino al compiersi dell'omicidio doloso, può essere dovuto o agevolato da una condizione psicopatologica di base, che risente della necessità di essere indagata, al fine di una corretta valutazione in campo penale, quanto di un supporto terapeutico alla persona resosi autrice dell'azione violenta.

Un altro aspetto ritenuto al centro del tema della violenza è l'esperienza di vergogna; apprendere e riconoscerla permette di allontanare i vissuti di inadeguatezza e sofferenza che stanno alla base del malessere sociale esperito dall'attore di reato violento. Michael Lewis (1995), pediatra e psichiatra statunitense, ritiene che il sentimento della vergogna derivi non tanto dall'evento esterno che crea disagio nella persona, ma dall'attribuzione valutativa che quest'ultima rivolge a detto evento. Sensibilizzare al vissuto di vergogna invita ad allontanare il pensiero di disagio che consegue il provare tale sentimento; arrossire, percepire il sudore nelle mani, il tremore nelle gambe e il battito che pian piano accelera quasi fino ad esplodere, non sono aspetti che devono essere mascherati; avvertire

queste sensazioni equivale a dire che l'uomo ha introiettato i valori morali e le norme sociali della comunità in cui vive. In caso contrario, egli può palesare comportamenti violenti e antisociali sino all'esercitare azioni malvage contro la persona che ha causato in lui il sentimento di vergogna.

Ciò è reso possibile attraverso la capacità di mentalizzazione, definita da Fonagy "funzione riflessiva", che permette il riconoscimento dei propri e altrui comportamenti. Mentalizzare definisce l'attività mentale che permette di interpretare e comprendere il comportamento proprio e altrui in termini di stati mentali come bisogni, sentimenti, convinzioni, intenzioni, credenze e desideri.

Acquisendo tale capacità, il soggetto comprende che la persona con la quale si relaziona può avere una prospettiva diversa dalla propria, può vedere le cose da un punto di vista differente e di conseguenza impara a controllare e adattare il proprio comportamento negli scambi interpersonali (Fonagy e Target, 2001).

In questo processo di sviluppo è fondamentale il supporto e la presenza della madre, che nel rapporto con il bambino, mette in atto il meccanismo del rispecchiamento affettivo. Questa funzione è basilare alla formazione dell'identità del bambino, permettendo ad esso di esperire l'emozione di tristezza della madre quando vede il figlio piangere, intercalata da sorrisi finalizzati al calmarlo; questi vissuti permettono al piccolo di prendere coscienza degli stati mentali della madre e di differenziarli da sé.

È dunque comprensibile che un rispecchiamento positivo sulla base di sorrisi, espressioni buffe e risate riflette emozioni positive che permettono al bambino di riconoscere i propri vissuti senza nessun timore; d'altro canto, quando la madre è ansiosa e tesa, il riflesso esperito dal figlio viene inevitabilmente influenzato in modo negativo. In questo caso, il bambino può non sviluppare la capacità di interagire con gli stati mentali primariamente propri, e di conseguenza anche della persona con la quale si relaziona.

Un importante studio di Fonagy presso la Menninger Clinic ha validato la sua ipotesi riguardante l'incapacità di riconoscere gli stati mentali altrui in soggetti che agivano in modo violento. Egli analizzò bambini dai cinque agli

otto anni che avevano subito abusi da genitori abusanti, maltrattanti e spesso abbandonici e notò che questi figli dimostravano avere un attaccamento disorganizzato, manifestando da un lato la disperata vicinanza fisica, dall'altra la necessità di distanziarsi a livello mentale. Secondo Fonagy tale bambino, maltrattato o trascurato, non ricevendo un rispecchiamento affettivo adeguato da parte della figura genitoriale, riconosce solamente sentimenti di odio e di rabbia che interiorizza in se stesso. In tal caso, al bambino rimane la sola possibilità di espellere al di fuori di sé queste immagini destabilizzanti che ha introiettato.

In ambito *criminologico*, un autore importante che ha indagato il tema della violenza contro la persona è il ricercatore americano Lonnie Athens. Fortemente interessato al fenomeno criminale, egli svolse negli anni Settanta, una serie di ricerche presso lo Iowa State Penitentiary, la California Institution for Men di Tracy, la California Institution for Women di Corona e la prigione della contea di Alameda, a Santa Rita, dove intervistò i detenuti chiedendo loro di descrivere dettagliatamente quello che pensavano mentre commettevano il crimine violento del quale si erano resi autori.

Assumendo l'atteggiamento dei detenuti intervistati, Athens si è proposto di dare un senso ai loro vissuti decisionali interiori; egli ritiene che, per quanto banale possa apparire un movente, esso è sempre dotato di senso poiché regolarmente deciso da chi agisce il crimine.

Tutto ruota attorno al dialogo elargito dall'individuo con il mondo interno, plasmato dai rapporti significativi con le persone fondamentali che hanno intensamente influito nella sua vita, sostenendo l'idea di una risoluzione violenta ai conflitti.

Secondo Athens, l'autore dell'aggressione, precedentemente all'azione o nel momento stesso in cui sta commettendo il reato, prende delle decisioni precise e agisce di conseguenza determinando l'azione cruenta. Il soggetto che commette il delitto inizialmente assume l'atteggiamento dell'altro e dà un significato a tale atteggiamento; conseguentemente egli dialoga interiormente con se stesso e con le figure significative del suo passato di cui ha interiorizzato gli atteggiamenti, al fine di decidere se l'atteggiamento tenuto dalla vittima

comporti o meno una condotta violenta; nel caso in cui la risposta a questa sua domanda interiore sia positiva, l'autore di reato aziona la violenza contro la persona.

L'uomo quindi si rende consapevole di poter decidere della propria vita e di poter cambiare drasticamente le proprie visioni violente, mutando gli aspetti valoriali del proprio mondo interiore. A detto proposito, Athens ha elaborato il concetto di cambiamento drammatico di sé, inteso come quel drastico mutamento della persona che sviluppa sistemi valoriali e di giudizio spesso totalmente diversi rispetto ad un momento precedente.

Con la sua teoria, Athens ha completamente dissesato le visioni comuni del comportamento violento, inteso come impulsivo e predeterminato, offrendo un'efficiente strutturazione di come nasce una personalità violenta e conseguentemente fornendo uno strumento di prevenzione alla condotta violenta. Comprendere quali sono i processi individuali che esperisce un soggetto che si rende autore di un reato contro la persona vuol dire individuare quali sono le modalità preventive da utilizzare con le persone che agiscono violenza.

Mutare la propria vita violenta è dunque possibile, come lo è stato per il giovane Tommaso Puzzilli, il quale in un momento preciso della sua vita ha deciso di iniziare a vivere al di fuori della delinquenza, lasciandosi alle spalle i furti e le scorribande giovanili.

“Una vita violenta” diventa quindi una storia di redenzione, di superamento di ideologie politiche e sociali al fine di prendere coscienza dei valori umani importanti e di salvare la propria vita.

Riferimenti bibliografici

Accardo P. & Whitman B. (2007). *Dizionario terminologico delle disabilità dello sviluppo*. Roma. Armando Editore.

Andreoli V. (2007). *La violenza. Dentro di noi attorno a noi*. Milano. Bur editore.

APA (2014). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano. Raffaello Cortina Editore.

Bianchi E. & Giusti E. (2010). *Devianze e violenze. Valutazione e trattamenti della psicopatia e dell'antisocialità*. Roma. Sovera Edizioni.

- Bowlby J. (1989). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano. Raffaello Cortina Editore.
- Carillo B. (2012). *Investigare il crimine d'autore con la psicologia e la criminologia investigativa*. Roma. Laurus Robuffo.
- Casey P. & Kelly B. (2013). *Fish. Psicopatologia clinica. Segni e sintomi in psichiatria*. Milano. Edi-Ermes.
- Cena L. & Imbasciati A. (2014). *Neuroscienze e teoria psicoanalitica. Verso una teoria integrata del funzionamento mentale*. Milano. Springer-Verlag.
- Ceretti A. & Natali L. (2009). *Cosmologie violente. Percorsi di vite criminali*. Milano. Raffaello Cortina Editore.
- Concato G. (2006). *Manuale di psicologia dinamica*. Firenze. AlefBet.
- De Zulueta F. (2009). *Dal dolore alla violenza, le origini traumatiche dell'aggressività*. Milano. Raffallo Cortina Editore.
- Donskis L. (2008). *Amore per l'odio. La produzione del male nelle società moderne*. Trento. Erickson.
- Filippini S. (2005). *Relazioni perverse. La violenza psicologica nella coppia*. Milano. Franco Angeli.
- Fonagy P. & Target M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano. Raffaello Cortina Editore.
- Fromm E. (1983). *Anatomia della distruttività umana*. Milano. Mondadori.
- Gallo E. & Ruggiero V. (1989). *Il carcere immateriale. La detenzione come fabbrica di handicap*. Milano. SONDA.
- Germano F. & Giusti E. (2003). *Terapia della rabbia. Capire e trattare emozioni violente di ira, collera e furore*. Roma. Sovera Editore.
- Gonin D. (1994). *Il corpo incarcerato*. Torino. Edizioni Gruppo Abele.
- Klein J. (1998). *Il nostro bisogno degli altri e le sue radici nell'infanzia*. Roma. Armando Editore.
- Lewis M. (1995). *Il sé a nudo. Alle origini della vergogna*. Firenze. Giunti Gruppo Editoriale.
- Lorenz K. (1982). *L'aggressività*. Milano. Euroclub.
- Monzani M. (2009). *Lezioni di psicologia criminale e vittimologia*. Napoli. Scriptaweb.
- Monzani M. (2011). *Percorsi di criminologia*. Padova. libreriauniversitaria.it edizioni.
- Pasolini P. (1955). *Ragazzi di vita*. Milano. Garzanti.
- Pasolini P. (1959). *Una vita violenta*. Milano. Garzanti.
- Rhodes R. (2001). *Perché uccidono. Le scoperte di un criminologo indipendente*. Milano. Garzanti.
- Simon R. (2013). *I buoni lo sognano i cattivi lo fanno. Psicopatici stupratori serial killer*. Raffaello Cortina Editore. Milano.
- Sternberg R. (2007). *Psicologia dell'odio. Conoscerlo per superarlo*. Trento. Erickson.
- WHO (1992). *ICD-10. The ICD 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva.
- Winnicott D. (2006). *Gioco e realtà*. Roma. Armando Editore.

LA REALTÀ RISTRETTA DI UN UOMO RECLUSO

di Chiara Fabretto

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

Questo articolo si propone di approfondire, anche attraverso una intervista effettuata alla Dott.ssa Tiziana Barchiesi, la condizione limitativa dell'individuo detenuto, un soggetto che si è reso autore di un fatto che la legge definisce reato e per questo condannato ad una pena detentiva da scontare all'interno di un carcere.

La fisicità dell'ambiente, cruda e fredda, con i cancelli alti propri dell'istituto, i corridoi lunghi e vuoti e le celle contenenti spesso tre detenuti in una cella adibita a singola utenza, è ciò che primariamente destabilizza il nuovo giunto nell'universo limitante e restrittivo del carcere. Questo determina inevitabilmente la violazione dei diritti fondamentali dell'individuo ristretto, non in quanto detenuto, bensì in quanto uomo. Il carcere è un luogo dove la mancanza si fa sentire nella fisicità, nell'affettività e nel tempo; il soggetto ristretto non solo diventa lui stesso un meccanismo basato su determinati orari prestabiliti, ma vive essenzialmente l'assenza del tempo. Tutto deve seguire un iter prestabilito, scandito nei tempi e negli spazi, richiesto sulla base della cosiddetta domandina che ogni detenuto deve compilare per soddisfare qualsiasi bisogno o richiesta. Tale domandina è un modulo che viene utilizzato dal ristretto per chiedere alla direzione del carcere di effettuare un colloquio con un operatore penitenziario, per l'acquisto di prodotti non presenti nella lista a disposizione degli internati, per ottenere alcuni libri in prestito dalla biblioteca, per frequentare determinati corsi scolastici o attività a cui è possibile accedere, o per sollecitare qualsiasi cosa si voglia.

Questa limitazione della libertà e della motilità dell'uomo recluso determina inevitabilmente un abbassamento delle difese immunitarie e psichiche, che possono portare alla nascita di patologie fisiche e psicologiche che possono ledere la persona in tutto ciò che la rende tale.

Questo articolo fa riferimento al lavoro pionieristico del ricercatore Vincenzo Ruggiero e del filosofo Ermanno Gallo, autori del libro "Il carcere Immateriale" e fautori di un'indagine qualitativa svolta in Italia, Francia e Spagna e al contributo essenziale di un esponente di punta della medicina penitenziaria europea, Daniel Gonin, autore del libro "Il corpo incarcerato".

Modificazioni psico-sensoriali dell'uomo detenuto

Il carcere "produce spersonalizzazione, infantilizzazione, espropriazione del tempo e della comunicatività" (Gallo, Ruggiero, 1989, p. 7).

Nel primo anno di detenzione, la persona reclusa può essere soggetta a sensazioni simili a vertigini, determinanti in lui l'angoscia del non sapere cosa gli accadrà in futuro, alle quali si accompagna una progressiva modificazione nella percezione sensoriale.

L'olfatto è uno dei primi sensi ad essere fortemente colpito al momento dell'entrata in istituto; diminuendo sempre più le capacità olfattive, l'individuo si ritrova a relazionarsi al nuovo ambiente privato di uno dei sensi fondamentali con cui l'uomo si rapporta al mondo.

La vista diminuisce progressivamente. La vicinanza dei muri e delle pareti divisorie e la conseguente messa a fuoco dell'occhio a brevi distanze, la lettura prolungata e spesso non

abituale, la scarsa illuminazione dei corridoi e delle celle ed inoltre l'esposizione per molte ore davanti al televisore, sono solo alcune delle motivazioni che possono determinare una limitazione della qualità della vista.

Per quanto riguarda l'aspetto uditivo, il ristretto può reagire tendenzialmente in due modi distinti determinando da una parte l'ipersensibilità ai rumori, dall'altra la condizione di sordità; lo stato di costante allarmismo provato dal soggetto all'interno della cella, sempre attento a percepire la presenza dell'agente penitenziario o del proprio compagno, il rumore del mazzo di chiavi, il chiavistello arrugginito che si chiude e l'accensione e spegnimento delle luci industriali convergono in un rumore che definisce l'ambiente del carcere.

Inaspettatamente anche il tatto è un senso che tende a scemare in un ambiente monotono come quello caratterizzante il carcere, in quanto si toccano una gamma troppo limitata di oggetti. Alcuni operatori riportano casi nei quali i detenuti richiedono materiali particolari, quali garze o cotone, al fine di mantenere un'ampia gamma tattile. In riferimento al tatto, non è possibile non considerare l'aspetto emotivo che la mancanza di questo senso comporta, ovvero la mancanza del sesso.

L'aspetto sessuale è un tema molto sensibile al mondo carcerario, in quanto la mancanza di soddisfacimento di questo desiderio determina molto spesso un'inclinazione a livello emotivo, sia per l'impossibilità di appagare un proprio bisogno, sia per la vergogna di avere rapporti omosessuali.

Dal punto di vista strettamente psicologico, il soggetto detenuto si ritrova in un mondo parallelo, all'interno del quale tutte le libertà ostentate precedentemente ora costituiscono solo un lontano ricordo al quale egli si lega con tutte le sue forze. In questo luogo, così ritualizzato ed uniforme, l'individuo perde i suoi riferimenti abituali che dapprima rappresentavano la sua vita. Tutti coloro che entrano in contatto con l'ambiente carcerario sanno che, al suo interno, è possibile incontrare determinate patologie, fisiche e psicologiche, e divenirne portatori.

In riferimento alle patologie detentive individuate da Ermanno Gallo e Vincenzo Ruggiero nel 1989, è possibile stilare alcuni

aspetti patologici presenti nei detenuti internati in carcere; dalla claustrofobia data dagli ambienti ristretti e chiusi all'irritabilità permanente, dalla depressione ai sintomi allucinatori, dall'anedonia che accompagna il detenuto alla completa apatia. Nell'ambiente carcerario i detenuti possono manifestare inoltre disturbi d'ansia, disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta, disturbo da stress post-traumatico e disturbi dell'adattamento.

Quando l'aspetto psicologico risulta molto inclinato, si è soliti parlare di sindrome detentiva, intendendo quella particolare forma psicopatologica avente sintomi caratteristici propri di individui che si trovano in uno stato di detenzione.

Riportiamo di seguito le principali sindromi detentive riscontrate negli ambienti carcerari (Gallo e Ruggiero, 1989):

La *sindrome di ingresso in carcere* caratterizza la condizione psico-fisica del detenuto al momento dell'entrata in istituto; egli è privato dei suoi affetti e della sua capacità di scelta, vedendosi limitare drasticamente l'autonomia personale che spetta all'individuo in quanto cittadino libero. Tutto questo non può che determinare nel nuovo arrivato alcuni importanti scompensi a livello psichico e somatico; in tal senso sono stati individuati disturbi relativi all'arresto, all'imprigionamento, al senso di colpa per il reato commesso, alla previsione di condanna ed in modo particolare alla limitazione delle sue libertà. Egli d'ora in poi inizia ad instaurare rapporti sociali imposti, confrontandosi con persone che come lui stanno scontando una pena detentiva per aver commesso un fatto che la legge definisce reato. La prima emozione provata dal detenuto è inevitabilmente la frustrazione, che può essere più o meno manifesta, in base alla modalità di risposta del soggetto alla situazione traumatica. Per questo motivo è molto probabile che nel soggetto si riscontrino disturbi d'ansia che possono manifestarsi attraverso crisi o attacchi di panico o ancora tramite episodi di claustrofobia.

La *sindrome di innocenza* è riferita alla condizione di totale o parziale negazione della propria responsabilità inerente il reato commesso; il soggetto può elaborare alcuni meccanismi di difesa inconsci, quali la minimizzazione, la proiezione e la razionalizzazione, per cui si sente giustificato ad aver compiuto un determinato

gesto e questo gli permette di mantenere il suo livello psichico stabile.

Nella *sindrome persecutoria*, l'individuo vive costantemente nel sospetto e nella paura dell'altro; egli non ripone fiducia nelle persone che condividono con lui il carcere, in tal senso detenuti, agenti di custodia e operatori penitenziari. Il soggetto può manifestare inoltre alcuni atteggiamenti aggressivi e vendicativi che spesso determinano il nascere di episodi di violenza.

Con *sindrome dell'amnistia o della grazia* si intende quella particolare patologia riscontrabile in soggetti detenuti che manifestano la speranza o convinzione di ottenere la riduzione della pena inflitta dal pubblico ministero.

L'*irradicamento* è una tendenza, riguardante spesso soggetti di età superiore ai 50 anni, volta a manifestare un anomalo desiderio nel rimanere il più possibile all'interno del carcere. Spesso è presente in soggetti aventi un carattere passivo, non legati a livello affettivo e con una situazione socio-economica problematica. Non sono rari i casi in cui ci sono soggetti che preferiscono l'ambiente chiuso e relativamente accogliente dell'istituto al panorama incerto del mondo fuori dalle mura.

La *sindrome del guerriero* è una patologia riscontrabile spesso in soggetti provenienti da ospedali psichiatrici, che sono soliti affermarsi con la violenza. Si tratta di individui particolarmente narcisisti che manifestano un totale controllo violento sugli altri, al punto tale da identificarsi con la giustizia e diventando loro stessi gli esecutori delle pene; per questo motivo, tale sindrome del guerriero è detta anche "del giustiziere".

Il soggetto con la *sindrome da inazione* può manifestare un atteggiamento di apatia e noia nei confronti di tutto ciò che avviene al di fuori della propria persona. Questi individui sono spesso depressi e disinteressati a ciò che gli sta accadendo e spesso sono fautori di un appiattimento emozionale che li porta a sfavorire un completo percorso di rieducazione proprio della pena che gli è stata commisurata. Questa sindrome può avere conseguenze anche a livello intellettuale, determinando nel soggetto un abbassamento delle abilità nel focalizzare l'attenzione e nella concentrazione.

Il detenuto affetto dalla *sindrome da congelamento* manifesta un atteggiamento inerte e passivo che

si traduce in un vero e proprio congelamento sociale e affettivo. "Tale sindrome comporta una sorta di blocco delle idee, e nei casi più gravi, fenomeni di onirismo e una confusione mentale senza agitazione motoria" (Monzani, 2011, p. 305).

La sindrome detentiva, molto spesso citata, è la cosiddetta *sindrome di prigionizzazione*, caratterizzata da sentimenti di malessere, inadeguatezza, sofferenza, apatia, disagio nei confronti della condizione detentiva che il soggetto si trova ad affrontare. Questa situazione è inoltre enfatizzata dalla distruzione dei legami affettivi con la persona amata, con il proprio figlio e con tutte le persone nelle quali il soggetto riponeva sicurezza e stabilità, fattori che inevitabilmente vengono meno durante la detenzione.

L'entrata in carcere comporta l'abbandono delle normali abitudini di cittadino libero per lasciare spazio a regole e valori morali che costituiscono il fondamento dell'universo carcerario. Di fronte a tale situazione l'individuo, spaesato e disorientato, non può che assoggettarsi alla nuova realtà manifestando un notevole deterioramento affettivo e relazionale.

Infine, in prossimità della scarcerazione si insinua nel detenuto un sentimento paragonabile all'angoscia dovuta al non sapere cosa gli accadrà una volta varcate le porte del carcere. In questo caso si è soliti parlare di "*vertigine all'uscita*", in altre parole del complesso di stati di agitazione e di ansia che si vengono a manifestare nel momento in cui appare vivido il giorno del ritorno in libertà. La data sognata e desiderata è vissuta come un fulmine che spezza l'equilibrio creato in un ambiente chiuso e ristretto come quello carcerario, al punto che nell'individuo possono crearsi condizioni patologiche aventi sintomi psico-fisici. Il detenuto si sente disorientato di fronte ad una realtà che non gli è propria, soprattutto quando il periodo detentivo ha avuto un'intensa durata.

Autolesionismo e suicidio

La sofferenza psichica del detenuto in carcere può portare a condotte autolesive, tentativi di suicidio e suicidio in senso stretto.

La semplice quanto anomala incorporazione di oggetti identifica coloro che sono detti ingoiatori, i quali ingeriscono qualunque tipo di

materiale: “molle di pinzette da biancheria in via di fabbricazione, viti, bulloni, manici di forchette, o cucchiari, pezzi di bottigliette di birra, penne biro, e persino manici di secchi di plastica. Le lame del rasoio sono gli oggetti ingoiati che fanno più impressione” (Gonin, 1994).

Seppur raramente, avvengono casi in cui detenuti legano concretamente occhi e labbra, e ciò identifica l'impossibilità di comunicare in modo umano e il conseguente mutismo. Ci sono anche individui che arrivano a cucire i propri genitali come segno di mancata affettività ed emotività all'interno del carcere, un'assenza che per alcuni pesa di più che la pena stessa.

Pratiche autolesive si manifestano con automutilazioni di una parte del corpo, con bruciature di sigaretta in zone non facilmente visibili, con la continua richiesta di estrazione dei denti invece che della cura di essi e con le comuni lesioni specialmente al braccio e all'addome. Molte di queste lesioni non comportano conseguenze tragiche ed è per questo motivo che il detenuto le mette in atto; egli ha imparato a conoscere il suo corpo e sa cosa può procurargli la morte. I comuni tagli alle braccia, seppur profondi e molto presenti, non avvengono in zone prossime alle vene, come polso e gomito, e quindi non possono determinare la morte dell'individuo.

Quando il gesto autolesivo termina con la morte del soggetto si è soliti parlare di suicidio dell'internato; esso, “dal punto di vista psicologico può essere interpretato, oltre che come estrema richiesta d'aiuto, anche come espressione di un bisogno, altrimenti inappagabile, di mettere a tacere una sofferenza, un disagio, a cui il soggetto non riesce a dare risposta. Nella soppressione della vita, in realtà il desiderio reale sarebbe quello di affermare l'ideale di una vita finalmente libera da una sofferenza rivelatasi ingestibile e insostenibile per colui che la patisce” (Monzani, 2011, p.350). I casi riscontrati nelle carceri italiane dimostrano una marcata incidenza di tale fenomeno nei primi mesi dell'imprigionamento a causa dell'impatto forzato ed emotivamente restrittivo che è riscontrabile fin dall'entrata in istituto; tuttavia avvengono casi di detenuti che decidono di togliersi la vita nel pieno della fase detentiva o nel momento in cui viene loro respinto un beneficio. Inoltre, come già accennato precedentemente, in prossimità della

scarcerazione l'individuo può vivere una condizione di disequilibrio, di ansia e di paura rispetto a ciò che lo aspetta una volta fuori dalle mura del carcere. Egli ha costruito gli ultimi mesi o anni della sua vita all'interno di uno stabile che, seppur limitato, gli ha garantito un'emblematica sicurezza, dalla quale egli deve allontanarsi per tornare a rapportarsi con la socialità del mondo esterno.

Molteplici sono anche le modalità con cui l'individuo decide di perseguire il suo obiettivo. La flebotomia, ovvero il taglio delle vene, consente di raggiungere un'abbondante emorragia in un tempo limitato, dettaglio fondamentale che permette al detenuto di raggiungere lo scopo senza essere scoperto e fermato; vi sono tentativi, e conseguentemente suicidi, che avvengono tramite intossicazione di medicinali, spesso psicofarmaci, impiccagione, amputazioni, autolesioni ed ingestione di candeggina o di altri liquidi permessi. Raramente si verificano casi di incendi all'interno della cella, causati dall'aiuto di una sigaretta accesa o dal fornellino concesso ad alcuni detenuti considerati psicologicamente stabili e non inclini ad un gesto suicida.

Il gesto autolesivo può essere un sintomo di sofferenza mentale, un atto di protesta nei confronti degli operatori penitenziari o può essere un'azione finalizzata all'ottenimento di un beneficio giudiziario. È fondamentale identificarne la causa poiché le conseguenze disciplinari interne all'istituto sono relative alla causa soggettiva che ha determinato l'azione autolesiva. In tal senso, l'autolesionismo, al pari del tatuaggio, del piercing e del tentativo di suicidio, è punito in quanto contrario alle disposizioni del Regolamento penitenziario relative alla cura e alla igiene della persona.

La situazione carceraria odierna richiede dunque l'intervento di personale qualificato e finalizzato all'aiuto psicologico dei soggetti detenuti e, in caso di presunzione di patologia mentale, il sostegno di medici psichiatri. Lo psicologo penitenziario deve tenere presente che in un ambiente restrittivo così come quello inerente il carcere, il soggetto può risultare molto vulnerabile e quindi è importante definire un piano di intervento utile finalizzato alla rieducazione e al reinserimento sociale del detenuto internato.

Viene ora riportata l'intervista effettuata con la Dott.ssa Tiziana Barchiesi, psicologa e psicoterapeuta che opera da 14 anni come tecnico della riabilitazione psichiatrica nel reparto femminile penale e giudiziario, nel reparto maschile penale e nel reparto assistiti del carcere Sollicciano di Firenze.

Intervista alla Dott.ssa Tiziana Barchiesi:

Com'è organizzato il supporto psicologico all'interno del carcere di Sollicciano?

A Sollicciano esistono tre tipi di psicologi, ovvero lo psicologo della salute mentale, lo psicologo del Sert e lo psicologo che si occupa dell'osservazione e trattamento. Vi sono differenti modalità di accesso a queste tre figure:

- Nel momento in cui un soggetto entra per la prima volta in carcere, egli incontra il medico di guardia per la cosiddetta visita d'ingresso al fine di evidenziare particolari problematiche; in seguito alla somministrazione di una check list, il medico valuta se è presente il rischio suicidario del detenuto e nel caso questo risultasse, il soggetto viene segnato allo psichiatra, il quale valuta se prendere in carico l'internato e se eventualmente sia utile l'intervento congiunto dello psicologo.
- Lo psichiatra durante la terapia con il detenuto decide di richiedere il supporto dello psicologo.
- In corso di detenzione il detenuto può vivere una difficoltà, ne parla con il medico incaricato, il quale può segnalarlo allo psicologo che secondariamente decide se prenderlo in carico o meno.
- Il detenuto che viene trasferito da un istituto dove beneficiava del sostegno dello psicologo, risente dell'invio automatico allo psicologo nel nuovo istituto.

In quanto tecnico della riabilitazione psichiatrica, in che modo le è possibile incontrare un detenuto?

All'interno del carcere di Sollicciano, il medico valuta se nella persona detenuta vi è il rischio suicidario e qualora lo ritenesse opportuno, può richiedere il supporto di uno psichiatra o di uno

psicologo della salute mentale, i quali a loro volta possono segnalare il detenuto ad un tecnico della riabilitazione psichiatrica.

Cosa comporta essere un tecnico della riabilitazione psichiatrica all'interno di un carcere?

Lavorare all'interno di un carcere, ovviamente vuol dire attenersi ad un ordinamento interno, vale a dire alle regole dell'istituto: trovandosi in carcere la cosa fondamentale è la sicurezza quindi alcune attività non possono essere fatte perché non si possono portare all'interno determinati strumenti e materiali, non si possono avere colloqui in determinate fasce orarie, non si possono creare gruppi disomogenei per permettere l'integrazione fra le persone poiché persone con posizioni giuridiche diverse non possono stare insieme ed inoltre uomini e donne non condividono le stesse attività.

Queste ultime, siano esse individuali o di gruppo, sono sempre visionate dal controllo visivo e non uditivo degli agenti.

In cosa consiste l'attività individuale con un detenuto?

Io opero in colloqui individuali finalizzati al preparare la persona all'inizio di attività ricreative all'interno del carcere, o volti alla risoluzione di difficoltà più o meno acute, o volti a rispondere ad alcuni quesiti burocratici richiesti dai detenuti (ad esempio nella gestione del denaro o nel caso in cui la persona abbia smarrito i documenti), o volti a ricostruire il ponte tra familiare e detenuto quando i rapporti sono ormai perduti (si organizza l'incontro con i familiari e poi, eventualmente, quello tra familiare e detenuto).

Secondo lei la condizione detentiva può influenzare l'aspetto sensoriale del detenuto ristretto all'interno di un carcere? Nello specifico, olfatto, vista, tatto, udito, gusto sono aspetti che possono subire delle modificazioni nello stato detentivo?

A mio avviso molti aspetti sensoriali possono subire delle inclinazioni più o meno acute.

Il carcere ha un suo *olfatto*, un proprio odore. Nelle sezioni che accolgono le persone al loro primo ingresso, gli odori sono i più disparati.

Le motivazioni sono svariate, dalla pulizia carente all'umidità dell'ambiente carcerario, dai piatti tipici delle varie etnie al fumo di sigaretta.

Nei reparti psichiatrici gli odori ti attanagliano poiché spesso in queste sezioni i detenuti possono sviluppare enuresi ed encopresi.

Per quanto riguarda la *vista*, io ipotizzo che effettivamente qualcosa ti cambia; è come se lavorassi sempre continuamente all'interno di un centro commerciale dove non hai le finestre ed inoltre perdi la dimensione del tempo. Ora, sebbene non esista più solo l'ora d'aria al mattino e l'ora d'aria al pomeriggio ma le sezioni siano aperte gran parte della giornata, i detenuti vedono sempre le identiche cose e il loro orizzonte si conclude in pochi metri. In estate hanno la possibilità di vedere il sole e di uscire all'aria aperta, mentre in inverno molti di loro, date le condizioni climatiche, preferiscono rimanere in cella.

Per quanto riguarda *l'udito*, in carcere si sviluppa un udito selettivo; ci sono dei rumori che sono delle costanti come ad esempio il tintinnio delle chiavi, la caduta delle chiavi, il rumore dei cancelli automatici, il rumore che fa la chiave quando si danno le mandate, il passo degli operatori all'interno del carcere, il rumore dei carrelli del mangiare, il rumore del carrello dell'infermiere.

È un udito ovattato perché tutti i rumori che sono sentiti normalmente all'esterno del carcere, all'interno dell'ambiente chiuso del carcere vengono persi. Nella quotidianità della persona libera, non viene data importanza alla vasta gamma di rumori poiché fanno parte della normalità delle giornate; siamo bombardati di stimoli, se cammini non dai importanza al fatto che una persona apre o chiude la porta, mentre all'interno del carcere, il rumore dell'aprire o chiudere una porta ha un significato specifico perché vuol dire che in quel momento preciso una persona sta entrando o sta uscendo dal reparto.

Vero è che i detenuti possono ascoltare liberamente la musica all'interno delle celle; questo può da un lato lenire la monotonia dei rumori ascoltati, dall'altro spesso insorgono incomprensioni sulla decisione di ascoltare un genere piuttosto che un altro.

Cosa pensa riguardo la motilità del detenuto?

Io penso che questa cambi completamente; vi è una ripercussione sulla colonna vertebrale e sulla muscolatura della persona in regime detentivo.

Ci sono persone che trascorrono molto tempo a letto, persone più attive dedite alla palestra, quelle che lavorano e che quindi trascorrono gran parte del tempo al di fuori della cella.

Assistiamo a persone che entrano con una determinata fisicità e, nel giro di pochi mesi, cambiano drasticamente il loro corpo; vi sono persone che accusano molti dolori muscolari e ossei dovuti alla limitata motilità del corpo e al vivere molte ore su un letto dove i materassi sono in gomma piuma e dove non vi sono le doghe in legno ma lastre di ferro.

Per quanto riguarda l'ambito psichico, secondo lei esistono patologie specificatamente riconducibili alla detenzione?

Ci sono persone che possono entrare con un aspetto psichico relativamente stabile e che a seguito della deprivazione della libertà, dell'attesa estenuante e della convivenza forzata con altri possono avere dei momenti di difficoltà che possono tradursi in flessione dell'umore o in disturbo dell'adattamento.

Anche nel momento dell'uscita del carcere il detenuto può provare paura dal non sapere cosa gli accadrà in futuro. È importante considerare che un detenuto può uscire perché l'arresto non viene convalidato, o perché egli ottiene un beneficio e viene inviato ad una comunità ed infine può uscire perché ha concluso la sua pena. L'uscita dal carcere presuppone che ci sia una preparazione all'uscita; in questo caso interviene la figura dell'educatore ponte che ha la funzione di creare un ponte tra interno ed esterno (tra mondo interno del detenuto ristretto e comunità fuori).

Perché è importante preparare un detenuto all'uscita dal carcere?

Perché in carcere la mancanza che vive il detenuto è la mancanza del tempo.

Il tempo all'interno del carcere è scandito dall'apertura e chiusura dei cancelli e delle porte, dal passaggio del pranzo e dei medicinali della terapia.

La concezione del tempo è più vivida al mattino poiché in questo momento della giornata si accumulano diverse attività che possono essere intraprese, mentre il pomeriggio, soprattutto in inverno, non finisce mai; io penso che questo abbia delle ripercussioni dal punto di vista

psicologico e sicuramente è qualcosa con il quale la persona si scontra nel momento in cui esce: al di fuori del carcere tutto va veloce e segue altre tempistiche.

Una persona che ha trascorso molti anni all'interno del carcere, nel momento in cui esce non si sente al passo con i tempi poiché le sembra che tutto stia andando troppo veloce. Alcune volte si richiede al magistrato un permesso affinché un detenuto possa uscire dal carcere a comprarsi dei semplici indumenti; questo può fare sorridere perché non si tocca in modo tangibile la rieducazione, però è quello che permette alla persona di riaffacciarsi all'esterno, a riprendere concezione di ciò che c'è fuori (macchine, persone, traffico, costi, supermercati).

Assistiamo a detenuti psichiatrici che possono avere a disposizione un permesso di 12 ore, ma che dopo qualche ora tornano sfiniti e stanchi, bombardati da tutti gli stimoli che all'interno del carcere sono ridotti, se non nulli.

Vi sono casi di autolesionismo al carcere Sollicciano?

Ci sono moltissimi casi di autolesionismo, soprattutto da parte dei magrebini. Essi per poter trovare sollievo ad una sofferenza psichica, si tagliano, ingoiano lamette mettendole nella mollica del pane, inscenano false crisi epilettiche, si inseriscono i cotton fioc all'interno del naso al fine di causarsi l'epistassi o tentano l'impiccagione. A Sollicciano, alcuni anni fa ho assistito ad un caso di cucitura della bocca come protesta.

Il corpo viene molto utilizzato dai detenuti, al fine di soddisfare una motivazione intrinseca o estrinseca; alcune persone scelgono l'autolesione per un bisogno tossicofilo (desiderano più farmaci e sanno che il valium può essere dato solamente se è presente un certo tipo di malessere), per avere un sollievo psichico, o per richiedere che il magistrato ti dia ascolto.

Infine, l'articolo 27 della Costituzione Italiana, sancisce che "Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato". Utopia o realtà?

All'interno del carcere si tende alla rieducazione? Ci si prova, ma a mio avviso si deve migliorare. Io penso che il nostro istituto Sollicciano debba

migliorare, perché la rieducazione passa anche attraverso l'insegnare ai nostri detenuti un mestiere, facendoli uscire con un mestiere in mano al fine di abituarli alla routine lavorativa, al mantenimento di un posto di lavoro, al sottostare ad un proprio superiore che in tal caso diventa il datore di lavoro.

Penso che si debba migliorare molto e per fare ciò è importante creare un ponte con l'esterno. Le attività che vengono fatte a Sollicciano sono interessanti ma spesso sono fini a se stesse; bisognerebbe organizzare dei corsi che possano essere spendibili una volta fuori dal carcere, in modo tale che la persona che usufruisce dell'articolo 21, in base al quale sono definiti i criteri per il lavoro all'esterno del carcere, possa impiegare le abilità apprese in un lavoro specifico.

In questo senso nel momento in cui la persona esce, l'etichetta di ex detenuto si affianca a quella di ex detenuto specializzato in un determinato settore lavorativo.

È importante ricordare che l'Italia è stata condannata dalla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo per le condizioni inumane e degradanti in cui versano le carceri italiane. Questo non può lasciare impassibile la popolazione generale, piuttosto tende a paralizzarla, nel senso che vi saranno individui che si rapportheranno a detta condizione con un atteggiamento volenteroso di smuovere il contesto penitenziario, altri che rimarranno inermi perché incapaci di affrontare un argomento, a detta loro, troppo lontano dal mondo in cui vivono.

A questo proposito, alcuni istituti in Italia hanno promosso varie iniziative volte ad avvicinare il mondo del carcere alla gente comune; ne sono un esempio le cene galeotte proposte dalla Casa di Reclusione di Volterra, durante le quali chef di fama nazionale lavorano al fianco di detenuti nella realizzazione di piatti di alta cucina da proporre ad un pubblico che ogni anno diventa sempre più numeroso ed interessato al tema sociale. Un evento simile è stato ideato anche nel carcere Sollicciano di Firenze, all'interno del quali sono stati proposti "aperitivi galeotti" realizzati dai detenuti, al fine di sensibilizzare al tema del carcere e della giustizia.

Prendere coscienza dell'esistenza del mondo carcerario come luogo di rieducazione e di

reinserimento sociale e lavorativo, e non solamente come luogo di detenzione, abbatte la distanza valicabile tra chi si rende autore di un reato e chi sta fuori a guardare.

Riferimenti bibliografici

- APA (2014). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano. Raffaello Cortina Editore.
- Andreoli V. (2001). *Delitti. Un grande psichiatra indaga su dieci storie vere di crimine e follia*. Milano. Rizzoli.
- Andreoli V. (2007). *La violenza. Dentro di noi attorno a noi*. Milano. Bur editore.
- Casey P. & Kelly B (2013). *Fish. Psicopatologia clinica. Segni e sintomi in psichiatria*. Milano. Edi-Ermes.
- Foucault M. (1976). *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*. Torino. Einaudi.
- Gallo E. & Ruggiero V. (1989). *Il carcere immateriale. La detenzione come fabbrica di handicap*. Milano. SONDA.
- Gonin D. (1994). *Il corpo incarcerato*. Torino. Edizioni Gruppo Abele.
- Mcgrath P. (2012). *Follia*. Milano. GLI ADELPHI.
- Merzagora I. (1987). *Il colloquio criminologico*. Milano. Unicopli.
- Monzani M. (2009). *Lezioni di psicologia criminale e vittimologia*. Napoli. Scriptaweb.
- Monzani M. (2011). *Percorsi di criminologia*. Padova. libreriauniversitaria.it edizioni.
- Rizzoli M. (2012). *Detenuti. Incontri e parole dalle carceri italiane*. Cles, Sperling & Kupfer.
- Serra C. (2004). *Il posto dove parlano gli occhi. Progetto '78. Come comunicare le emozioni anche nel carcere*. Milano. Giuffrè Editore.
- Serra C. (2003). *Psicologia penitenziaria. Sviluppo storico e contesti psicologico-sociali e clinici*. Milano. Giuffrè Editore.
- Verde S. (2011). *Il carcere manicomio. Le carceri in Italia tra violenza, pietà, affari e camicie di forza*. SENSIBILI ALLE FOGLIE.
- WHO (1992). *ICD-10. The ICD 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva.

LE MOTIVAZIONI DEL SUICIDIO: LETTURA DELLE ULTIME LETTERE DI JACOPO ORTIS

di Federico Pesciatini

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

Quello del suicidio è senza dubbio un tema assai complesso e delicato. Nonostante non vi sia una definizione univoca sull'argomento, esso può essere concettualizzato come un comportamento lesivo volontario diretto al proprio corpo attraverso il quale l'individuo decide deliberatamente di porre fine alla propria vita. Nell'atto suicidario il corpo assume infatti un fondamentale valore simbolico di espressione del disagio: esso costituisce il punto fermo per un'ultima e disperata rivendicazione del proprio controllo e della propria efficacia personale, eludendo così l'intollerabile senso di impotenza e passività percepito nei confronti delle avversità (Ferraris, Rusticelli, Stevani, & Zaccariello, 2009). Nel corso dei secoli, innumerevoli artisti e letterati si sono interrogati a tal riguardo, e molte opere possono essere interpretate e rilette secondo teorie che sono state poi sviluppate negli anni a venire.

Un caso letterario che si presta comodamente a più livelli di analisi è il romanzo foscoliano *"Ultime lettere di Jacopo Ortis"*. Considerato da molti il manifesto del romanticismo italiano, e vagamente ispirato al modello letterario de *"I dolori del giovane Werther"* di Johann Wolfgang von Goethe, questo romanzo datato 1802 approfondisce il tema del suicidio in modo dettagliato ed esauriente. *"Ultime lettere di Jacopo Ortis"* si sviluppa innanzitutto su due tematiche fondamentali che si intrecciano: la passione amorosa e la passione politica. Jacopo Ortis è uno studente universitario veneziano di ideali

giacobini che, per scampare alle persecuzioni politiche, è costretto a lasciare la città dopo che Venezia è stata ceduta all'Austria col trattato di Campoformio del 17 ottobre 1798. Egli si rifugia sui Colli Euganei dove si innamora perdutamente della fanciulla Teresa, la quale è stata promessa sposa dal padre al marchese Odoardo per motivi di natura economica. Teresa rivela a Jacopo di non amare il futuro marito e gli concede un bacio, alimentando in lui la speranza di un futuro insieme; questa stessa speranza è però definitivamente spezzata nel momento in cui ella sposa Odoardo e Jacopo, venuto a sapere della notizia, decide di togliersi la vita con queste ultime parole: *"E' poco prezioso, o mio angelo, la morte per chi ha potuto udire che tu l'ami, e sentirsi scorrere in tutta l'anima la voluttà del tuo bacio, e piangere teco - io sto col piè nella fossa; eppure tu anche in questo frangente ritorni, come solevi, davanti a questi occhi che morendo si fissano in te, in te che sacra risplendi di tutta la tua bellezza... - addio - fra poco saremo disgiunti dal nulla, o dalla incomprensibile eternità. Nel nulla? Sì.- Sì, sì; poiché sarò senza di te, io prego il sommo Iddio, se non ci riserba alcun luogo ov'io possa riunirmi teco per sempre, lo prego dalle viscere dell'anima mia, e in questa tremenda ora della morte, perché egli m'abbandoni soltanto nel nulla."* Nel pensiero di Sigmund Freud (1916) il suicidio è spinto dalla pulsione di morte, *Thanatos*, (la quale si contrappone alla pulsione di vita *Eros*) ed assume le connotazioni di un omicidio mancato: il soggetto che attenta alla propria vita introietterebbe una persona per lui significativa nei cui confronti prova sentimenti ambivalenti di amore-odio per poi ucciderla, nella sua immaginazione, attraverso il suicidio. Tale

persona è in questo caso rappresentata dall'amata Teresa: il protagonista si strugge d'amore per lei, ma questa donna è al contempo fonte di tormento e rabbia. Quand'ella infatti sposa Odoardo, nonostante questo fosse l'inevitabile destino date le pressioni del padre, Jacopo vive questo evento con forte *ambivalenza*: da una parte l'amore per Teresa, dall'altra l'odio e la conseguente pulsione di morte (per lo più inconscia) diretta verso le parti introiettate della stessa in quanto fonte erogatrice di sofferenza. Il suicidio porterebbe dunque con sé un duplice vantaggio inconscio: da una parte la punizione dell'oggetto d'amore interiorizzato e l'espiazione della colpa per tale ostilità pagata appunto con la morte, dall'altra la colpevolizzazione della persona affettivamente significativa per la quale è stato compiuto l'atto suicida. Sempre in ambito psicoanalitico e molto similmente a Freud, come riportato da Ansbacher e Ansbacher (1946), Alfred Adler individua nel suicidio una forma di comunicazione attraverso la quale si costringe gli altri ad apprezzare colui che hanno perduto e ciò che rappresenta. Con la sua morte Ortis, infatti, comunica a Teresa ciò di cui ella si sarà privata per sempre sposando il rivale, ossia lui stesso. Harry Stack Sullivan (1953), sottolineando la componente interpersonale del gesto suicida, lo considera inoltre come una "fatalità dovuta al caso" nella quale il reale obiettivo dell'autosoppressione è rappresentato da un individuo che nel passato ebbe una influenza altamente negativa, distruttrice per il soggetto che decide di farla finita. Anche Franco Fornari (1967) considera di fondamentale importanza, nella fenomenologia dell'atto suicida, le ansie depressive causate dalla perdita dell'oggetto di amore e, conseguentemente, il suicidio risulterebbe il disperato tentativo di vedere riaffermato il proprio rapporto con l'oggetto perso. Infine, Erwin Stengel (1977), oltre agli aspetti aggressivi, individua nel suicidio ulteriori motivazioni non distruttive con particolare riferimento al desiderio di poter incidere sui sentimenti altrui. Evidenzia pertanto nel gesto suicidario una sorta di funzione di appello, quindi di richiamo inconscio per ottenere l'attenzione dell'ambiente. In sintesi dunque le teorie psicologiche finora citate e facilmente riferibili al testo si appellano al valore interpersonale del gesto suicida, avente come perno la relazione diadica Jacopo Ortis – Teresa.

Oltre questo scenario, però, la passione politica e i cambiamenti storico-sociali dell'epoca (la Rivoluzione francese, l'età napoleonica, la Restaurazione) fanno sì che l'uccisione di Jacopo Ortis (così come l'intera narrazione) possa esser filtrata da spiegazioni sociologiche e dunque allargata all'intero macrosistema. Il protagonista è dunque l'eroe giovane che cerca spazio nel vecchio mondo senza trovarlo, né in amore, dove è costretto a scontrarsi con una concezione arcaica della famiglia e della società, la quale vuole ancora la donna oggetto del padre o del marito e priva di quella volontà autonoma che la contraddistinguerebbe come persona umana, né in politica, dove l'antico regime schiaccia le forze nuove, dopo la svolta antiliberalista di Napoleone e il fallimento delle speranze rivoluzionarie. Il soggetto prova dunque un senso di *alienazione* nei confronti della realtà sociale circostante poichè, come afferma il sociologo Emile Durkheim (1897), non è più capace di *integrazione*, intesa in termini di quantità e forza dei vincoli che uniscono il singolo ai diversi gruppi. E' quello che viene definito dallo stesso autore come suicidio "egoistico", caratteristico delle società moderne, scenario in cui la persona si isola essendosi allentati o spezzati i vincoli che la univano agli altri individui. Rileggendo la narrazione secondo quest'ottica, la passione amorosa, più che la causa principale del suicidio del protagonista, ne costituirebbe l'elemento scatenante, la goccia che fa traboccare il vaso, quel taglio netto che va a recidere definitivamente un legame col mondo ormai da tempo flebile e instabile. Questa teoria è avvalorata dal sollievo espresso dal protagonista relativo all'idea di congedarsi dalla società che è e che sarà, rimpiangendo i tempi passati irrimediabilmente perduti: "*il mio cadavere almeno non cadrà fra le braccia straniere; il mio nome sarà sommestamente compianto da' pochi uomini, compagni delle nostre miserie; e le mie ossa poseranno sulla terra de' miei padri.*" Il suicidio di Ortis, sempre utilizzando l'ottica di Durkheim, può anche esser concettualizzato enfatizzando non tanto l'*integrazione*, quanto la *regolamentazione sociale*, per quanto questi due fattori siano indiscutibilmente e intrinsecamente legati fra loro. È quello che viene definito come suicidio "fatalista". La *regolamentazione sociale*, ossia i freni posti dalla società in contrapposizione agli illimitati desideri umani, sarebbe percepita dal soggetto come

eccessivamente rigida: le passioni (quella politica e quella amorosa) sarebbero coartate a causa di un'eccessiva disciplina (la forza non è ancora nel sentimento, ma nella dittatura e nel potere economico che vince su tutto e tutti) e il suicidio rappresenterebbe la soluzione ad un triste avvenire chiuso e predeterminato. Per tali motivi, ossia una rigida *regolamentazione sociale* e una bassa *integrazione*, si sarebbe dunque indebolito anche il legame tra Ortis e la propria vita rendendolo quindi sempre più fragile fino a raggiungere il tragico epilogo. L'interpretazione del sociologo Durkheim è diametralmente opposta a quella psicoanalitica, poiché sostiene che l'individuo sia spinto al suicidio dall'*inclinazione collettiva* e non dall'*istinto di morte*, ma entrambi sono tuttavia accomunati da una visione *deterministica* del comportamento umano: le azioni individuali rappresenterebbero infatti il risultato di forze soverchianti il controllo dell'uomo rappresentate rispettivamente dall'inconscio o dalla società. Nonostante le differenti radici epistemologiche, ipotesi psicologiche e sociologiche si intrecciano in un'unica trama: le prime, il cui nucleo centrale è rappresentato dall'istinto di morte, nonché da sentimenti ambivalenti e pensieri inconsci nei confronti dell'amata; le seconde, focalizzatesi sulla posizione di Ortis nel macrosistema, ormai precaria e vacillante a causa degli eventi storico-sociali dell'epoca, in cui la delusione della perdita dell'amata non rappresenta altro che l'ultima crudele sconfitta per la quale vale la pena di congedarsi dall'attuale società e dal mondo.

In conclusione, è stata dunque fornita un'analisi di alcune teorie psicologiche e sociologiche sul suicidio, evidenziandone il lato applicativo a partire da una narrazione letteraria. Astraendosi dal testo e cercando di delineare una spiegazione in senso lato, ipotesi psicologiche e sociologiche rappresentano le due facce di una stessa medaglia: l'individuo, con le proprie pulsioni, vive all'interno della società da lui creata e ne è inevitabilmente vincolato. Le spinte pulsionali dell'individuo spesso collidono con le norme della realtà sociale e/o l'accadimento di eventi stressanti su più livelli (come la perdita del lavoro, un'elezione politica o lo scoppio di una guerra) possono interferire con la loro realizzazione. L'individuo si ritrova dunque costretto ad utilizzare meccanismi difensivi,

come ad esempio lo *spostamento* o la *sublimazione* (Freud, 1936), per cercare di soddisfare almeno in parte queste pulsioni... e così via, in un rapporto circolare e reciproco di negoziazione. Nel caso in cui il rapporto individuo-società non raggiungesse un equilibrio omeostatico, il soggetto potrebbe implodere e con lui le sue pulsioni; egli potrebbe così cadere nella nevrosi, nella psicosi e/o, in casi estremi, ribellarsi e denunciare la sua sofferenza tramite la messa in atto di comportamenti distruttivi per il sistema, diretti verso se stesso o verso gli altri, come il suicidio (in questo caso) o l'omicidio. L'atto suicidario non è in sintesi un fallimento della persona, bensì di tutti, poiché quel mondo abbandonato troppo presto è lo stesso in cui viviamo anche noi.

Riferimenti bibliografici

- Ansbacher, H. & Ansbacher, R. (cur.) (1964). *Superiority and Social interest: A collection of later writings*. Evanston: Northwestern University Press.
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide: etude de sociologie*. Paris: Puf. (trad. it. *Il suicidio. L'educazione morale*. Utet, Torino, 1969).
- Ferraris, A.O., Rusticelli, A., Stevani J., & Zaccariello, T. (2009). *Chiamarsi fuori. Ragazzi che non vogliono più vivere*. Firenze: Giunti.
- Fornari, F. (1967). Osservazioni psicoanalitiche sul suicidio. *Rivista di psicoanalisi*, 13, 21-36.
- Foscolo, U. (2013) *Ultime lettere di Jacopo Ortis*. Milano: BUR (Originariamente pubblicato nel 1802).
- Freud, A. (1936). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag. (trad. it. *L'Io e i meccanismi di difesa*, Giunti, Firenze, 2012)
- Freud, S. (1916). *Trauer und Melancholie*. Berlin: Spektrum. (trad.it. Lutto e Melanconia, In *Opere: Vol. VIII*. Boringhieri, Torino, 1976).
- Stengel, E. (1965). *Suicide and attempted suicide*. London: Penguin Books. (trad. it. *Il suicidio e il tentato suicidio*. Feltrinelli, Milano, 1977).
- Sullivan H.S., (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: W.W. Norton. (trad. it. *Teoria interpersonale della psichiatria*. Feltrinelli, Milano, 1977).

I Disturbi del Comportamento Alimentare

Clinica e trattamento multidisciplinare dei DCA

Per operatori sanitari, dietisti, assistenti sociali, insegnanti, educatori professionali, laureati e laureandi in psicologia e medicina

Firenze, ottobre-novembre 2017

accreditato da



in collaborazione con



STATO ATTUALE DELLE TECNICHE PROIETTIVE: SOSTENITORI E DETRATTORI A CONFRONTO

di Federico Pesciatini

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

Raramente le tecniche proiettive hanno trovato terreno fertile nel corso della loro storia: vi sono autori che fin dall'inizio si sono scontrati per discuterne le qualità psicometriche, dando avvio a dispute più o meno esplicite, di cui la più famosa è quella tra Lilienfeld, Wood, e Garb (2000) e Hibbard (2003). Il dibattito è tutt'ora acceso, nonostante i lavori significativi di alcuni ricercatori, come ad esempio quelli di Exner per quanto riguarda il Rorschach, abbiano dato un'identità più solida e compatta a questo gruppo di test. In ordine cronologico verranno presentati i punti di vista alternativi più salienti.

1) L'aspra critica di Lilienfeld, Wood, e Garb (2000)

In un articolo del 2000, Lilienfeld, Wood, e Garb criticano duramente le tecniche proiettive, definendole come inutili ed inefficaci nella maggior parte dei casi. In questo paragrafo verranno presentati, separatamente, i limiti da loro esposti per tre test proiettivi: il Rorschach (1a), il TAT (1b) e il Disegno della figura umana (1c).

1a) Rorschach Inkblot Test

Lilienfeld et al. (2000) affermano che a dispetto della sua attuale popolarità, il sistema

comprensivo (*Comprehensive System*; Exner, 1993) sia deficitario in relazione a due importanti criteri che risultavano già problematici per il Rorschach originale: l'affidabilità della valutazione e la validità. Dawes (1994), Gann (1995) e McCann (1998), inoltre, sostengono che alcune analisi indichino l'inefficacia del Rorschach nell'individuare molte condizioni psichiatriche, anche se loro stessi ammettono che non manchino ricerche ad esito positivo, come quelle riguardanti la schizofrenia ed altri disturbi contraddistinti da disordine del pensiero, come il disturbo bipolare (o depressione maniacale).

Lilienfeld et al. (2000) evidenziano i seguenti limiti per il Sistema Comprensivo del Rorschach:

- Le norme del CS per molte variabili del Rorschach hanno portato ad una classificazione errata di soggetti normali o patologici
- L'affidabilità test-retest e interrater di molte variabili del CS è sconosciuta o non chiara
- La struttura fattoriale delle variabili del CS non corrisponde alle predizioni teoretiche degli investigatori
- La validità di molti indici del Rorschach mostra solo un debole supporto scientifico
- La presenza significativa di *bias* culturali non è da escludere, come riportato da alcuni studi

1b) *Thematic Apperception Test*

Esistono numerosi sistemi di valutazione standardizzata del TAT, ma alcuni dei più utilizzati mostrano una scarsa affidabilità test-retest (Fineman, 1977; Kraiger, Hakel e Cornelius, 1984). Anche la loro validità sarebbe spesso discutibile; i risultati positivi trovati da alcuni studi sono spesso contraddetti da altre ricerche. In una revisione di 69 studi sul TAT condotti tra gli anni '80 e '90, Keiser e Prather (1990) hanno riscontrato un'enorme variabilità nelle tavole utilizzate. Inoltre, la generalizzabilità dei risultati del TAT rimane sconosciuta (Lilienfeld et al., 2000).

Per quanto riguarda i problemi di interpretazione che minano la validità del TAT, sembrerebbero avere un ruolo sia il *Walter Mitty effect* (Loevinger, 1987) sia l'*Inhibition Effect* (Lilienfeld et al., 2000). Il primo, si riferisce al fatto che alcuni rispondenti potrebbero mostrare elevati livelli di un dato attributo (ad esempio di motivazione al successo) nel TAT non perché realmente possiedano elevati livelli dell'attributo preso in considerazione, ma in quanto essi fantastichino sul possesso dello stesso. Il secondo si riferisce invece alla possibilità per alcuni individui di esibire bassi livelli di un dato attributo non perché realmente sia così, ma perché stanno reprimendo o comunque inibendo l'espressione dello stesso. Popper (1959) critica che i seguenti effetti possano essere utilizzati come "tattiche di immunità ad hoc" al fine di rendere qualsiasi risultato negativo praticamente impossibile da falsificare. Tuttavia, alcuni sistemi di valutazione si sono dimostrati idonei in circostanze limitate, come la *Social Cognition Object Relations Scale* (SCORS; Westen, Lohr, Silk, Kerber e Goodrich, 1985) nell'identificazione di storie di abuso sessuale nel bambino e il sistema di *scoring* per la motivazione al successo di McClelland, Atkinson, Clark e Lowell (1953) nella valutazione di esiti correlati al successo, a differenza del *Defense Mechanism Manual* (DMM; Cramer, 1991a) che invece non avrebbe mostrato risultati positivi in nessun ambito specifico (Lilienfeld et al., 2000). Esistono tuttavia altri sistemi di *scoring* in grado di distinguere individui non patologici da soggetti psicotici o depressi. Tra questi Lilienfeld et al. (2000) citano alcuni promettenti sistemi di *scoring* del TAT sviluppati più recentemente

rispetto alla SCORS, al DMM e al sistema di McClelland. Ronan, Colavito, e Hammontree (1993), ad esempio, hanno estratto un indice di *problem solving* personale dal TAT che correla in modo significativo con una misura di performance relativa alla generazione di soluzioni mezzi-fini per i problemi e che distingue in modo significativo tra soggetti psichiatrici e senza alcun disturbo. Inoltre, alti livelli di questo indice sembrano correlare ampiamente con la capacità di fornire soluzioni alternative ai problemi (Ronan, Date e Weisbrod, 1995).

Nonostante alcune ricerche abbiano raggiunto buoni risultati, Lilienfeld et al. (2000) sottolineano come vi siano tuttavia consistenti lacune, simili a quelle espresse in precedenza per il Rorschach, che non rendano ancora utilizzabili questi sistemi di scoring nella pratica clinica, principalmente per i seguenti motivi:

- La non disponibilità di norme adeguate, tra cui alcune conseguenze consisterebbero nel già citato "Walter Mitty effect" e nell'"Inhibition Effect"
- L'affidabilità test-retest non è chiara o sconosciuta
- L'affidabilità sul campo non è stata testata
- Non vi sono ricerche che assicurino l'assenza di bias verso uno o più gruppi culturali
- Non ci sono evidenze convincenti che gli schemi di *scoring* del TAT per le relazioni oggettuali (Social Cognition and Object Relations Scale) o per i meccanismi di difesa (Defensive Mechanism Manual) possiedano validità incrementale al di sopra degli indici self-report di questi costrutti

1c) *Draw-A-Person Test*

I sostenitori del *Draw-A-Person Test* (DAP; Machover, 1949), come Riethmiller e Handler (1997), sostengono che i test di disegno di figure abbiano un enorme potenziale e che i disegni ci forniscano informazioni preziose sulla personalità e sul vissuto dei soggetti che altri test

non sono in grado di fornirci. Al contrario i detrattori sostengono che il *Draw-A-Person Test* possa essere considerato un nuovo volto della frenologia del ventesimo secolo e che questi metodi rappresentino la storia delle pratiche di assessment psicologico eccessivamente semplicistiche (Gresham, 1993). Le ricerche citate da Lilienfeld et al. (2000) sollevano seri dubbi su questi strumenti, soprattutto per quanto riguarda l'accordo degli psicologi nelle valutazioni. Ciò che secondo Lilienfeld et al. (2000) si rivela maggiormente problematico è che non esiste alcuna prova a sostegno della validità di un metodo interpretativo fondato sui segni e che non è chiaro su che cosa si basino i clinici per associare certi segni a particolari tratti della personalità o a diagnosi psichiatriche. Secondo tale sistema ideato da Machover (1949) vi sarebbero dei segni che corrispondono a tratti di personalità specifici o a patologie psichiatriche definite: ad esempio occhi grandi a sospettosità o paranoia, l'assenza di espressioni facciali a depressione e multiple cancellazioni ad ansia. Dudley, Craig, Mason e Hirsch (1976) hanno riscontrato, al contrario di quanto sostenuto da Machover, che le persone depresse erano meno solite, rispetto a quelle affette da depressione, a disegnare facce di profilo, e Cvetkovic (1979) ha riportato che gli schizofrenici disegnano meno teste senza corpo rispetto ai non schizofrenici. In linea con questi studi, molte revisioni hanno evidenziato che i segni utilizzati dai clinici nella loro valutazione hanno validità prossima allo zero e che non ci sarebbero prove coerenti che i segni collegati all'abuso sessuale su bambini (come la lingua o i genitali) rivelino davvero una storia di molestie (Kahill, 1984; Motta, Little e Tobin, 1993; Swenson, 1957). I clinici tendono inoltre ad attribuire malattie mentali a molti individui normali che hanno semplicemente scarse abilità artistiche (Cressen, 1975). Alcuni sostengono che i metodi fondati sui segni possono essere validi se somministrati da persone di lunga esperienza (Scribner e Handler, 1987), ma da uno studio effettuato da un gruppo di ricercatori è emerso che gli esperti che somministrano il test di disegno di una persona erano meno abili dei neolaureati nel distinguere la normalità dalla anormalità psicologica (Stricker, 1967). Alcuni sistemi di valutazione globale che non si basano su segni potrebbero essere utili nel distinguere con successo persone

affette da una psicopatologia da persone che non presentano problemi psichiatrici (Currie, Holtzman e Swartz, 1974), ma anche in questo caso vi sono risultati contraddittori sull'argomento (Tharinger e Stark, 1990).

I principali limiti di validità e attendibilità del test sono riassunti nella tabella 2.3 (Lilienfeld et al., 2000):

- Anche se l'affidabilità inter-rater e test-retest talvolta sono elevate, vi è una forte variabilità tra gli studi
- L'affidabilità sul campo non è stata testata
- Non sono state replicate ipotetiche relazioni tra specifici segni e tratti di personalità / psicopatologie
- Il ruolo delle qualità artistiche nel DAP non è ancora ben chiaro
- Non vi sono evidenze che il test possieda validità incrementale se associato a dati psicometrici/demografici

2) *La risposta di Hibbard (2003)*

L'obiettivo dichiarato da Lilienfeld et al. (2000) era quello di esaminare imparzialmente le evidenze relative alle misure proiettive (Rorschach, TAT, Disegno della figura umana). La principale critica di Hibbard (2003) al lavoro di Lilienfeld et al. (2000) consiste nel fatto che questi in realtà non abbiano esaminato imparzialmente le evidenze dello status scientifico, ma che piuttosto abbiano iniziato la loro ricerca con una specifica *forma mentis* contraria alle tecniche proiettive: in altre parole la convinzione circa l'inconsistenza e la futilità delle suddette tecniche avrebbe portato gli autori a considerare esclusivamente (o quasi) i dati che potessero confermare la loro opinione iniziale. Hibbard (2003) introduce inoltre nuovi dati relativi al Rorschach (2a), focalizzandosi sul Sistema Comprensivo di Exner, e al TAT (2b), in particolare ai tre indici già criticati da Lilienfeld et al. (2000): il *sistema di scoring per la motivazione al successo*, l'ORSC e il DMM. L'autore decide di non trattare il DAP, a differenza di Lilienfeld et al. (2000), sostenendo di non avere abbastanza esperienza.

2a) Rorschach Inkblot Test

Hibbard (2003) sottolinea come le *discrepanze tra le norme del sistema comprensivo e i dati* ottenuti in report disparati o negli studi normativi locali possano avere molte spiegazioni.

Una possibile spiegazione di tali discrepanze potrebbe essere che il campione normativo di Exner (1993) sia più “sano” rispetto alla popolazione generale, perché gli individui con una qualsiasi storia psichiatrica sono stati esclusi dal suo gruppo normativo. Lilienfeld et al. (2000) evidenziavano il rischio di sovrapatologizzare i soggetti “normali” utilizzando le norme del CS. Hibbard (2003) sostiene invece che le variazioni nei dati normativi non sempre implicano che l'uso di vecchie norme porti a sovrapatologizzare i valori contemporanei. Lilienfeld et al. (2000) non considerano che se i cambiamenti delle norme si muovono in direzioni patologiche, questo può essere dovuto a una maggior presenza di patologia nella società. Prendendo in considerazione le variabili studiate da Shaffer, Erdberg e Haroian (1999), ovvero narcisismo (R) e relazioni sociali intime (I), Hibbard (2003) mostra che alcuni autori (non citati da Lilienfeld et al., 2000) sostengono un esponenziale aumento del narcisismo nella società (Lasch, 1979) e un aumento dei divorzi (United States Census, 2001), il quale correla positivamente con una riduzione del comfort all'interno della relazione (I). Questo sembra supportare dunque la tesi di Hibbard, con conseguente rivalorizzazione delle norme del CS di Exner.

Il secondo argomento di discussione riguarda la questione dei *bias culturali nel sistema comprensivo*. Lilienfeld et al. (2000) hanno argomentato che le evidenze a supporto della generalizzabilità del sistema comprensivo sono limitate. Hibbard concorda su questo punto: sono necessari ulteriori studi sulla validità del CS nelle differenti culture. Ma l'autore precisa che questa critica è valida anche per l'MMPI-2, ovvero per un test non proiettivo. Inoltre sostiene che la mancanza di studi sulla generalizzabilità culturale non fornisce di per sé la prova della presenza di *bias* in un test. Lilienfeld et al. citano tre studi che indagano la generalizzabilità del sistema comprensivo (Boscan, 2000; Glass, Bieber, e Tkachuk, 1996; Krall et al., 1983) tra le differenti

culture che però, come sostenuto da Hibbard, non sono metodologicamente corretti.

Altro punto di discussione è l'*affidabilità inter-rater* del test. Lilienfeld et al. (2000) hanno criticato l'attendibilità *inter-rater* del CS, tuttavia Hibbard contesta agli autori di non aver compreso un punto evidenziato in precedenza da Meyer (1997): i punteggi aggregati hanno affidabilità superiori rispetto a quando l'affidabilità viene valutata a livello di risposta individuale. Anche per quanto riguarda l'*affidabilità test-retest*, Lilienfeld et al. (2000) sostengono che la generalizzabilità delle figure di Exner sia discutibile, affermando che i ricercatori diversi da Exner riportino affidabilità *test-retest* sensibilmente più basse. Hibbard (2003) contesta però che gli studi a cui hanno fatto riferimento Lilienfeld et al. non sono realmente studi *test-retest*. Nel calcolo di affidabilità *test-retest*, infatti, la pratica standard consiste nell'individuare le possibili fonti extra test di inaffidabilità come il trattamento e la maturazione (Anastasi e Urbina, 1997). Invece, se lo scopo è di dimostrare la stabilità di un tratto o di condizione nel tempo, l'efficacia degli interventi, la maturazione, e così via, allora la cosa giusta da riportare non è l'affidabilità *test-retest* ma la prova di stabilità del tratto o della condizione (Hibbard, 2003).

Infine, come ultimo punto di discussione riguardo al test, Lilienfeld et al. (2000) hanno osservato che il formato di risposta libera del Rorschach crea la *possibilità che i punteggi delle variabili possano non essere determinati dalla presenza nel rispondente delle caratteristiche indicizzate della variabile stessa ma da influenze irrilevanti* che determinano il numero di risposte. Per capire meglio il problema presentato, Lilienfeld et al. (2000) propongono l'esempio seguente: se un cliente dà 14 risposte e un altro ne dà 28, il secondo avrà doppia opportunità di rivelare un comportamento aggressivo o un'immagine morbosa (indicatore di depressione), semplicemente per aver espresso un maggior numero di affermazioni. Lilienfeld et al. (2000) non hanno però dato credito alla posizione secondo cui, in virtù del fatto che la maggior parte dell'interpretazione del sistema comprensivo si basa principalmente su indici, proporzioni e percentuali, la risposta libera ha inevitabilmente un effetto attenuato sui punteggi del CS (Groth-Marnat, 1984).

In conclusione, le critiche di Hibbard (2003) all'articolo di Lilienfeld et al. (2000), per quanto riguarda il Rorschach, sono le seguenti:

- Lilienfeld et al. non hanno considerato che la qualità dei dati normativi, così come descritti da Exner (1993), sia in realtà superiore ai gruppi di dati da egli riportati
- È vero che non vi sono abbastanza studi sulla generalizzabilità culturale del CS. Tuttavia, le differenze di risultati riscontrati nei pochi studi presenti non necessariamente indicano l'inaffidabilità dello strumento di valutazione, bensì una reale differenza di valori tra culture
- Relativamente allo studio di Meyer (1997), l'affidabilità inter-rater del CS non sembra essere molto elevata a livello di risposta, ma è decisamente più elevata per quanto riguarda i punteggi aggregati
- Per quanto riguarda gli studi citati da Lilienfeld et al. (2000) che mostrerebbero una bassa affidabilità test-retest dello strumento, in realtà gli autori di tali studi non hanno mai presentato i loro coefficienti come coefficienti test-retest, né li hanno mai trattati come tali (ad esempio identificando possibili fonti di inaffidabilità)
- Non vi sono studi metodologicamente soddisfacenti che provino che la frequenza delle risposte (R) possa essere una minaccia per i risultati ottenuti nella somministrazione del test

2b) Thematic Apperception Test

Per quanto riguarda alcune *considerazioni generali sull'affidabilità* del TAT, Lilienfeld et al. (2000) sostengono che è inutile aggregare punteggi in una scala senza l'applicazione di criteri di affidabilità di consistenza interna. Questo punto di vista per Hibbard (2003) è errato. Si consideri infatti che ogni subunità di un gruppo aggregato di fattori predittivi di un costrutto potrebbe non essere in rapporto con l'altra, ma quando si trovano in combinazione tra loro, questi potrebbero predire un'importante varianza nel costrutto. L'autore basa la sua affermazione su studi che non sono stati citati da Lilienfeld et al. (2000), sostenendo che α (coefficiente di Cronbach, che descrive appunto la consistenza interna di un

raggruppamento di item) limiti altre forme di attendibilità come quella *test-retest*. Come Hibbard sottolinea, è necessario fare delle precisazioni per quanto riguarda α . Prima di tutto, questo dipende dal numero degli *item* di un test. Inoltre α può essere abbastanza alto quando l'omogeneità di un test è abbastanza bassa. Infine, l'omogeneità di un test e il livello di α possono incrementare in modo arbitrario semplicemente aumentando la quantità di item semanticamente ridondanti e conseguentemente il livello di α salire definendo i concetti in modo molto meticoloso. Alcuni sostengono che un elevato livello minimo di α debba essere raggiunto (Clark e Watson, 1995) ma livelli così elevati di α possono far correre il rischio di contrastare la validità a causa di una fin troppo rigida copertura del costrutto. Queste importanti considerazioni sono state utilizzate da Hibbard stesso per alcune critiche sull'affidabilità *test-retest*. Il basso numero di elementi in una prova non vincolano solo α , ma anche l'affidabilità *test-retest*. Quasi tutti gli studi sul TAT sono stati infatti condotti utilizzando pochissime tavole, ad esempio ne sono state utilizzate quattro come standard negli studi di McClelland sulla misura della motivazione (Smith, 1992). Non ci sono stati studi *test-retest* sull'ORSC di Westen o sul DMM di Cramer; dunque in questo campo non vi sono basi sufficienti per la loro valutazione. Tuttavia, Hibbard, Mitchell e Porcerelli (2001) hanno condotto analisi di consistenza interna sulle scale dell'ORSC attraverso vari campioni. Studi non pubblicati (Hibbard, 2003) indicano che quando i campioni di studenti sono combinati (dati completi per $N = 280$) con 10 tavole del TAT, i valori di α vanno da .70 a .85 per quattro scale dell'ORSC. Hibbard ha esaminato anche i livelli di Alpha per le tre scale del DMM di Cramer. Tra gli studenti (dati completi per $N = 301$) con 6 tavole, α per le tre scale del DMM di Cramer variava da .60 a .63. L'applicazione della formula profetica di Spearman-Brown a questi dati indica che, se fossero state utilizzate da 12 a 14 tavole, α minimi di .75 sarebbero stati regolarmente osservati. Naturalmente, questo presuppone che simili correlazioni tra gli item sarebbero state osservate. Inoltre, questo non affronta il problema di quante tavole dovrebbero essere utilizzate dai clinici. I dati di Hibbard suggeriscono dunque che i clinici dovrebbero

fare uso di più tavole se desiderano livelli più elevati di α , sia per quanto riguarda l'ORSC, sia per quanto riguarda il DMM. Questo non implica comunque che l'affidabilità del TAT debba essere valutata con l'uso del coefficiente α . Hibbard sostiene dunque la necessità di altri studi sull'affidabilità, in particolar modo su quella *test-retest*, ma è meno critico rispetto a Lilienfeld et al. (2000). Hibbard apporta poi alcune correzioni a Lilienfeld et al. più specifiche sull'affidabilità del DMM. Lilienfeld et al. (2000) hanno definito come scarsamente affidabile un valore (attribuito a Cramer, 1991) di coefficienti α del DMM di .83, .63 e .57 rispettivamente per la scala dell'Identificazione, della Proiezione e del Diniego, su 40 partecipanti utilizzando 8 tavole. I coefficienti α che Cramer (1991) in realtà ha riportato, tuttavia, sono rispettivamente .76, .67 e .63. Ciò che Lilienfeld et al. (2000) hanno descritto come α , chiarisce Hibbard, sono in realtà affidabilità *split-half* provenienti dallo stesso studio (Cramer, 1991). L'applicazione della formula profetica di Spearman-Brown qui suggerisce che Cramer avrebbe raggiunto valori di α maggiori di .75 su tutte le scale se avesse utilizzato 14 tavole. Probabilmente, utilizzando un campione più grande, un numero minore di tavole sarebbe stato necessario per raggiungere tale livello di α . In conclusione, Hibbard (2003) afferma che Cramer (1991) avrebbe riportato valori di α accettabili (come rivela appunto la formula di Spearman-Brown) se il numero di tavole (o probabilmente anche dei partecipanti) fosse stato maggiore, dunque il presente studio non sarebbe caratterizzato da valori indicativi di scarsa affidabilità, come sostenuto da Lilienfeld et al. (2000). Questi ultimi hanno poi definito come forme alternate di affidabilità *test-retest* una relazione tra correlazioni tra due test cui furono somministrate manipolazioni pre e post-sperimentali su 32 studenti di prima elementare e 32 studenti di prima media. Poiché queste manipolazioni sperimentali sono intervenute non è esatto definire tale relazione come forme alternative dello stesso test (Anastasi e Urbina, 1997). Lilienfeld et al. (2000) hanno riferito che significativi interventi hanno avuto luogo prima di ripetere il test per ciascuno dei partecipanti. Gli stessi non hanno però segnalato il rilevante fatto che nella prima somministrazione erano state usate due tavole, mentre nella seconda ne

sono state utilizzate tre, il che significa che le prove non sono parallele, una condizione necessaria per le forme alternate. Inoltre, come possiamo evincere da quanto riportato precedentemente, è probabile che l'uso di così poche tavole possa attenuare ulteriormente le correlazioni. Lilienfeld et al. (2000) hanno anche omesso di comunicare le informazioni più rilevanti sulla natura degli interventi (Cramer e Gaul, 1988): vi furono due manipolazioni diverse (successo e insuccesso) previste e trovate al fine di produrre effetti opposti sull'uso delle difese. In tali circostanze, risulta chiaro come le misure di difesa pre e post manipolazione non possano (e non debbano) correlare del tutto. Hibbard conclude l'argomento denunciando il fatto che nessuno avrebbe effettivamente progettato uno studio di forme alternate test retest in questo modo, e tanto meno questo è stato disegnato in tal modo da Cramer. Non vi sarebbero dunque secondo l'autore studi di forme alternate *test-retest* metodologicamente corretti dei quali ci si possa servire per giungere a delle conclusioni affidabili.

Dopo aver descritto approfonditamente le questioni sollevate da Lilienfeld et al. sull'attendibilità delle scale del TAT, in particolar modo quelle del DMM di Cramer, Hibbard passa poi a trattarne la *validità*. Lilienfeld et al. (2000) hanno sottolineato che alcuni costrutti del TAT sono in correlazione con l'intelligenza, misurato mediante test di intelligenza verbale o il numero di parole usate. Sulla base di questo, Lilienfeld et al. (2000) raccomandano che le misure di intelligenza e il conto delle parole possano esser definite come covariate, così che il ruolo confondente della capacità verbale possa essere chiarito. Le teorie sottostanti all'ORSC di Westen e al DMM di Cramer raffigurano rappresentazioni oggettuali e difese come costrutti sensibili allo sviluppo (in modo analogo all'intelligenza). Sarebbe forse meglio interpretare ognuno di loro come sfaccettature di un altro costrutto adattivo e di sviluppo (e di funzione dell'ego) e come tale, ognuno dovrebbe avere una qualche relazione con l'altra (Allen, Coyne e David, 1986). I dati empirici disponibili confermano tale ipotesi (Cramer, 1997; Porcerelli, Thomas, Hibbard e Cogan, 1998). Le rappresentazioni degli oggetti, l'uso maggiore di difese mature così come l'intelligenza dovrebbero aumentare evolutivamente come

aspetti dello sviluppo cognitivo e tale ipotesi è stata empiricamente dimostrata. Risulta dunque coerente che la validità di costrutto sia delle rappresentazioni degli oggetti che delle difese sia correlata con l'intelligenza. L'intelligenza non sarebbe dunque concettualizzabile come un elemento di confusione, ma piuttosto come parte della validità di costrutto di queste misure. Contrariamente dunque a quello che hanno detto Lilienfeld et al. (2000), non è necessario controllare il QI negli studi della ORSC (Hibbard, 2003). Per quanto riguarda invece la produttività verbale, non ci sono studi che permettano una riflessione adeguata. Un solo studio ha affrontato il problema prima del 2000. Leigh, Westen, Barends, Mendel e Byers (1992) hanno esaminato la relazione tra numero di parole e variabili della ORSC e hanno riscontrato che, almeno in quel gruppo di dati, vi era solo una piccola relazione. Dunque il numero di parole non spiegherebbe la varianza totale comune con le variabili della ORSC. Secondo Hibbard (2003), Lilienfeld et al. (2000) avrebbero sbagliato a non prendere in considerazione tale studio.

Per quanto riguarda il DMM di Cramer, l'esame della batteria di dati di Porcerelli (Hibbard e Porcerelli, 1998) indica che ci sono relazioni moderate tra produttività e punteggi grezzi su tutte e tre le difese del DMM, ma sono molto diversi per le tre difese. Tuttavia, se la variabile di interesse del TAT non è il punteggio grezzo ma quelli che Cramer ha definito come punteggi relativi (ad esempio, l'identificazione sulla somma di tutte le difese), questo attenua il rapporto con il numero di parole. Ancora una volta quindi, la preoccupazione di Lilienfeld et al. (2000) circa la lunghezza della storia del TAT non costituirebbe per Hibbard (2003), nella maggior parte dei casi, motivo di preoccupazione.

Hibbard (2003) ha poi esaminato nello specifico la *validità della ORSC*. Secondo l'autore, Lilienfeld et al. (2000) non avrebbero distinto adeguatamente tra la validazione della ORSC e il suo uso nella capacità o meno di evidenziare il collegamento tra i fenomeni delle relazioni oggettuali e altri aspetti della psicopatologia. Lilienfeld et al. (2000) fecero riferimento a un solo studio, quello di Westen, Ludolph, Lerner, Ruffins e Wiss (1990), in cui la Complessità delle Rappresentazioni (CR) era risultata superiore in

un gruppo di adolescenti con disturbi di personalità borderline che in un gruppo di adolescenti con diagnosi psichiatriche miste, e conclusero che questi dati fornissero una prova della bassa validità della misura. Ma questo risultato potrebbe indicare che gli adolescenti con disturbo di personalità borderline abbiano rappresentazioni più complesse rispetto a quanto ipotizzato dagli autori dello studio. Dunque i risultati dello studio non implicano necessariamente che la scala CR non sia una valida misura della complessità delle relazioni oggettuali. Lilienfeld et al. (2000) hanno criticato in modo analogo la validità della ORSC, basandosi sulla scarsa correlazione emersa con il numero di cambi di residenza dei partecipanti in uno studio di vittime di abusi. Lilienfeld et al. (2000) confonderebbero quindi aspetti di validità della scala con quello che costituisce in realtà l'uso di una misura al fine di testare ipotesi riguardanti la natura o l'eziologia della psicopatologia. Lilienfeld et al. avrebbero inoltre omesso alcuni studi nella loro revisione, tra cui quello di Westen et al. (1990) relativo ai cambiamenti di sviluppo nell'ORSC, di Leigh et al. (1992) circa le correlazioni con altre misure di rappresentazione oggettuale, di Westen et al. (1991) riguardante la validità di gruppi conosciuti, di Hibbard, Hilsenroth, Hibbard, e Nash (1995) circa le correlazioni con misure di relazione oggettuale e Barends, Westen, Byers, Leigh e Silbert (1990) relativamente alle correlazioni con altre funzioni dell'ego e dati ottenuti tramite interviste.

Riassumendo, le critiche principali di Hibbard (2003) a Lilienfeld et al. (2000) sull'affidabilità e sulla validità del TAT sono le seguenti:

- Per quanto riguarda l'attendibilità, l'utilizzo di un numero insufficiente di tavole e di un campione eccessivamente ridotto può ostacolare sensibilmente il livello di α e l'affidabilità *test-retest*: dato che gli studi citati da Lilienfeld et al. (2000) presentano questa caratteristica, non vi sono evidenze per poter concludere che il test sia scarsamente affidabile. La formula profetica di Spearman-Brown, ad esempio, suggerisce in molti casi risultati soddisfacenti su un maggior numero di tavole (12-14), sia per la ORSC che per il DMM.
- Per quanto riguarda la validità, numerosi studi sono stati omessi, altri sono stati riportati in

modo errato (a causa di una mala interpretazione dei risultati) e altri ancora non presentano una metodologia corretta, dunque non interpretabili.

3) Il panorama contemporaneo

La disputa tra Lilienfeld et al. e Hibbard, come già detto all'inizio dell'articolo, rappresenta senza dubbio il più celebre ed eclettico confronto verificatosi fino ad oggi sull'argomento. Purtroppo non vi sono stati studi sperimentali di rilievo che ad oggi siano riusciti a sopire questo dibattito. Di conseguenza, in assenza di nuovi risultati salienti, non vi sono nemmeno critiche significative successive al 2003, anno in cui Hibbard pubblicò "Critique of Lilienfeld et al. (2000)". Gli studi presentati nelle nuove rassegne sono nella maggior parte dei casi già stati spiegati da Lilienfeld o da Hibbard, oltre ad essere piuttosto datati. Degna di nota è comunque la critica di Villemor-Amaral e Pasqualini-Casado (2006), che presenta alcuni studi supplementari condotti in Brasile e che hanno evidenziato buoni risultati. Da sottolineare inoltre lo studio di Nascimimento (2007) relativo alla validazione del sistema comprensivo del Rorschach sulla popolazione brasiliana. Nel caso del TAT, invece, Villemor-Amaral e Pasqualini-Casado (2006) riprendono studi già noti tra cui quello di Hibbard, Mitchell e Porcerelli (2001) sull'affidabilità interna delle misure della SCORS. La critica di Villemor-Amaral et al. (2006) sull'utilizzo delle tecniche proiettive è nel complesso positiva, ma non per questo gli autori omettono di citare alcuni dei limiti evidenziati da Lilienfeld et al. (2000), tra cui quello relativo alla validità incrementale. Infine, tra gli autori italiani, Pedrabissi e Tressoldi (2002) hanno criticato negativamente il lavoro di Lilienfeld et al. (2000) considerando l'elaborato un'indebita e scorretta generalizzazione sui deficit psicometrici dei test proiettivi.

Riferimenti bibliografici

Allen, J. G., Coyne, L., & David, E. (1986). Relation of intelligence to ego functioning in an adult psychiatric population. *Journal of Personality Assessment*, 50, 212–221.
Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). *Psychological testing* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Barends, A., Westen, D., Byers, S., Leigh, J., & Silbert, D. (1990). Assessing affect-tone of relationship paradigms from TAT and interview data. *Psychological Assessment*, 2, 329–332.

Boscan, D.C. (2000). The Rorschach test: A Mexican sample using the Comprehensive System. (Doctoral dissertation, The Fielding Institute, 1999). *Dissertation Abstracts International*, 60, 42-85.

Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7, 309–319.

Cramer, P. (1991). *The development of defense mechanisms: Theory, research, and assessment*. New York: Springer-Verlag.

Cramer, P. (1997). Evidence of change in children's use of defense mechanisms. *Journal of Personality*, 65, 233–247.

Cramer, P., & Gaul, R. (1988). The effects of success and failure on children's use of defense mechanisms. *Journal of Personality*, 56, 729–742.

Cressen, R. (1975). Artistic quality of drawings and judges' evaluations of the DAP. *Journal of Personality Assessment*, 39, 132–137.

Currie, S.F., Holtzman, W.H., & Swartz, J.D. (1974). Early indicators of personality traits viewed retrospectively. *Journal of School Psychology*, 12, 51–59.

Cvetkovic, R. (1979). Conception and representation of space in human figure drawings by schizophrenic and normal subjects. *Journal of Personality Assessment*, 43, 247–256.

Dawes, R.M. (1994). *House of cards: Psychology and psychotherapy built on myth*. New York: The Free Press.

Dudley, H.K., Craig, E.M., Mason, M., & Hirsch, S.M. (1976). Drawings of the opposite sex: Continued use of the Draw-A-Person test and young state hospital patients. *Journal of Adolescence*, 5, 201–219.

Exner, J.E. (1993). *The Rorschach: A Comprehensive System. Volume 1: Basic Foundations* (3rd ed.). New York: Wiley.

Fineman, S. (1977). The achievement motive and its measurement. Where are we now? *British Journal of Psychology*, 68, 1–22.

Gann, M. K. (1995). The Rorschach and other projective methods. *Coping with psychiatric and psychological testimony*, 2, 823–884.

Glass, M.H., Bieber, S.L., & Tkachuk, M.J. (1996). Personality styles and dynamics of Alaska native and non-native incarcerated men. *Journal of Personality Assessment*, 66, 583–603.

Gresham, F.M. (1993). "What's wrong with this picture?": Response to Motta et al.'s review of human figure drawings. *School Psychology Quarterly*, 8, 182–186.

Groth-Marnat, G. (1984). *Handbook of psychological assessment*. New York: Van Nostrand Reinhold.

Hibbard, S. (2003). A Critique of Lilienfeld et al. 's (2000) "The Scientific Status of Projective Techniques". *Journal of Personality Assessment*, 80(3), 260–271.

- Hibbard, S., & Porcerelli, J. (1998). Further validation for Cramer's defense mechanism manual. *Journal of Personality Assessment*, 70, 460–483.
- Hibbard, S., Hilsenroth, M. J., Hibbard, J. K., & Nash, M. R. (1995). A validity study of two projective object representations measures. *Psychological Assessment*, 7, 432–439.
- Hibbard, S., Mitchell, D., & Porcerelli, J. (2001). Internal consistency of the Object Relations and Social Cognition scales for the Thematic Apperception Test. *Journal of Personality Assessment*, 77, 408–419.
- Kahill, S. (1984). Human figure drawing in adults: An update of the empirical evidence, 1967–1982. *Canadian Psychology*, 25, 269–292.
- Keiser, R.E., & Prather, E.N. (1990). What is the TAT? A review of ten years of research. *Journal of Personality Assessment*, 55, 800–803.
- Kraiger, K., Hakel, M. D., & Cornelius, E. T., III. (1984). Exploring fantasies of TAT reliability. *Journal of Personality Assessment*, 48, 365–370.
- Krall, V., Sachs, H., Lazar, B., Rayson, B., Grow, G., Novor, L., & O'Connell, L. (1983). Rorschach norms for inner city children. *Journal of Personality Assessment*, 47, 155–157.
- Lasch, K. (1979). *The culture of narcissism*. New York: Norton.
- Leigh, J., Westen, D., Barends, A., Mendel, M. J., & Byers, S. (1992). The assessment of complexity of representations of people using TAT and interview data. *Journal of Personality*, 60, 809–837.
- Lilienfeld, S. O., Wood, J. M., & Garb, H. N. (2000). The scientific status of projective techniques. *Psychological Science in the Public Interest*, 1, 27–66.
- Loevinger, J. (1987). *Paradigms of personality*. NY: W.H. Freeman.
- Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of the human figure*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas.
- McCann, J.T. (1998). Defending the Rorschach in court: An analysis of admissibility using legal and professional standards. *Journal of Personality Assessment*, 70, 125–144.
- McClelland, D.C., Atkinson, J.W., Clark, R.A., & Lowell, E.L. (1953). *The achievement motive*. NY: Appleton-Century-Crofts.
- Meyer, G. J. (1997). Assessing reliability: Critical corrections for a critical examination of the Rorschach Comprehensive System. *Psychological Assessment*, 9, 480–489.
- Motta, R.W., Little, S.G., & Tobin, M.I. (1993). The use and abuse of human figure drawings. *School Psychology Quarterly*, 8, 162–169.
- Nascimento, R. S. (2007). Rorschach Comprehensive System data for a sample of 409 adult nonpatients from Brazil. *Journal of Personality Assessment*, 89(S1), S35–S41.
- Pedrabissi, L., & Tressoldi, P. E. (2002). Tecniche proiettive. Proiettive di che? *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 6(2), 301–303.
- Popper, K.R. (1959). *The logic of scientific discovery*. NY: Basic Books.
- Porcerelli, J.H., Thomas, S., Hibbard, S., & Cogan, R. (1998). Defense mechanisms development in children, adolescents, and late adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 71, 411–420.
- Porcerelli, J. H., Thomas, S., Hibbard, S., & Cogan, R. (1998). Defense mechanisms development in children, adolescents, and late adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 71, 411–420.
- Riethmiller, R.J., & Handler, L. (1997). Problematic methods and unwarranted conclusions in DAP research: Suggestions for improved research procedures. *Journal of Personality Assessment*, 69, 459–475.
- Ronan, G.F., Colavito, V.A., & Hammontree, S.R. (1993). Personal problem-solving system for scoring TAT responses: Preliminary validity and reliability data. *Journal of Personality Assessment*, 61, 28–40.
- Ronan, G.F., Date, A.L., & Weisbrod, M. (1995). Personal problem-solving scoring of the TAT: Sensivity to training. *Journal of Personality Assessment*, 64, 118–127.
- Scribner, C.M., & Handler, L. (1987). The interpreter's personality in Draw-A-Person Interpretation: A study of interpersonal style. *Journal of Personality Assessment*, 51, 112–122.
- Shaffer, T.W., Erdberg, P., & Haroian, J. (1999). Current nonpatient data for the Rorschach, WAIS-R, and MMPI-2. *Journal of Personality Assessment*, 73, 305–316.
- Smith, C. P. (1992). *Handbook of thematic content analysis*. New York: Cambridge University Press.
- Stricker, G. (1967). Actuarial, naïve clinical, and sophisticated clinical prediction of pathology from figure drawings. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 492–494.
- Swenson, C. (1957). Empirical evaluations of human figure drawings. *Psychological Bulletin*, 54, 431–466.
- Tharinger, D.J., & Stark, K. (1990). A qualitative versus quantitative approach to evaluating the Draw-A-Person and Kinetic Family Drawing: A study of mood and anxiety-disordered children. *Psychological Assessment*, 2, 365–375.
- United States Census Bureau. (2001). *Statistical abstract of the United States: 2001. The national data book 121st ed.* Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Villemor-Amaral, A. E., & Pasqualini-Casado, L. (2006). A cientificidade das técnicas projetivas em debate. *Psico-USF*, 11(2), 185–193.
- Westen, D., Klepser, J., Ruffins, S. A., Silverman, M., Lifton, N., & Boekamp, J. (1991). Object relations in childhood and adolescence: The development of working representations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 400–409.

Westen, D., Lohr, N., Silk, K., Kerber, K., & Goodrich, S. (1985). *Measuring object relations and social cognitions using the TAT: Scoring Manual*. Ann Arbor: University of Michigan.

Westen, D., Ludolph, P., Lerner, H., Ruffins, S., & Wiss, C. (1990). Object relations in borderline adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 338–348

INSIGHT!

di Giacomo Fini

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

Tutti hanno sperimentato nella loro vita la “Aha” experience risolvendo un problema, ovvero quando, dopo del tempo passato ragionando sul problema, la soluzione arriva in maniera quasi inaspettata come un flash ed in maniera istantanea.

La maggior parte degli insight riguardano eventi e problemi minori, come la soluzione di problemi di vita quotidiana o di piccoli puzzle come le parole crociate. Ad ogni modo, la risoluzione di problemi tramite insight può riguardare anche importanti e complessi problemi, come ad esempio la scoperta della struttura benzene di Kekule (1865) e le scoperte matematiche di Poincaré (1921).

La conoscenza scientifica dell'insight è cresciuta specialmente nell'ultimo secolo, comportando anche la creazione di nuovi paradigmi di indagine sperimentale e integrando le risposte comportamentali a tecniche di neuroimaging come la fMRI.

Lo scopo della nostra ricerca è stato quello di indagare se uno stimolo *prime* presentato sotto soglia percettiva potesse facilitare o inibire l'insight su compiti semantici e se eventuali effetti riscontrati decadessero al cessare della presentazione degli stimoli *prime* oppure permanessero, evidenziando così una modificazione avvenuta nel processo di risoluzione di problemi simili tramite insight.

Che cosa è l'insight

La psicologia cognitiva si è concentrata per lo più sulla soluzione del problema, piuttosto che sulla rappresentazione dello stesso (Newell, 1985; Ohlsson, 1984a, 1984b). Dobbiamo pertanto focalizzarci maggiormente su quello che

differenzia sostanzialmente un insight da una strategia di problem solving. Il problem solving compare con il comportamentismo e sta a indicare una sorta di comportamento per prove ed errori che esclude l'analisi dello spazio del problema. È solo con l'avvento del cognitivismo ed in particolare in seguito all'adozione del paradigma HIP (Human Information Processing) (Ernst e Newell, 1969; Simon, 1962-76), che la ricerca ha potuto indagare i processi mentali che determinano negli esseri umani il comportamento di soluzione problematica.

L'esplorazione dello spazio del problema si divide in tre parti: analisi dello stato iniziale (incompleto), analisi delle finalità (stato finale desiderato) e infine analisi del set di operazioni possibili (cioè i processi con i quali si può attuare una trasformazione) (Neisser, 1969).

Nella soluzione di un compito (che può avvenire tramite algoritmi o procedimenti euristici), il comportamento del solutore prende quindi la forma di una ricerca sequenziale, con piccoli aumenti successivi di acquisizione di informazioni sul problema (Simon, 1979). Nella soluzione di un problema invece deve avvenire un cambiamento del punto di vista iniziale (insight e ristrutturazione) per poter cogliere diversamente il problema (Simon, 1979). Ne consegue che, mentre il problem solving richiede una strategia di elaborazione “step-by-step”, più logica e che si può bloccare in qualsiasi fase di analisi dei suoi passaggi intermedi (Simon, 1979), l'insight è invece un processo “all-in-one”, di tutto o nulla, più intuitivo e tramite il quale un problem solver si muove istantaneamente da uno stato in cui non sa risolvere il problema ad uno stato in cui conosce la soluzione (Maier, 1992).

Dal momento che un problema risolto tramite insight è risolto attraverso un cambiamento della rappresentazione mentale dei dati, dello scopo e degli ostacoli riscontrati, l'incapacità di avere insight sarebbe dovuta alla "fissazione" (o "fissità funzionale") sulle esperienze passate e sulle associazioni già presenti (Dunker, 1945). Con l'irrigidimento nel percepire sempre allo stesso modo le situazioni problematiche e gli elementi in gioco, il rischio è dunque quello di basarsi su esperienze e strategie che hanno avuto successo in precedenza, considerando i dati in modo statico (Dunker, 1945). Questo, secondo Dunker (1945), sarebbe ascrivibile a un limite strutturale della percezione del problema.

Identificare l'episodio di insight

Sono stati compiuti numerosi sforzi in letteratura al fine di categorizzare problemi di insight o di non-insight (Schooler, 1997; Weisberg, 1995; Gilhooly, 2005).

Ad esempio, un rompicapo come "La torre di Hanoi" ideata da Newell, Simon & Shaw (1958) risulta essere particolarmente indicato per valutare i processi di problem solving, poiché in questo compito risulta essere chiaro come i soggetti debbano fare uso di operatori mentali sequenziali per spostare i dischi da un piolo all'altro rispettando i limiti imposti (Newell, Simon e Shaw, 1958).

Il compito consiste nel trasferire 3 o più dischi (a seconda della difficoltà) di grandezza decrescente attraverso 3 pioli, con il fine di ottenere la configurazione iniziale su un piolo diverso da quello di partenza. Inoltre il soggetto deve seguire due regole precise, ovvero spostare solo un disco alla volta e non collocare un disco più grande sopra un disco più piccolo. Questo compito risulta essere un esempio perfetto di come i soggetti debbano fare uso di operatori mentali per spostare sequenzialmente i dischi da un piolo all'altro rispettando i limiti imposti (Newell, Simon e Shaw, 1958).

Un esempio di come un compito possa essere categorizzato come di insight è invece quello dell'esperimento ideato da Dunker (1945): i soggetti dovevano trovare il modo di attaccare una candela ad un muro per non far cadere la cera sul tavolo utilizzando soltanto gli elementi forniti dallo sperimentatore, ovvero una scatola contenente le puntine, una bustina di fiammiferi e la candela stessa. La risoluzione del problema

consiste nell'utilizzare la scatola che contiene le puntine come poggia candela ed attaccarla al muro con le puntine; ovviamente i fiammiferi servono per accendere il cero.

Il priming

Il priming è un quadro sperimentale nel quale l'elaborazione di uno stimolo iniziale influenza la risposta ad uno stimolo target successivo (Förster e Liberman, 2007; Wyer, 2008). L'effetto dello stimolo prime si verifica poiché l'elaborazione del primo stimolo modifica l'analisi e le operazioni cognitive dei contenuti seguenti, che possono a loro volta modificare sentenze, decisioni e comportamento manifesto (Förster e Liberman, 2007; Wyer, 2008).

Lo stimolo prime può inoltre essere presentato sotto soglia percettiva (ad esempio mostrandolo per pochi msec oppure con un contrasto appena percettibile), ed anche in questa forma si è dimostrato essere comunque in grado di influenzare tutte le fasi di elaborazione dell'informazione, tra cui attenzione, comprensione, recupero dalla memoria, inferenze e generazione delle risposte (Förster e Liberman, 2007; Wyer, 2008).

Il priming può anche essere suddiviso in positivo o negativo in base all'effetto che svolge sul compito. Per esempio, in psicolinguistica, l'elaborazione di una parola è facilitata se preceduta da un'altra in relazione con essa (infermiera-dottore), in questo caso si parla di priming positivo (Meyer e Schvaneveldt, 1971), piuttosto che da una non relata (pane-dottore), ovvero da un priming negativo (Meyer e Schvaneveldt, 1971).

Il priming semantico è un fenomeno principalmente esterno alle parole in quanto tali (Hess et al. 1995); ciò significa che la facilitazione è dovuta alla relazione semantica tra i collegamenti fra i concetti, mentre nel caso della ripetizione è semplicemente spiegato in relazione alle caratteristiche fisiche dello stimolo (Hess et al. 1995). Nel priming semantico quindi non è la parola in sé che facilita, ma il suo significato (Hess et al. 1995).

Il Remote Associates Test (RAT)

Basandosi sul modello della memoria semantica di Collins & Loftus (1975), che introdussero il modello di propagazione dell'attivazione semantica, il Remote Associates Task (RAT) è

un protocollo sperimentale che viene categorizzato come insight problem.

Secondo il modello di propagazione dell'attivazione semantica, infatti, nel corso della ricerca entro la rete semantica vengono attivati tutti i percorsi lungo i quali la ricerca ha luogo. L'attivazione si propaga dal nodo dove inizia la ricerca, non in maniera sequenziale e gerarchica come ipotizzato dai modelli precedenti (Collins e Loftus, 1975). Tanto maggiore è l'attivazione di un nodo tanto più facilmente la sua informazione può essere elaborata, ad esempio può essere recuperata più facilmente. Secondo questo modello non è importante l'ordine di appartenenza categoriale, bensì la vicinanza semantica nella propria rete e il fatto che, durante il recupero dell'informazione nella rete, vengono attivati tutti i percorsi nei quali avviene la ricerca (Collins e Loftus, 1975). La lunghezza dei legami è pertanto rappresentata dal grado di relazione tra le parole ed il loro significato, ed è in base a questa lunghezza di connessione che dipende il tempo di ricerca (Collins e Loftus, 1975).

Un altro concetto chiave di questo modello è costituito dalla diffusione dell'attivazione (Spreading Activation) (Collins e Loftus, 1975): l'attivazione di un nodo della rete semantica comporta una attivazione parziale (o pre-attivazione) di tutti i nodi connessi. Minore è la distanza semantica tra la parola di riferimento e le connessioni, maggiore pre-attivazione riceveranno i nodi correlati ad essa (Collins e Loftus, 1975).

La RAT è un test creato da Mednick nel 1962 che serve a valutare le differenze individuali nelle capacità creative e le operazioni coinvolte nella risoluzione di problemi semantici. Nel RAT viene chiesto ai partecipanti di associare degli elementi semanticamente molto lontani tra loro trovando un'unica parola in relazione con ognuno di essi (Mednick, 1962).

Il test originale è composto da 30 stimoli, ciascuno di essi costituito da una sequenza di 3 parole. Al soggetto è richiesto di trovare il termine che è semanticamente relato ad ognuna di esse, nonostante le 3 parole appartengano ad universi semantici distinti ed altrimenti non collegati (Mednick, 1962). Un esempio di item di questo test è il seguente: “fico-mangiare-tremare”. La soluzione è la parola “foglia” (“foglia di fico”; “mangiare la foglia”; “tremare

come una foglia”) (Mednick, 1962). Dal momento che la parola “foglia” occupa una posizione bassa nelle gerarchie associative delle parole-stimolo, la soluzione sarà trovata raramente: l'item, in questo caso, sarà quindi classificato come di difficile risoluzione (Mednick, 1962).

Altri autori, prendendo spunto dal test originale, hanno ampliato la gamma di items: ad esempio, Bowers, Regehr, et al. (1990), prendendo spunto anche da quiz televisivi come “Jeopardy!” e “Wheel of Fortune” e da giochi da tavola come “Taboo”, implementarono la batteria iniziale aggiungendo altri 40 items per utilizzarla nei loro studi sull'intuizione ed il pensiero creativo (Bowers, Regehr, et al. 1990; Bowers, Farvolden, et al., 1995; Bowers, 2003). Sfortunatamente, uno dei maggiori limiti di questo test è il non essere culture-free: se si provano infatti a tradurre, letteralmente o concettualmente, le parole che formano gli items, vengono meno le associazioni semantiche tra di esse. Questo concetto è perfettamente in linea con quanto detto da Tulving (1982), cioè che la memoria semantica è culturalmente condivisa. Risulta pertanto spesso impossibile ricollegare tra loro con un solo vocabolo parole appartenenti a diversi idiomi, sia dal punto di vista lessicale che fraseologico.

Limiti delle ricerche classiche sull'insight e premesse sperimentali

Indagando sullo stato dell'arte della letteratura, non sembrano essere presenti studi che vadano ad indagare se uno stimolo *prime* presentato sotto soglia percettiva potesse influenzare l'insight su compiti semantici e se eventuali effetti riscontrati decadessero al cessare della presentazione degli stimoli *prime* oppure permanessero, evidenziando così una modificazione avvenuta nel processo di risoluzione di problemi simili tramite insight.

Nella nostra ricerca abbiamo pertanto cercato di analizzare l'eventuale efficacia facilitatoria o inibitoria di uno stimolo *prime* sulla strategia di risoluzione di un problema semantico tramite insight. Seguendo il principio di Hebb (1949) che parlando di compiti sull'insight disse: “Il compito non deve essere così facile in modo tale che lo si possa risolvere in una volta, e che quindi non sia permessa una analisi della soluzione, ma neppure così difficile da far

fallire sistematicamente nella risoluzione, se non con l'apprendimento meccanico in una serie di prove”, abbiamo cercato di ricostruire al meglio possibile dei trials in italiano simili a quelli della RAT inglese che rispettassero tale principio.

Inoltre, abbiamo voluto raccogliere altri elementi qualitativi per spiegare l'eventuale effetto del priming sull'insight. In aggiunta al tempo in cui venivano presentate le parole iniziali semanticamente collegate a quella da individuare, è stata concessa ai soggetti un'ulteriore fase nella quale veniva mostrata loro un'ulteriore parola, anch'essa semanticamente inerente alla soluzione, da utilizzare solo nel caso non fossero giunti sino a quel momento alla risoluzione del problema. Questa fase è stata introdotta per valutare se, anche quando l'effetto del priming dovrebbe essere ormai decaduto poiché trascorsi troppi secondi dalla sua presentazione iniziale, una volta presentato un *cue* aggiuntivo ai soggetti al fine di aiutarli nella rottura della fissità verso il compito, potessero comunque riscontrare un effetto facilitatore o inibitore legato allo stimolo *prime* anche in questo stadio.

Metodi

L'esperimento è stato somministrato a 105 soggetti, con età compresa tra 19 e 40 anni. I partecipanti sono stati suddivisi in 3 gruppi sperimentali: gruppo con stimoli *prime* positivi, gruppo con *prime* negativi e gruppo di controllo. Ogni soggetto è stato valutato al compito per 3 giorni consecutivi al fine di ottenere un maggior numero di dati analizzabili, e soprattutto allo scopo di valutare l'effetto dell'apprendimento verso il compito. A prescindere dalla tipologia di *prime* ricevuto nei primi 2 giorni, il terzo giorno a tutti i soggetti è stato presentato un *prime* neutro ad ogni trial. Volevamo infatti valutare se la condizione di *prime* somministrato nelle prime due sessioni, qualora avesse avuto un riscontro facilitatorio o inibitorio sull'insight nei primi 2 giorni, potesse influenzare l'apprendimento di strategie verso la risoluzione del compito anche quando tale stimolo *prime*, positivo o negativo, fosse stato tolto (mettendo quindi i due gruppi in condizione neutra), rispetto al gruppo di controllo.

Sono state quindi create 3 batterie di stimoli da 40 trials ognuna, che venivano date ai soggetti in

ordine randomizzato durante i 3 giorni, con l'aggiunta di una piccola simulazione usata unicamente per far prendere confidenza al compito ai soggetti.

La metodologia di presentazione degli stimoli è stata la seguente (Fig.1): all'inizio di ogni singolo trial compariva una croce di fissazione per 1 secondo, alla quale seguiva la comparsa dello stimolo pre-mask per 100msec composto dai caratteri “3#&5%#@92”, la parola *prime* sotto-soglia per 40msec, e lo stimolo post-mask costituito da una randomizzazione delle lettere “SWFGHKRPBM” per 20msec, per un SOA totale di 60msec. Successivamente venivano presentate le 4 parole per una durata massima di 30 secondi, con uno spazio apposito per digitare la risposta e con la presenza di un timer che indicasse ai soggetti il tempo rimasto per risolvere il compito. Qualora non avessero trovato la risposta nel tempo concesso loro, i soggetti avrebbero avuto a loro disposizione ulteriori 15 secondi in più con una quinta parola *cue* in aggiunta alle altre 4 per favorire la risoluzione del problema. I partecipanti venivano istruiti a premere il tasto invio per confermare la loro risposta. Indipendentemente dal fatto che la risposta data fosse giusta, errata o che fosse scaduto completamente il tempo, al termine di ogni singolo trial appariva loro la soluzione corretta (onde evitare che all'inizio del trial successivo fossero ancora distratti dal ragionamento sulla precedente) insieme alla dicitura “premi un tasto per continuare”, in modo che i soggetti potessero ricontrollare i collegamenti tra la soluzione corretta e le parole, e per potersi prendere qualche secondo di riposo qualora si fossero stancati ed avessero necessitato il recupero di energie cognitive spese durante il compito.

Come stimoli *prime* positivi sono state selezionate parole che subito dessero un chiaro incipit in direzione favorevole alla soluzione, quindi fortemente connesse ad essa a livello semantico. Ad esempio se la parola da individuare fosse stata “stella”, le 4 parole iniziali sarebbero state “sole – sport – cadente – spettacolo”, la parola *cue* con il medesimo livello di connessione semantica come “brillare”, mentre il *prime* positivo sarebbe stato “cometa”, ovvero una parola che subito rimanda o che è comunque fortemente connessa a quella da trovare, in misura decisamente maggiore delle

altre fornite durante il compito. Secondo la teoria della propagazione dell'informazione nella rete semantica (Collins e Loftus, 1975; Anderson, 1983) questo stimolo andrebbe indubbiamente a pre-attivare la parola per risolvere il problema, facilitando quindi il successo al compito. Lo stimolo negativo era invece costituito da una parola completamente incorrelata alla parola da trovare, ad esempio per la parola “stella” il prime negativo poteva essere “stress”, che attivando nodi semantici

completamente distanti, teoricamente avrebbe richiesto al soggetto l'operazione mentale di inibire l'attivazione dovuta da quello stimolo per trovare la giusta soluzione. Il *prime* neutro era sempre costituito dalle medesime lettere utilizzate nel post-mask, anche in questo caso presentate in ordine casuale. Così facendo il trial non subiva modificazioni rispetto alle altre condizioni e al contempo non si sarebbero attivati nodi semantici di alcun tipo nel soggetto.

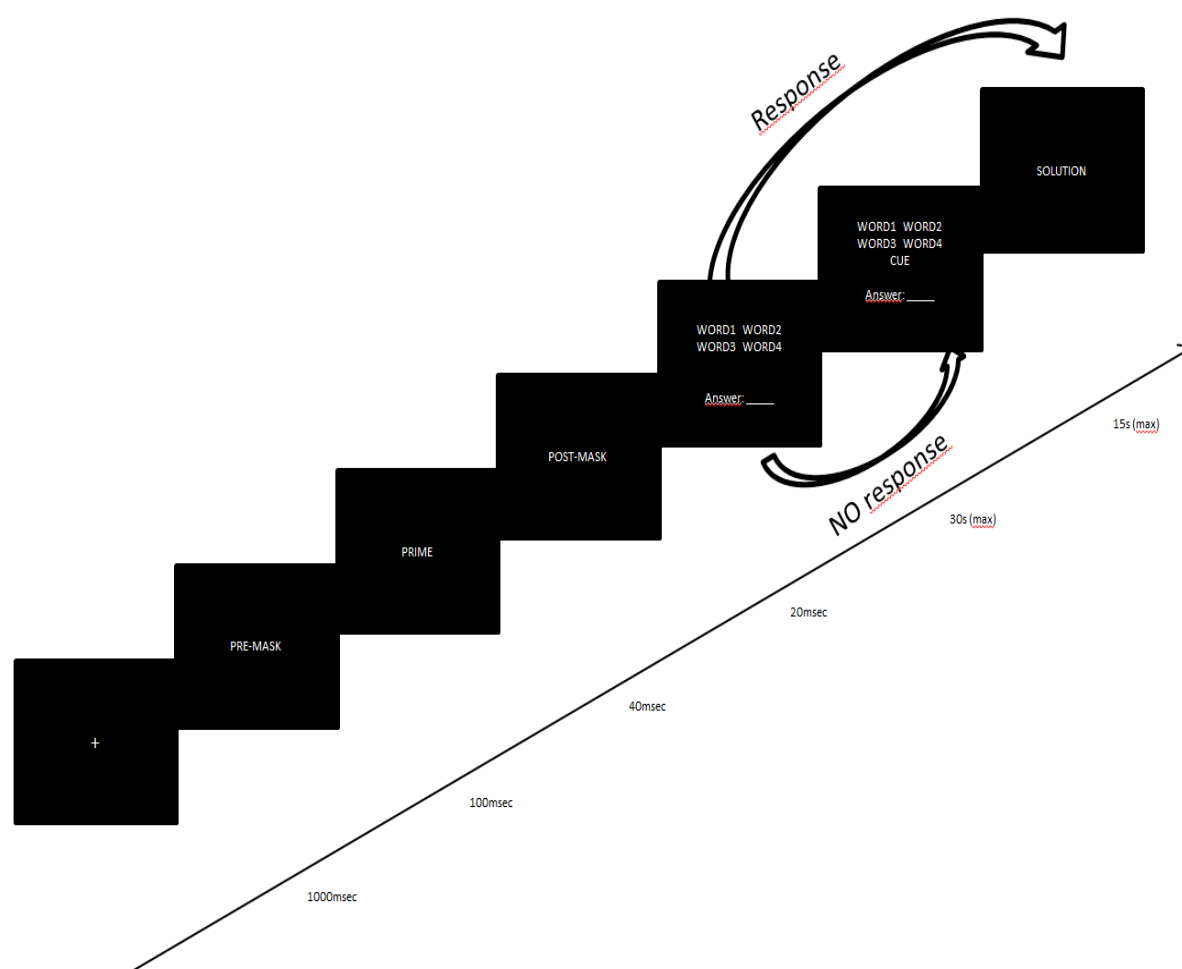


Figura 1: schema riassuntivo dello svolgimento del protocollo sperimentale.

Analisi dei risultati

La verifica delle parole scritte dai soggetti con le soluzioni corrette è stata eseguita manualmente, onde evitare che eventuali errori di battitura o parole scritte al singolare o plurale, al maschile o al femminile, potessero non essere considerate valide. Non sono invece stati accettati sinonimi delle soluzioni, eccezion fatta per vocaboli che comunque legassero semanticamente a tutte le 4 parole presentate inizialmente.

Dai dati sono stati tolti gli outliers ± 2.5 MAD (Median Absolute Deviation) di ogni singolo gruppo ed analizzati con il T-TEST comparando

i gruppi sia sulle risposte date correttamente in totale in ogni singola sessione (su 40 stimoli) che sulle risposte date senza l'aiuto del *cue*.

Per le risposte totali date nelle singole giornate con l'aiuto del *cue* è stato invece utilizzato il test del CHI QUADRO.

Dai dati raccolti sono emerse differenze statisticamente significative tra il gruppo con *prime* positivo e gli altri due.

Analizzando le risposte totali corrette nei singoli giorni, il gruppo positivo risulta essere sempre in maniera statisticamente significativa migliore del gruppo di controllo ($p=.01$; $p=.05$; $p=.03$) (Grafico1)

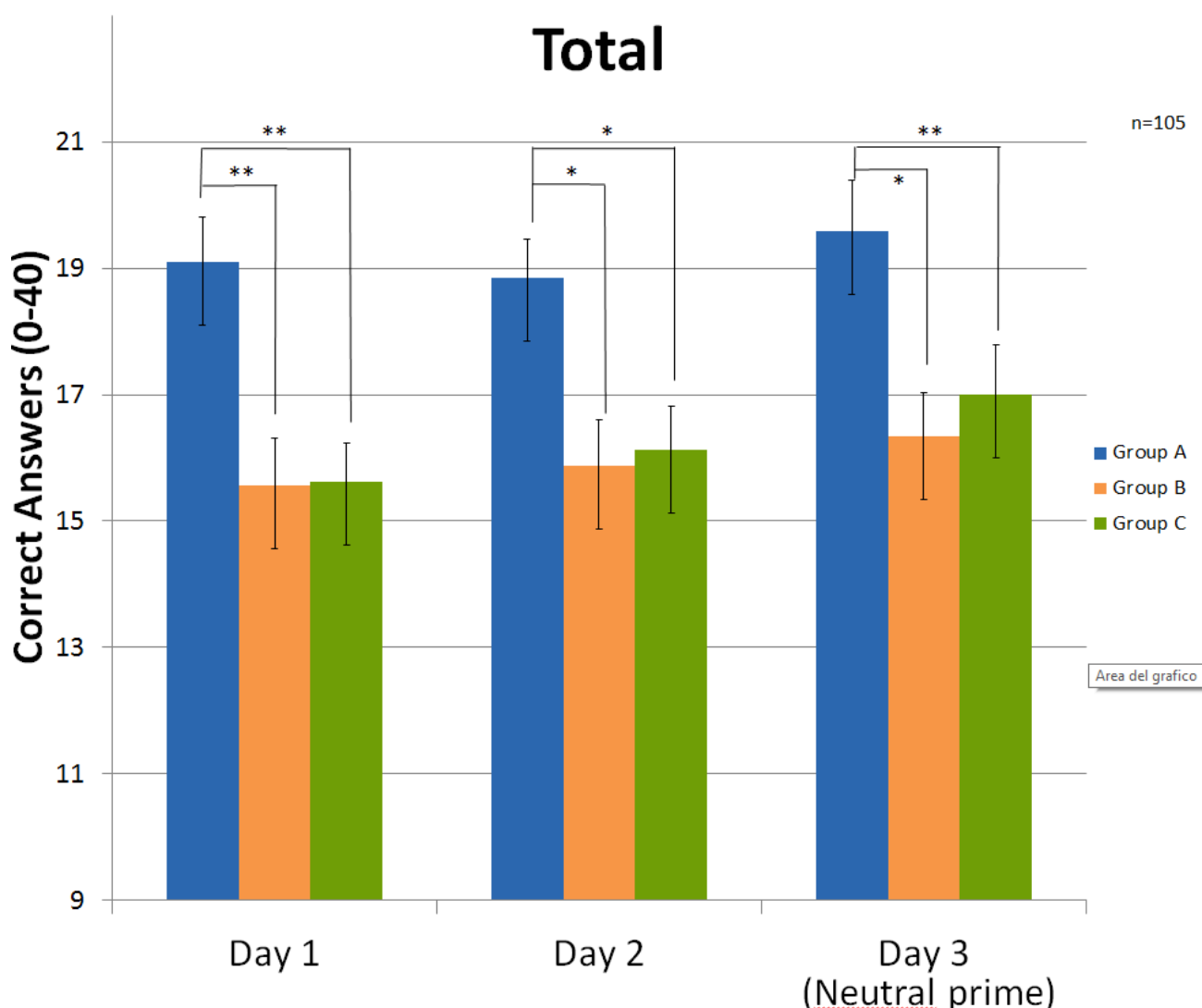


Grafico 1: Rappresentazione delle medie delle risposte corrette totali nel compito nei tre giorni. $*p<.05$; $**p<.01$

Scindendo i risultati, si ottengono differenze statisticamente significative nei primi 30sec soltanto il terzo giorno tra gruppo positivo e

gruppo di controllo ($p=.09$; $p=.4$; $p=.01$) (Grafico 2)

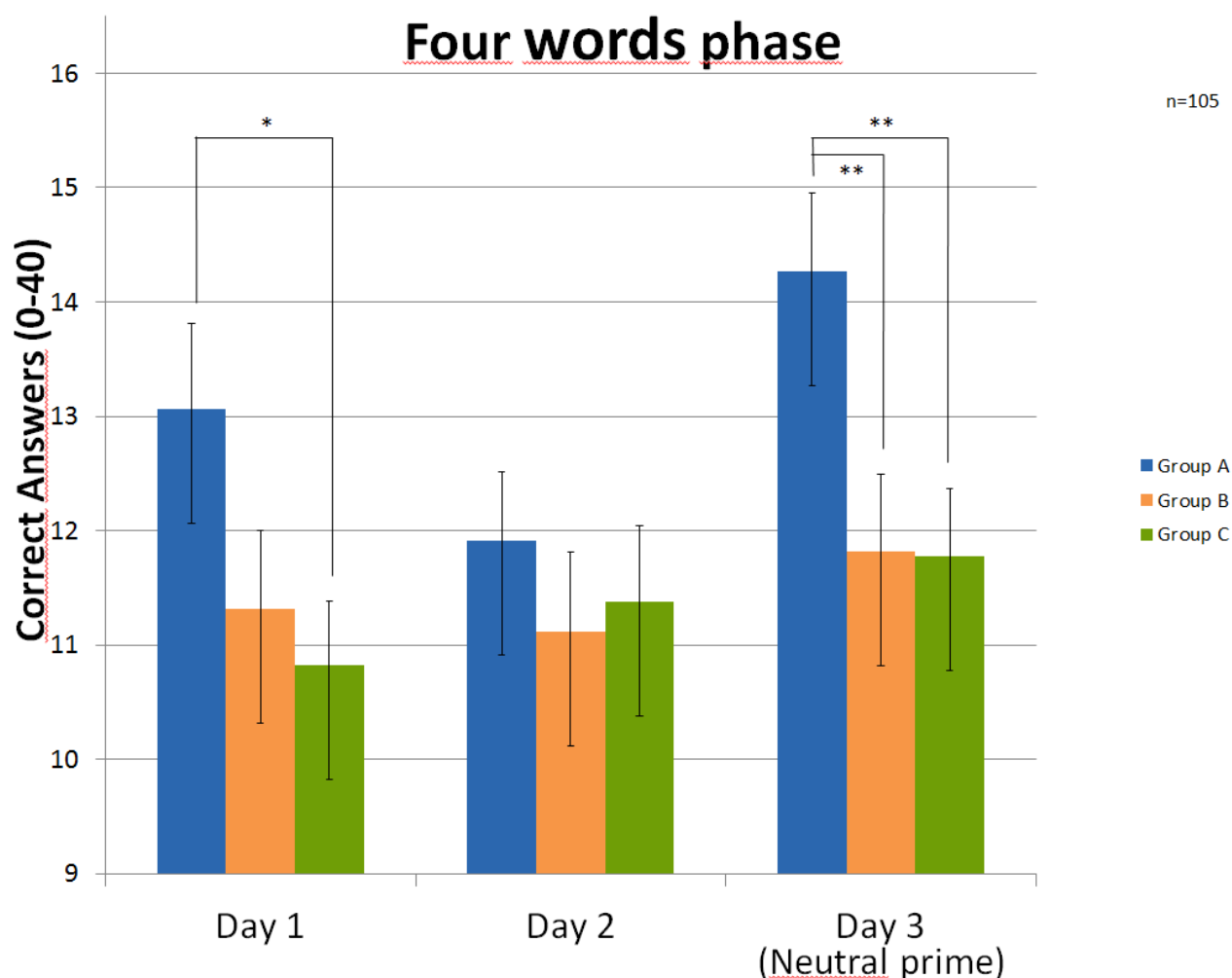


Grafico 2: Rappresentazione delle medie delle risposte corrette totali individuate senza l'aiuto della parola *cue* nel compito nei tre giorni. * $p < .05$; ** $p < .01$

Dalle analisi effettuate con il CHI QUADRO delle risposte corrette date nella fase con *cue* si ottengono risultati diametralmente opposti, ovvero una significatività tra gruppo positivo e gruppo di controllo presente unicamente i primi due giorni, ma non il terzo ($p = .01$; $p = .01$; $p = .28$) (Grafico 3). Non sono emerse in alcuna analisi differenze invece tra il gruppo con *prime* negativo ed il gruppo di controllo.

Dall'analisi tramite ANOVA della mediana dei Reaction Time (RT), non risultano differenze statisticamente significative in nessun gruppo, in nessun giorno, in nessuna fase dell'esperimento.

Discussione dei risultati

I risultati raccolti mettono in luce che vi possano essere differenze statisticamente significative tra alcuni aspetti del compito tra le condizioni di priming positivo e neutro.

È quindi possibile asserire che i soggetti a cui viene somministrato un priming positivo riescono più facilmente a raggiungere l'insight in compiti semantici come la RAT, e quindi ad incrementare i livelli di accuracy al problema rispetto al gruppo di controllo durante i primi due giorni, continuando ad avere un andamento migliore anche il terzo giorno (quindi quando vengono messi anche loro nella condizione neutra). È quindi presumibile che uno stimolo facilitatore sotto-soglia percettiva aiuti comunque a raggiungere più facilmente l'insight nel compito, soprattutto nella fase supplementare con i 15 secondi addizionali e la parola *cue*, ma che soprattutto consenta di sviluppare strategie risolutive migliori anche in condizioni successivamente neutre: sembrerebbe infatti che i soggetti del gruppo positivo riescano, durante i primi due giorni, a sfruttare in maniera più redditizia l'aiuto

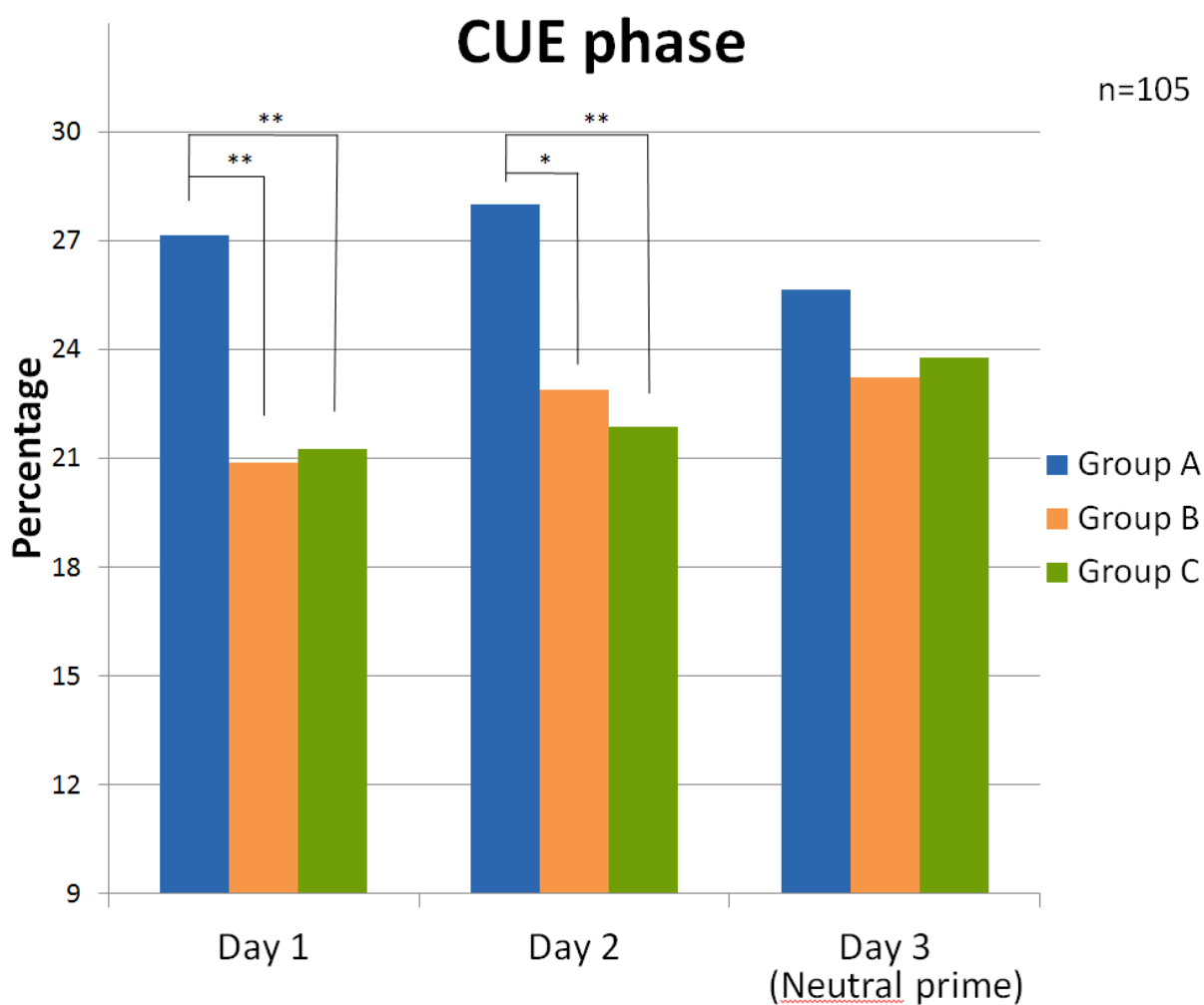


Grafico 3: Rappresentazione delle medie delle risposte corrette totali date solo dopo la presentazione dello stimolo cue nel compito nei tre giorni. * $p < .05$; ** $p < .01$

Group A	Day1	Day 2	Day3 (N)
Total	✓	✓	✓
Four words	✗	✗	✓
CUE	✓	✓	✗

Tabella 1: Riassunto dei risultati ottenuti nelle tre sessioni sperimentali dal gruppo con prime positivo rispetto al campione di controllo

aggiuntivo a loro concesso, quasi come se l'effetto del priming, ormai teoricamente decaduto poiché trascorsi 30 secondi, fosse riattivato quando i soggetti sono spinti verso una nuova ristrutturazione dello schema grazie al *cue*, che aiuta a rompere la fissità funzionale sul compito. Il terzo giorno però, sembrerebbe che i partecipanti di questo gruppo continuino a raggiungere più spesso l'insight rispetto al gruppo di controllo nel medesimo giorno, nonostante utilizzino in maniera fruttuosa lo stesso numero di *cue* degli altri gruppi. (Tabella 1). Questo dato risulta essere molto importante poiché non solo sembrerebbe dimostrare che l'effetto del *prime* positivo, anche se decaduto, può essere “riattivato” da uno stimolo che aiuti a rompere la fissità, ma anche che l'apprendimento di questa abilità favorirebbe i soggetti anche quando non hanno più uno stimolo *prime* congruente al compito.

Tutto sommato, nonostante i netti benefici osservati in termini quantitativi nelle risposte, non sembra invece che vi siano differenze significative di un giovamento temporale nella risoluzione dei problemi dalle analisi dei RT.

I partecipanti con *prime* negativo, al contrario del gruppo positivo, non sembrano risentire in alcun modo dell'effetto distrattore della parola fuorviante nella risoluzione del problema, nemmeno nel terzo giorno di sperimentazione, quando ricevevano stimoli neutri.

Conclusioni e limiti

L'esperimento ha cercato di indagare più dimensioni possibili che mettessero a confronto il priming con l'insight su compiti semantici tramite RAT, dal momento che non vi sono molti dati a riguardo in letteratura. Abbiamo pertanto provato ad osservare il maggior numero di fattori possibili per capire quali si rivelassero in seguito importanti e quali invece non risentissero dell'effetto dello stimolo *prime*.

L'accuratezza generale delle risposte corrette fluttua tra il 40 ed il 50% dei trials totali in tutti i gruppi ed in tutte le sessioni. Il compito potrebbe quindi essere considerato valido per la valutazione dell'insight semantico secondo i parametri descritti da Hebb (1949).

I risultati mostrano come il gruppo al quale viene somministrato il priming positivo tenda a

risolvere una maggior quantità di quesiti tramite insight grazie al *cue*, e come sviluppino strategie risolutive migliori che riescono ad applicare anche quando il *prime* viene successivamente loro tolto.

I soggetti sottoposti a *prime* negativo non sembrano invece risentire in alcun modo del distrattore.

Tuttavia, il presente studio non è privo di limitazioni. Le analisi dei RT, trattandosi di un compito complesso che coinvolge funzioni cognitive di ordine superiore e che coinvolge funzioni cognitive intrinsecamente tardive, possono facilmente essere state falsate da fattori distorsivi del setting. Analisi tramite EEG potrebbero essere molto più puntuali nella corretta individuazione di eventuali differenze temporali di risoluzione.

Inoltre, sarebbe molto importante aumentare periodo di raccolta dei dati per ogni singolo soggetto a più di 3 giorni consecutivi. Così facendo si potrebbero individuare meglio le varie tappe dell'apprendimento di strategie verso il compito ed osservare dei dati più netti dell'andamento prestazionale una volta riportati i soggetti alla condizione di controllo, evidenziando anche se l'effetto del priming positivo decadde gradualmente giorno dopo giorno senza la somministrazione di tale stimolo o se invece persistesse costantemente, modificando in maniera solida le strategie di insight verso il compito.

Non è al momento possibile nemmeno sapere se il fenomeno di potenziamento sia circoscritto al protocollo sperimentale della RAT o se si possa estendere ad altri problemi. A tal proposito è già stata progettata una ricerca per cercare di mettere in evidenza eventuali limiti o compatibilità verso altri compiti.

Nuova ricerca in corso

Alla luce dei risultati emersi dal precedente esperimento, è stato ideato un nuovo protocollo sperimentale per indagare maggiormente il fenomeno dell'insight e del suo potenziamento tramite stimoli *prime*.

L'obiettivo di questo nuovo esperimento è riuscire a comprendere se i risultati ottenuti siano compito-specifici oppure se possano migliorare le performance anche in aspetti più generici ad esso correlati.

Dal momento che la RAT è un compito di insight semantico, stiamo attualmente selezionando 4 ulteriori compiti per vedere se e dove gli effetti del primo esperimento siano estendibili: un altro compito di insight semantico (IS), ma differente dalla RAT; uno di semantica ma che non riguardi l'insight (iS); uno che riguardi l'insight ma non la semantica (Is); ed un compito di controllo, che non riguardi né l'aspetto semantico, né tantomeno quello dell'insight (is).

Metodi

Il nuovo esperimento durerà 4 giorni e, data l'inefficacia osservata nell'esperimento precedente di stimoli *prime* negativi, prevederà la sperimentazione su 2 soli gruppi (positivo e di controllo), che si differenzieranno nel secondo e terzo giorno nella presentazione di stimoli subliminali come nell'esperimento precedente. I compiti IS, iS, Is e is, una volta accuratamente selezionati, saranno divisi ognuno in 2 metà, e saranno identici per entrambi i gruppi.

Come compito IS potrebbero utilizzati i "rebus puzzle stimoli" italiani ideati da C.Salvi et al. (2015). Per le altre tipologie di compiti invece ancora devono essere individuati i task più adeguati da somministrare ai partecipanti.

Durante il primo giorno di sperimentazione, verranno presentate ai soggetti una metà (estratta in maniera randomica) di ognuno dei nuovi 4 test. Una volta ottenuti i riferimenti di partenza (baseline) della performance in quei compiti per ogni soggetto, ai partecipanti del primo gruppo, nel secondo e terzo giorno, verrà ripresentato l'esperimento precedente (RAT) con stimoli *prime* sempre positivi; al gruppo di controllo invece con stimoli neutri.

Per fare questo, le 3 batterie da 40 stimoli dell'esperimento precedente, sono state

accorpate in 2 da 60 items ognuna. Avendo già appurato gli effetti sostenuti del *prime* positivo in almeno un giorno successivo al termine della sua presentazione, in questo esperimento gli stimoli RAT verranno dati in entrambi i giorni con *prime* positivi al primo gruppo.

Il quarto giorno verrà chiesto ai soggetti di completare la seconda metà dei compiti presentati il primo giorno (IS, Is, iS, is).

Per ovvie ragioni, nessuno dei soggetti assunti nella prima ricerca potrà partecipare a questa, onde evitare eventuali errori sperimentali. Una volta ottenuti i dati, sarà molto importante vedere l'andamento dei soggetti nelle 4 giornate, specialmente quello tra la prima e l'ultima. Difatti ci attendiamo risultati in linea con l'esperimento precedente per quello che riguarda il secondo e terzo giorno di sperimentazione dove, seppur compressi in soli 2 giorni, ai soggetti verranno presentati i medesimi stimoli del primo esperimento, sia per il gruppo con *prime* positivo che per quello di controllo.

Sarà invece l'obiettivo del nuovo esperimento osservare come eventuali cambiamenti di performance nei compiti divisi a metà: il primo giorno entrambi i gruppi dovrebbero ottenere baseline simili in tutti e 4 i test, poiché non ancora sottoposti a protocolli sperimentali diversi.

Il quarto giorno invece, dopo che un gruppo avrà ricevuto *prime* positivi per 2 giorni e l'altro no, vogliamo osservare se e dove vi saranno differenze nei test presentati.

Qualora riscontrassimo eventuali differenze prestazionali, sarà possibile a questo punto capire se il *prime* ha facilitato indirettamente anche le strategie di compiti diversi ma comunque correlati al compito di RAT, e quindi se ha potenziato anche in maniera più generica la sfera legata all'insight semantico, solo quella dell'insight, solo quella della semantica o nessuna delle due. Le eventuali differenze dovrebbero essere visibili sia correlando i dati tra primo e quarto giorno del gruppo con *prime* positivo, sia confrontando il quarto giorno del gruppo di controllo e di quello che ha ricevuto il *prime*.

Dal compito is invece non ci aspettiamo alcun miglioramento, quantomeno nella correlazione del quarto giorno tra gruppo con *prime* e gruppo di controllo.

Riferimenti bibliografici

- Anderson, J. C. (1983). On the Assessment of Construct Validity for Properties of Marketing Organizations. The University of Texas at Austin and David W. Gerbing, *Journal of Marketing Research*, 19, 453-460
- Bowers, K.S., Regehr, G., Balthazard, C.G., & Parker, L. (1990). Intuition in the context of discovery. *Cognitive Psychology*, 22, 72-110
- Bowers, K.S., Farvolden, P., Mermigis, L. (1995). Intuitive antecedents of insight. In Smith, T. M. Ward, R.A., *The creative approach* (pp.27-52). Cambridge, Ma: MIT Press
- Bowers, K.S. (2003). Intuition In R. J. Semberg (Ed). *Encyclopedia of intelligence* (pp. 613-617). New York: Macmillian. 10, 74-34
- Collins, M.R., & Loftus, E. (1975). How to make a language user. *Academic Press*, New York, pp. 309–351.
- Dunker, K. (1945). On problem-solving. *Psychological Monographs*, 58 (5, Whole No. 270)
- Ernst, G. W., & Newell, A. (1969). *GPS: A case study in generality and problem solving*. New York: Academic Press.
- Findlay, A. (1948) *A Hundred Years of Chemistry* (2nd edn), Duckworth 2
- Förster, J., & Liberman, N. (2007). Knowledge activation. In A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp. 201–231) (2nd ed.). New York: Guilford Press
- Gilhooly, K.J., Murphy, P., *Thinking & Reasoning* 11 (2005) 297–302.
- Hebb, D.O. (1949). *The Organization of Behavior*. New York: Wiley, 8, 234-12
- Hess; G. (1995). The exchange rate politics puzzle. *Wellesley College Working Paper* 95-14.
- Mayer, N. R. F. (1992). The instructive animation: Helping students build connections between words and pictures in multimedia learning. *Journal of Educational Psychology*, 84, 444-452.
- Mednick, S.A. (1962). The associative basis of the creative process. *Psychological Review*, 69, 220-232
- Meyer, D. E., & Schvaneveldt, R. W. (1971). Facilitation in recognizing pairs of words: Evidence of a dependence between retrieval operations. *Journal of Experimental Psychology*, 90, 227-234
- Newell, A. (1985). Production systems: Models of control structures. In W.G. Chase (Ed.). *Visual information processing*. New York: Academic Press
- Newell, A. & Simon, H. A. (1958). Report on a General Problem Solving Program. RAND Corporation paper P-1582.
- Ohlsson, S. (1984a). Restructuring revisited: I. Summary and critique of the Gestalt theory of problem solving. *Scandinavian Journal of Psychology*, 25, 65-68.
- Ohlsson, S. (1984b). Restructuring revisited: II. An information processing theory of restructuring and insight. *Scandinavian Journal of Psychology*, 25, 117-129
- Poincare, H. (1921) *The Foundations of Science: Science and Hypothesis, the Value of Science, Science and Method.*(transl. Halstead, G.B.), Science Press 3
- Salvi, C., Bricolo, E., Franconeri, S., Kounios, J., & Beeman, M. (2015). Sudden Insight Is Associated with Shutting Out Visual Inputs. *Psychonomic Bulletin & Review*. doi:10.3758/s13423-015-0845-0
- Schooler, J.W., Melcher, J., The inevitability of insight, in: S. SM, T. Ward, F. RA (Eds.), *The Creative Cognition Approach*, MIT Press, Cambridge, MA, 1997, pp. 97–133.
- Simon, H. A. (1962). Generalization of an elementary perceiving and memorizing machine. *Information processing 1962, Proceeding so/ IFIP Congress 62*. Amsterdam: North-Holland Publishing Co., 401-406. (b)
- Simon, H. A. (1979). The understanding process: Problem isomorphs. *Cognitive Psychology*, 8, 165-190.
- Tulving, E. (1982). Priming effects in word, fragment compilation are independent of recognition and cognition. 8
- Weisberg, R.W., *Prolegomena to theories of insight in problem solving. A taxonomy of problems*, in: R.J. Sternberg, J.E. Davidson (Eds.), *The Nature of Insight*, MIT Press, Cambridge, MA, 1995.
- Wyer, R. S. (2008). The role of knowledge accessibility in cognition and behavior: 94. Implications for consumer information processing. In C. Haugtvedt, P. Herr, & F. Kardes (Eds.), *Handbook of consumer psychology* (pp. 31–76). Mahwah, NJ: Erlbaum.

IL RILASSAMENTO INTEGRATO: UNA TECNICA PER I DISTURBI D'ANSIA

di Manuele Matera

psicologo psicoterapeuta, Presidente della Società di Psicoterapia Comparata srl e Didatta SPC

Intorno agli anni trenta il medico J.H. Schultz compiva esperimenti con l'utilizzo di tecniche ipnotiche che permettessero al soggetto di parlare ed esprimersi liberamente durante l'intera sessione ipnotica. Sebbene dall'analisi dei verbali di centinaia di casi sia clinicamente sani che portatori di patologia emergessero sostanziali differenze, l'aspetto più interessante risultò la presenza di alcuni elementi comuni in praticamente tutti i casi, ovvero le sensazioni percepite di calore e pesantezza a carico degli arti, il rallentamento del battito cardiaco e della frequenza respiratoria, la sensazione di caldo a livello addominale e di fresco in corrispondenza della fronte quando venivano suggerite sensazioni generali di rilassamento.

Da tali considerazioni Schultz trasse l'ipotesi che potesse realizzarsi anche il fenomeno opposto, ovvero che inducendo le sensazioni sopra descritte la persona potesse raggiungere uno stato di distensione e tranquillità. Il passo successivo fu quello di ideare un metodo con il quale allenare (*training*) il soggetto a procurarsi tali sensazioni e da ripetere con esercizi di complessità progressiva durante tutta la settimana e senza la presenza del conduttore (*autogeno*). Tale lavoro venne definitivamente sistematizzato con l'uscita dell'opera *Das autogene Training* (Schultz, 1932).

A partire da tale storica pubblicazione il training autogeno è divenuto pratica studiata e sempre più applicata nella pratica clinica, soprattutto per affrontare problematiche quali stress, ansia, irritabilità, problemi di concentrazione e molto altro ancora.

A differenza delle tecniche di tipo ipnotiche, dove tra ipnotista e ipnotizzato si crea una relazione di tipo esclusivo in un rapporto diadico

e tutta l'attenzione dell'ipnotizzato è focalizzata sull'ipnotista, nel training autogeno il rapporto con il trainer è limitato nel tempo ed è finalizzato all'insegnamento di una tecnica che dovrà essere appresa e poi riprodotta senza la presenza del trainer.

Successivamente al training autogeno sono state ideate altre tecniche di rilassamento che spesso prendono spunto da questo e ne modificano alcuni se non molti aspetti, ponendosi a volte obiettivi più specifici; tra le più famose citiamo il rilassamento progressivo di Jacobson (1938) molto utilizzato nell'ambito della preparazione sportiva di tipo agonistico ed il training autogeno respiratorio di Piscicelli (1982) nato per la piscopofilassi ostetrica e successivamente impiegato anche in altri ambiti.

Prendendo spunto dalla quotidiana pratica clinica e dai limiti spesso riscontrati nelle tecniche sopra citate, presentiamo una nuova tecnica di rilassamento che permette di integrare alcuni degli aspetti più importanti presenti nelle tecniche più note, dando risalto in particolare ai fattori comuni tra queste e tentando di superare allo stesso tempo le limitazioni incontrate dall'utilizzo delle singole tecniche. In questa sede verrà descritta tale tecnica mediante la presentazione di un particolare utilizzo e successivamente all'esposizione delle tecniche storiche dalla quale nasce come integrazione.

Il rapporto psiche-soma

L'utilizzo di tecniche quali quella descritta implica riflettere sul rapporto tra psiche e soma con particolare attenzione alle correlazioni in presenza di ansia e stress. Con l'avanzare degli studi in campo psicosomatico si è sempre più delineato un rapporto di reciproca influenza tra psiche e soma che, sebbene caratterizzante

ampia parte della letteratura del secolo scorso, soltanto con l'affinarsi delle tecniche diagnostiche ha trovato i primi riscontri empirici. La ricerca scientifica dimostra che gran parte degli eventi esterni può influenzare il funzionamento dell'organismo contribuendo a stati di benessere o di malessere.

Attraverso il meccanismo dello stress alcuni cambiamenti fisiologici di elevata entità influenzano negativamente la salute sia fisica che psichica (Selye, 1936). Le risposte a stati di stress sembrano trovarsi alla base di svariati disturbi somatici esplicantesi attraverso un meccanismo eziologico includente in particolare l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e il sistema adrenosimpatico (Goldfien & Ganong, 1962).

In particolare, è noto che situazioni stressanti o emotivamente salienti possono influire sulla regolazione della risposta cardiocircolatoria attraverso un meccanismo che coinvolge l'attività dei centri ipotalamici anche mediante la modulazione da parte di processi situati a livello corticale. La risposta disadattiva e cronicizzata a stress prolungati può essere causa predisponente o scatenante problemi di varia natura causati da una serie di meccanismi fisiologici capaci di contribuire ad esempio a sviluppare e accelerare l'arteriosclerosi coronarica. Tale processo arteriosclerotico determina una compromissione del flusso di sangue che, se prolungato nel tempo, può dare luogo a insufficiente apporto di ossigeno alle cellule cardiache e ad un conseguente danno funzionale di tale organo, comunemente detto infarto del miocardio.

Alla base di tale meccanismo vi è l'iperincretazione di catecolamine e cortisolo (Puglisi Allegra & Cabib, 1991; Selye, 1970) che, attraverso meccanismi coinvolgenti lipidi e meccanismi di insudazione lipidica nelle pareti vasali, portano alla proliferazione di fibre muscolari lisce e ad un'iperaggregazione piastrinica diretta o indiretta compromettente tra le varie cose la circolazione coronarica (Timio, 1980).

Oltre a questo particolare esempio, stati prolungati di stress ed ansia in generale portano a svariate modificazioni fisiologiche che possono nel tempo cronicizzarsi e formare così un legame mente-corpo che deve modificarsi nel corso di una terapia psicologica di qualsiasi approccio.

Il Training Autogeno di Schultz

Il Training Autogeno di Schultz è composto da esercizi inferiori (Training Autogeno di base) ed esercizi superiori (Training Autogeno avanzato). Gli esercizi inferiori del Training Autogeno, propedeutici per gli esercizi superiori, vengono appresi mediante 10 incontri a cadenza settimanale. Il primo incontro viene dedicato all'anamnesi e alla presentazione delle tecniche; durante ogni incontro successivo vengono ripetuti gli esercizi precedenti e viene insegnato il nuovo esercizio. Nel primo incontro successivo alla seduta anamnestica verrà insegnato il primo esercizio, nel successivo incontro verranno proposti il primo e il secondo esercizio, nel quarto incontro il soggetto eseguirà il primo, il secondo ed il terzo esercizio, e così via. Alla fine di ogni serie di esercizi il soggetto dovrà compiere la "ripresa", ovvero una serie di brevi esercizi aventi lo scopo di rinormalizzare la pressione arteriosa che solitamente si abbassa notevolmente durante gli esercizi e riattivare tutti i muscoli; l'esercizio della ripresa è molto importante in quanto terminare gli esercizi di training autogeno senza di questa può condurre a notevoli problemi transitori quali sensazioni di giramento di testa e difficoltà a mantenere l'equilibrio. Tutti gli esercizi fino a quello appreso devono essere ripetuti in maniera autonoma dal soggetto durante la settimana, con una frequenza consigliata di 2-3 volte al giorno. La regolarità e la costanza delle esercitazioni sono fattori molto importanti per il buon apprendimento della tecnica. Gli ultimi due incontri possono essere utilizzati per ripassare tutti gli esercizi e per la discussione sulla tecnica appresa.

Riportiamo di seguito un esempio di formule che potranno essere insegnate ad un soggetto durante un corso di training autogeno di base; naturalmente si tratta di una descrizione sommaria che deve essere adeguatamente presentata ed adattata al soggetto in corso di apprendimento e, in particolare, tale esempio è già un'integrazione della tecnica ortodossa con alcuni spunti derivanti da approcci più attuali:

Primo esercizio – Il rilassamento frazionato

- *Sono calmo e rilassato*
- *I miei muscoli si stanno rilassando*
- *Si rilassano i muscoli dei piedi e delle dita*

- *Si rilassano i polpacci e le cosce, i muscoli del bacino e dei fianchi*
- *Anche la colonna vertebrale si sta rilassando e con essa tutta la schiena*
- *Sono rilassati i muscoli delle mani e delle dita; i muscoli delle avambraccia e delle braccia*
- *Sono rilassati i muscoli delle spalle, del collo e del viso. I muscoli della fronte, degli occhi, delle guance e della bocca.*
- *Ora tutto il mio corpo è profondamente rilassato e io sono perfettamente calmo e rilassato.*

Secondo esercizio – La pesantezza

- *Sono calmo e rilassato.*
- *Ora porto l'attenzione sulla mia mano destra che è pesante.*
- *Ora il senso di pesantezza lo avverto dal polso al gomito, fino alla spalla. Il mio braccio destro è pesante (idem per il braccio sx).*
- *Ora porto l'attenzione sul mio piede destro, che è pesante.*
- *Ora questo senso di pesantezza lo avverto anche nella gamba destra, dalla caviglia al polpaccio, fino alla coscia (idem per la gamba sx).*
- *Le mie gambe e le mie braccia sono pesanti, e io sono perfettamente calmo e rilassato.*
- *Ora porto l'attenzione sul mio bacino, che è pesante, così come tutti i muscoli e gli organi interni, così come tutta la schiena e il tronco.*
- *Ora sento pesanti il collo, la nuca, la testa. Tutto il mio corpo è pesante e io sono calmo e rilassato.*

Terzo esercizio – Il calore

- *La mia mano destra (sinistra) è piacevolmente calda.*
- *Ora questa sensazione di calore sale lungo il braccio destro (sinistro), dal polso fino all'avambraccio, al gomito, alla spalla.*
- *Il mio braccio destro (sinistro) è caldo.*
- *Ora porto l'attenzione sul mio piede destro (sinistro) che è caldo. Questa sensazione di calore sale dalla caviglia al polpaccio, al ginocchio, alla coscia. La mia gamba destra*

(sinistra) è piacevolmente calda ed io sono completamente calmo e rilassato.

- *Ora porto l'attenzione sul bacino: i muscoli e gli organi interni sono caldi, e caldi sono il ventre, i muscoli pettorali, le spalle, la schiena. Tutto il mio tronco è caldo ed io mi sento perfettamente calmo e rilassato.*
- *Ora sento il calore anche nei muscoli del collo, nella nuca, nella testa. Tutto il mio corpo è piacevolmente caldo e io sono completamente rilassato.*

Esercizi Complementari

Quarto esercizio – Il cuore

- *Il mio cuore è forte, calmo e tranquillo*

Quinto esercizio – Il respiro

- *Il mio respiro è calmo e regolare*

Sesto esercizio – Il plesso solare

- *Il mio plesso solare è caldo*

Settimo esercizio – La fronte fresca

- *La mia fronte è fresca*

La ripresa

- *Le braccia sono salde*
- *Le gambe sono salde*
- *Inspira profondamente*
- *Apri gli occhi*

Il Rilassamento progressivo di Jacobson

Partendo dal presupposto che stati di tensione portino alla contrazione di alcuni muscoli, Jacobson (1938) ipotizzò che autoinducendo meccanicamente un rilassamento di tipo muscolare potessero migliorare gli stati di sofferenza psicologica che avevano condotto a tale tensione fisica.

Tale processo “dalla risoluzione dell’effetto alla risoluzione della causa” rispecchia quanto è alla base della nascita del training autogeno di Schultz, dove vengono indotte le sensazioni normalmente provate mentre al soggetto in stato

ipnotico viene suggerito uno stato di calma e rilassamento.

Il rilassamento progressivo di Jacobson è comunemente ritenuto molto più semplice per l'apprendimento e l'utilizzo rispetto al training autogeno di Schultz; viene utilizzato spesso in campo agonistico oltre che nei disturbi d'ansia di vario genere e in particolare per i disturbi da conversione psicosomatica.

Il rilassamento progressivo di Jacobson si pone l'obiettivo di migliorare la consapevolezza propriocettiva del corpo agendo sulle varie parti mediante esercizi fisici di tensione e successivo rilassamento muscolare; l'ipotesi che si pone alla base di questo è quella secondo la quale tendere al massimo un muscolo e immediatamente rilassarlo permette di prendere coscienza delle tensioni causate dall'ansia e dagli stati di stress prolungati di cui normalmente non si è coscienti. Relativamente all'impiego nel campo dello sport, il rilassamento progressivo è utile per affrontare al meglio la tensione pre-agonistica favorendo al contempo il sonno e il rilassamento fisico generale; risulta più indicato del training autogeno di Schultz soprattutto per gli sport dove sono richieste caratteristiche legate alla velocità di azione/reazione e alla precisione e dove uno stato di rilassamento quale quello indotto dal training autogeno classico rischia all'opposto di penalizzare l'atleta. Esempi di tali sport sono le arti marziali e altri sport da combattimento quali il pugilato.

Un esempio di sessione di rilassamento progressivo di Jacobson può essere la seguente:

- *Premi a terra con il piede sinistro (destro) per 3-4 secondi*
- *Rilassa il piede e cerca di percepire la differenza tra tensione e rilassamento*
- *Ripeti l'esercizio del piede (per 2-3 volte)*
- *Fletti il piede e le dita del piede sinistro (destro) verso l'alto*
- *Rilassa il piede e le dita e cerca di percepire la differenza tra tensione e rilassamento*
- *Ripeti l'esercizio del piede e delle dita del piede (per 2-3 volte)*
- *Tendi il polpaccio sinistro (destro) per 3-4 secondi e poi rilassalo (2-3 volte)*
- *Stendi la gamba sinistra (destra) e solleva lentamente verso l'alto*
- *Mantieni la gamba nella posizione per 3-4 secondi*
- *Rilassa la gamba e cerca di percepire la differenza tra tensione e rilassamento*
- *Ripeti l'esercizio della gamba (per 2-3 volte)*
- *Contra i glutei e bacino insieme*
- *Mantieni la posizione per 3-4 secondi*
- *Rilassa glutei e bacino e cerca di percepire la differenza tra tensione e rilassamento*
- *Ripeti l'esercizio per 2-3 volte*
- *Mantenendo il braccio poggiato sulla gamba o sulla sedia, premi con la mano sinistra (destra) verso il basso per 3-4 secondi*
- *Rilassa la mano e cerca di percepire la differenza tra tensione e rilassamento*
- *Ripeti l'esercizio della mano (per 2-3 volte)*
- *Spingi le nocche della mano sinistra (destra) contro la spalla relativa*
- *Rilassa il braccio e cerca di percepire la differenza tra tensione e rilassamento*
- *Ripeti l'esercizio (per 2-3 volte)*
- *Stringi la mano sinistra (destra) a pugno e mantieni la posizione per 3-4 secondi*
- *Allarga al massimo le dita e cerca di percepire la differenza tra tensione e rilassamento*
- *Ripeti l'esercizio della mano (per 2-3 volte)*
- *Incava l'addome, porta i muscoli della pancia sotto la gabbia toracica*
- *Mantieni la posizione per 3-4 secondi*
- *Rilassa l'addome e cerca di percepire la differenza tra tensione e rilassamento*
- *Ripeti l'esercizio (per 2-3 volte)*
- *Fai un respiro profondo, gonfia il torace e trattieni il respiro per 3-4 secondi*
- *Espira e cerca di percepire la differenza tra tensione e rilassamento*
- *Ripeti l'esercizio (per 2-3 volte)*
- *Spingi le spalle in avanti e mantieni la posizione per 3-4 secondi*
- *Rilassa le spalle e cerca di percepire la differenza tra tensione e rilassamento*
- *Ripeti l'esercizio (per 2-3 volte)*

- *Spingi le spalle all'indietro e mantieni la posizione per 3-4 secondi*
- *Rilassa le spalle e cerca di percepire la differenza tra tensione e rilassamento*
- *Ripeti l'esercizio (per 2-3 volte)*

- *Spingi il mento verso il petto e mantieni la posizione per 3-4 secondi*
- *Rilassa la testa e cerca di percepire la differenza tra tensione e rilassamento*
- *Ripeti l'esercizio (per 2-3 volte)*

- *Spingi la testa all'indietro e mantieni la posizione per 3-4 secondi*
- *Rilassa la testa e cerca di percepire la differenza tra tensione e rilassamento*
- *Ripeti l'esercizio (per 2-3 volte)*

- *Stringi i denti e stira le labbra come in un sorriso esagerato*
- *Mantieni la posizione per 3-4 secondi*
- *Rilassa la bocca e cerca di percepire la differenza tra tensione e rilassamento*
- *Ripeti l'esercizio (per 2-3 volte)*

- *Corrugla la fronte e mantieni la posizione per 3-4 secondi*
- *Rilassa la fronte e cerca di percepire la differenza tra tensione e rilassamento*
- *Ripeti l'esercizio (per 2-3 volte)*

- *Stringi gli occhi e mantieni la posizione per 3-4 secondi*
- *Rilassa gli occhi e cerca di percepire la differenza tra tensione e rilassamento*
- *Ripeti l'esercizio (per 2-3 volte)*

Il Training Autogeno Respiratorio di Piscicelli

Il training autogeno respiratorio (R.A.T.) prende spunto dal training autogeno di Schultz come adattamento, modifica e completamento nel corso degli anni da parte di vari autori e, infine, rielaborato in versione definitiva da Piscicelli (1982). Il R.A.T. nasce come tecnica per le gestanti utile al fine di insegnare un approccio in grado di aiutare nella fase del parto ma viene successivamente impiegato con particolare successo anche nello sport per aumentare l'efficienza fisica e per facilitare il recupero post-

agonistico e negli stati di benessere come psicoprofilassi. Considerata la particolare importanza data alla respirazione, il R.A.T. può essere generalmente impiegato con successo in tutti quei casi in cui sia necessario riflettere e imparare a gestire la propria respirazione quali ad esempio molti stati d'ansia.

Un corso completo di R.A.T. richiede 8 incontri da svilupparsi con cadenza settimanale. Trattandosi di una forma particolare di training autogeno, il soggetto dovrà allenarsi durante la settimana sull'esercizio effettuato con il trainer; a differenza del training autogeno di Schultz, ogni nuovo esercizio non si aggiunge a quelli precedenti ma va a sostituirli. Come nel training autogeno di Schultz ogni esercizio termina con la "ripresa" che in questo caso viene denominata "esercizio di uscita". Prima di farlo eseguire ogni esercizio viene mostrato e spiegato.

Il settimo e l'ottavo esercizio vengono proposti soltanto alle gestanti, le quali continueranno ad allenarsi con gli esercizi dal quinto all'ottavo fino al parto.

I passi del R.A.T. possono essere così riassunti:

PRIMA PARTE – RILASSAMENTO CORPOREO

Primo esercizio - Rilassamento attivo e progressivo

- *Chiudere gli occhi*
- *Porre l'attenzione su di sé*
- *Si tendono le braccia in avanti e si flettono dorsalmente le mani*
- *Si mantiene questa posizione per circa un minuto, dopodiché si riportano le mani in posizione di appoggio iniziale*
- *Si praticano lunghe inspirazioni, alla fine delle quali si lascia cadere passivamente il torace in modo che l'espiazione risulti passiva (anche le spalle si sollevano e si abbassano con la respirazione). Si rilassano spalle e torace*
- *Si eseguono lunghe inspirazioni ed espiazioni associando al respiro delle torsioni ampie del collo. Rilassamento della muscolatura del collo*
- *Si contraggono volontariamente le palpebre, stringendole fra loro, per circa venti secondi, trascorsi i quali si rilassano nuovamente le palpebre*

- *Rimanendo con gli occhi chiusi, si conta lentamente e mentalmente da uno a dieci facendo dei movimenti molto ampi con la bocca. Il Trainer conta ad alta voce.*

Secondo esercizio – Immaginazione e visualizzazione del corpo

- *Chiudere gli occhi*
- *Porre l'attenzione su di sé*
- *Immaginare di:*
 - *Tendere le braccia in avanti e flettere dorsalmente le mani. Mantenere la posizione per circa un minuto, dopodiché riportare le mani in posizione di appoggio iniziale*
 - *Praticare lunghe inspirazioni, alla fine delle quali si lascia cadere passivamente il torace in modo che l'espiazione risulti passiva (anche le spalle si sollevano e si abbassano con la respirazione)*
 - *Eeguire lunghe inspirazioni ed espiazioni associando al respiro delle torsioni ampie del collo*
 - *Contrarre volontariamente le palpebre, stringendole fra loro, per circa venti secondi, trascorsi i quali si rilassano nuovamente le palpebre*
 - *Rimanendo con gli occhi chiusi, contare lentamente e mentalmente da uno a dieci immaginando dei movimenti molto ampi con la bocca. Il Trainer conta ad alta voce*

Terzo esercizio – Immaginazione e immedesimazione frazionata

- *Chiudere gli occhi*
- *Porre l'attenzione su di sé*
- *Immaginarsi di vedere il proprio corpo dall'esterno e nella posizione in cui si trova in quel momento*
- *Immersi nel proprio corpo e se ne cercano le sensazioni interne. Si cercano sensazioni di peso, contatto, calore e si memorizzano*
- *Spostare l'attenzione su una mano (sulle braccia, sulle gambe e sull'addome),*

cercando di coglierne gli aspetti più caratteristici, si immagina di osservarne il dorso, le dita e le vene che la solcano. Si procede quindi andando alla ricerca delle sensazioni interne della mano: il senso di peso, calore, contatto

- *Sull'addome in particolare si immagina di osservare le pareti esterne: si inizia dalla parete anteriore che si alza e abbassa ad ogni respiro; poi si passa alla posteriore che accenna a movimenti di estensione e contrazione ad ogni respiro; si procede con la parte alta dell'addome, il diaframma che si alza e si abbassa col respiro e infine il perineo*
- *Si sposta l'attenzione sul collo, sui muscoli che dal collo si portano verso le spalle, in basso verso il dorso e sul volto. Si ripete il gioco dell'immaginare, sentendo sensazioni di peso, contatto, calore*
- *Si termina l'esercizio con la formula «Il mio corpo è calmo e rilassato»*

Quarto esercizio – Commutazione autogena

- *Chiudere gli occhi*
- *Porre l'attenzione su di sé*
- *Si dirige l'attenzione su vari segmenti del corpo rievocando anche le sensazioni provate nell'esercizio precedente. Si immaginano insieme le mani, ascoltando le sensazioni e via via tutte le altre parti del corpo*
- *Si introduce la sensazione di pienezza: si segue l'aria che entra nei polmoni e che si distribuisce in tutto il corpo. Ci si immerge nel proprio corpo, sentito come uno spazio pieno*

SECONDA PARTE – GESTIONE DI ELEMENTI DI DISTURBO

Quinto esercizio – Respiro autogeno

- *Chiudere gli occhi*
- *Porre l'attenzione su di sé*
- *Immersi nelle sensazioni di peso, contatto e calore del proprio corpo e si inizia a far sentire nuovamente l'aria che entra attraverso il naso e riempie i polmoni, la pancia, e si dirige lungo le braccia e lungo le gambe*

- «Respirate e sentite il vostro respiro, ognuno con i suoi tempi»
- «Tutto il corpo è attraversato dall'aria», «Il corpo è uno spazio pieno», «Ad ogni respiro il corpo è calmo e rilassato»
- «Ad ogni respiro i muscoli si distendono e si rilassano»
- «Tutto il corpo respira: respira l'addome, il torace, il naso, la bocca, la pelle»
- «Il respiro mi respira, il respiro se ne va da se» (da ripetere varie volte)

- «Respirate e sentite il vostro respiro, ognuno con i suoi tempi»
- «Tutto il corpo è attraversato dall'aria», «Il corpo è uno spazio pieno», «Ad ogni respiro il corpo è calmo e rilassato»
- «Ad ogni respiro i muscoli si distendono e si rilassano»
- «Tutto il corpo respira: respira l'addome, il torace, il naso, la bocca, la pelle»
- «Il respiro mi respira, il respiro se ne va da se» (da ripetere varie volte)
- «Sta per arrivare una contrazione: l'utero si contrae!» [Il trainer batte le mani. Frase + battito si ripetono per circa 50 secondi]

Sesto esercizio – Risposte paradossali e abitudine

- Chiudere gli occhi
- Porre l'attenzione su di sé
- Immergersi nelle sensazioni di peso, contatto e calore del proprio corpo e si inizia a far sentire nuovamente l'aria che entra attraverso il naso e riempie i polmoni, la pancia, e si dirige lungo le braccia e lungo le gambe
- «Respirate e sentite il vostro respiro, ognuno con i suoi tempi»
- «Tutto il corpo è attraversato dall'aria», «Il corpo è uno spazio pieno», «Ad ogni respiro il corpo è calmo e rilassato»
- «Ad ogni respiro i muscoli si distendono e si rilassano»
- «Tutto il corpo respira: respira l'addome, il torace, il naso, la bocca, la pelle»
- «Il respiro mi respira, il respiro se ne va da se» (da ripetere varie volte)
- [Il trainer introduce un elemento di disturbo: battito delle mani $\times$ svariate volte (circa 10) non prevedibili]

Settimo esercizio – Condizionamento semantico e abitudine alla contrazione uterina

- Chiudere gli occhi
- Porre l'attenzione su di sé
- Immergersi nelle sensazioni di peso, contatto e calore del proprio corpo e si inizia a far sentire nuovamente l'aria che entra attraverso il naso e riempie i polmoni, la pancia, e si dirige lungo le braccia e lungo le gambe

Ottavo esercizio – La spinta

Nel caso di gestanti, dopo il settimo esercizio si spiegano i movimenti, la posizione corretta e la teoria relativa alla fase della spinta volontaria, da attuare nel momento del parto.

- Si respira più profondamente per sfruttare tutta l'ampiezza polmonare
- Si trattiene il respiro e si porta il mento verso lo sterno (si comprime l'aria verso lo sterno) e ci si prepara a spingere sollevando lievemente le spalle. Quindi si butta fuori l'aria velocemente (a soffio di candela) quando sentiamo il bisogno e si riprende continuando a spingere. Spalle sollevate tipo "fare gli addominali". Le mani andranno poi poste sui braccioli
- Si smette di spingere alla fine della contrazione e ci si riposa prendendo aria e aiutandosi con l'esercizio del respiro autogeno. In questo modo, ad ogni pausa espulsiva, possono essere attivati il respiro autogeno e il rilassamento

Il Rilassamento Integrato

Negli ultimi tempi si assiste ad un aumento costante di disturbi d'ansia spesso con attacchi di panico associati. Sebbene le cause di ciò possano essere individuate a vari livelli, sicuramente ha un certo peso un sistema socio-culturale che considera positivamente valori quali attività, raggiungimento totale degli obiettivi prestabiliti, velocità ed operosità. Nel nostro ambiente di riferimento la passività viene disprezzata ed è l'uomo attivo ad essere considerato uomo di

successo. Tale sistema comporta uno stato di attivazione continua che facilmente può condurre ad ansia, elevate aspettative e preoccupazioni di vario genere, ovverosia ad uno stato di tensione psicocorporea. A questo si può aggiungere la nostra cultura occidentale che pone da sempre scarsa attenzione verso la consapevolezza corporea e verso gli aspetti di propriocezione; a riprova di ciò, spesso le persone ansiose accusano sintomi quali dolori ai muscoli del collo e costrizione toracica, ovverosia segnali di uno stato continuo di tensione muscolare derivante dallo stress.

Il training autogeno di Schultz all'esaltazione dell'attività contrappone un ideale di passività, opponendo ad una condizione di tensione una condizione di distensione attraverso la "contemplazione" degli eventi corporei e dei fenomeni psichici.

Il training autogeno di Schultz mostra spesso alcune importanti limitazioni nell'utilizzo con pazienti con caratteristiche di tipo ansioso, tra le quali difficoltà di concentrazione, paura di perdere il controllo e quindi impossibilità di rilassarsi a qualsiasi livello e difficoltà a restare fermi anche per tempi minimi. Allo stesso tempo con questa tipologia di pazienti una tecnica in grado di alleviare la sintomatologia sin dai primi incontri spesso si rivela essere alquanto utile, soprattutto se integrata con un trattamento psicoterapeutico che associ a tale approccio sintomatico una riflessione di tipo eziologico e sui fattori attuali scatenanti e mantenenti il disturbo.

Considerando che le tecniche di rilassamento sopra analizzate non sempre sono proponibili a pazienti spesso abituati a ritmi frenetici, a continui stati di ansia e spesso lamentanti accelerazione dell'ideazione, manifestanti il più delle volte elementi ipocondriaci o comunque fobie varie per ogni segnale scaturente dal proprio organismo, la nostra tecnica qui proposta permette di aggirare molti di questi ostacoli oltre a fornire un modello di integrazione degli elementi comuni e di quelli più importanti delle tecniche di base qui considerate. L'utilizzo dell'immaginazione guidata oltre che di elementi riscontrabili in alcune classiche induzioni ipnotiche permette inoltre di mantenere l'attenzione del paziente focalizzata sul compito con il minimo sforzo e bassa ansia derivante dal compito stesso.

Seguendo gli esercizi classici sopra riportati può essere notata una discreta integrazione nel R.A.T. del training autogeno di Schultz con il rilassamento progressivo di Jacobson; la nostra proposta va oltre e, oltre a proporre un'integrazione diversa da questa, aggiunge altri elementi. Esplicitiamo di seguito il training autogeno comparato come da noi inteso attraverso un esempio pratico di applicazione in clinica, commentato passo per passo. L'esercizio di seguito proposto potrà essere rivisto ed adattato a seconda della diversa casistica per la quale verrà applicato, con l'accortezza di mantenere immutate le finalità esplicitate in base alle quali si può ritenere tale tecnica efficace. Tale tecnica può essere considerata sia come esercizi da fare con la conduzione di un professionista, sia come tecnica da apprendere all'interno di un percorso e riprodurre in maniera autogena, in quanto semplice e praticamente priva di controindicazioni.

L'esercizio

Si chiede al soggetto di trovare una posizione comoda, seduto o disteso secondo le proprie preferenze. Si chiede di mettere le mani sulle ginocchia – se è seduto – oppure lungo le gambe se è in posizione sdraiata. Si chiede di chiudere gli occhi e di restare in silenzio durante tutta la durata dell'esercizio, assicurandolo che sarà sempre consapevole di quello che accade e che potrà comunque interrompere l'esercizio quando vuole nel caso in cui non voglia proseguire.

Tali indicazioni vengono mutate dal training autogeno classico. Viene aggiunto l'elemento di garanzia relativamente alla consapevolezza e alla possibilità di interrompere l'esercizio prima della fine nel caso in cui volesse. Questo introduce elementi tranquillizzanti molto utili per prevenire sintomi ansiosi che spesso rischiano in pazienti particolarmente sofferenti di non giungere alla fine dell'esercizio, con indici di *drop-out* particolarmente significativi

Si inizia a parlare con voce calma, rilassata e sicura, dando del "tu" al paziente:

«Inizia adesso ad immaginarti, mantenendo gli occhi chiusi, la stanza nella quale sei; puoi pensare ad esempio se ci sono finestre e dove sono, dove sia la porta, se c'è una scrivania, se ci sono dei libri.

Puoi cercare di percepire tutti i suoni e tutti i rumori intorno a te, puoi sentire se c'è della musica o se c'è del silenzio, puoi concentrarti su tutto quello che ti circonda.

Puoi adesso anche iniziare a pensare alla poltrona sulla quale sei seduto, sentire se è comoda, se è scomoda, puoi cercare una posizione più comoda se quella di adesso non lo è. Puoi cercare di percepire come il tuo corpo sia posizionato su questa poltrona, cercare di sentire ogni punto di contatto del tuo corpo con la poltrona e con il pavimento sul quale posi i piedi»

Partendo dal contesto più allargato, ovvero dall'ambiente esterno e dai suoni e rumori, l'attenzione viene delicatamente orientata sempre più verso il soggetto, evitando l'approccio diretto sulla propriocizione del paziente che spesso si rivela troppo violenta soprattutto nei primi incontri. Inoltre, a differenza di altre forme di rilassamento, non viene chiesto di non considerare i rumori ed i suoni esterni ma piuttosto di porci attenzione, perché se si chiede ad un paziente di smettere di pensare al muro che ci sta di fronte, lo farà quasi sicuramente fino alla fine della seduta. Chiedendo invece di prestare attenzione agli stimoli esterni, questi non arrecheranno disturbo. La richiesta di cercare una posizione comoda inoltre eviterà che il soggetto stia in una posizione scomoda e quindi non rilassante per paura di muoversi e quindi contravvenire alle indicazioni date; inoltre, il soggetto comunque potrà pensare che si trova in una posizione comoda, altrimenti avrebbe potuto cambiarla.

«Inizia a pensare a qualcosa di molto semplice, per esempio a dove si trovano adesso i tuoi piedi. E' una cosa molto semplice, ma spesso ci dimentichiamo che abbiamo dei piedi e dove siano. Puoi iniziare concentrandoti sul tuo piede sinistro, sentire dove si trova, alzare verso l'alto la punta del piede sinistro mentre la pianta del piede rimane a terra per poi rilassarlo, sentire la

scarpa che l'avvolge, il pavimento sul quale il tuo piede sinistro preme e premere sul pavimento e poi rilassare il piede per sentirlo meglio. Puoi provare anche a pensare a dove si trovi la tua caviglia sinistra, contrarre il polpaccio e poi rilassarlo, e su su, salendo, puoi pensare anche a dove si trovi il ginocchio sinistro e tutta la gamba sinistra, cercando di sentire anche dove la gamba tocca la poltrona e contrarre anche questo punto. E adesso possiamo spostare l'attenzione sul piede destro, sentire dove si trova, alzare verso l'alto la punta del piede destro mentre la pianta del piede rimane a terra per poi rilassarlo, sentire la scarpa che l'avvolge, il pavimento sul quale il tuo piede destro preme e premere sul pavimento e poi rilassare il piede per sentirlo meglio. Puoi provare anche a pensare a dove si trovi la tua caviglia destra, contrarre il polpaccio e poi rilassarlo, e su su, salendo, puoi pensare anche a dove si trovi il ginocchio destro e tutta la gamba destra, cercando di sentire anche dove la gamba tocca la poltrona e contrarre anche questo punto»

Questo passaggio introduce elementi distraenti ed ansiolitici – spesso ci dimentichiamo che abbiamo dei piedi e dove siano – oltre alla rassicurazione incastrata che l'esercizio sarà – molto semplice – . Il termine “percepire” viene sostituito dal termine “pensare” perché più semplice e meno rigido, ovvero permette al soggetto di crearsi una propria idea di cosa significhi “pensare” alle parti del suo corpo, soggetto che comunque presterà così attenzione verso la parte richiesta. L'uso del plurale, tipo “possiamo anche spostare l'attenzione” permette al paziente di non sentirsi solo nel compito e di percepire la vicinanza del terapeuta che sta compiendo insieme a lui l'esercizio. L'espressione “su su” e la particolare sonorità derivante, soprattutto se avvicinata ai termini “salire” e “salendo” viene utilizzata come collegamento e richiamo per tutto l'esercizio. Al training autogeno di Schultz vengono inseriti elementi del rilassamento progressivo di Jacobson che, oltre a facilitare la percezione delle parti del corpo soprattutto nelle prime volte, permettono di aumentare l'efficacia del rilassamento muscolare. Le tecniche del rilassamento progressivo di Jacobson vengono

inserite in questa fase e non successivamente perché dopo si incontrano stadi di rilassamento più profondi dove non si può chiedere al soggetto di muovere le parti del proprio corpo.

«E adesso che hai sentito dove siano le gambe, possiamo fare la stessa cosa con le mani, partendo da quella sinistra. Puoi sentire dove sia, che sensazione ti dà la tua mano sinistra. Puoi sentire se è comoda, il tessuto che sta sotto la tua mano sinistra. Puoi chiudere la mano a pugno mettendoci tutta la forza che vuoi e poi rilassarla, concentrarti sulle dita, sul pollice, sull'indice, sul medio, sull'anulare e sul mignolo. Puoi anche salire su su, e sentire dove si trova anche il palmo della mano, dove poggia, il polso, il braccio, il gomito, l'avambraccio, e su su fino alla spalla sinistra. E puoi adesso pensare anche a dove si trova l'altra mano, puoi sentire se è comoda, il tessuto che sta sotto la tua mano destra. Puoi chiudere la mano a pugno mettendoci tutta la forza che vuoi e poi rilassarla, concentrarti sulle dita, sul pollice, sull'indice, sul medio, sull'anulare e sul mignolo. Puoi anche salire su su, e sentire dove si trova anche il palmo della mano, dove poggia, il polso, il braccio, il gomito, l'avambraccio, e su su fino alla spalla destra. Adesso sei riuscito a sentire dove si trovano le braccia e le gambe»

Quasi complimentandosi con il paziente per quello che è riuscito già a fare, ovvero “sentire” dove sono le gambe, si passa allo stesso modo alle mani, spesso più semplici da percepire grazie all'innumerabile presenza di recettori, rinforzando alla fine il compito nel quale è riuscito, ovvero la percezione delle braccia e delle gambe.

Questi passaggi sono sovrapponibili con il training autogeno di Schultz per quanto riguarda l'obiettivo della percezione corporea; si modificano nell'atteggiamento accogliente e rinforzante e nel linguaggio morbido e disponibile. Come per le gambe, anche in questo caso sono stati inseriti elementi ripresi dal rilassamento progressivo di Jacobson.

«Puoi anche iniziare a pensare ad una cosa molto importante, ovvero al tuo respiro. Puoi

cercare di sentire come il tuo respiro da quando abbiamo iniziato l'esercizio sia diventato più calmo e più profondo»

A differenza del training autogeno di Schultz, viene posta nelle prime fasi l'attenzione sulla respirazione; questo perché la respirazione viene considerata elemento assai importante per il rilassamento e oltretutto concentrarsi sulla respirazione permette di avviarsi verso un rilassamento progressivamente sempre più marcato e quindi facilitante gli esercizi successivi. Proponendolo a questo punto, inoltre, il tema del respiro potrà essere ripreso più volte successivamente.

Inserire la respirazione a questo punto e con questi passaggi rappresenta un utilizzo particolare del R.A.T. e di uno degli aspetti più importante di questo, fondamentale per il rilassamento. Suggestire che il respiro sia già diventato “più calmo e profondo” da quando l'esercizio è iniziato, oltre spesso a coincidere con la realtà osservabile, porta indirettamente il soggetto a rendere il respiro ancor più calmo e profondo. All'opposto, chiedere a soggetti con disturbi d'ansia di rendere più calmo il proprio respiro spesso conduce ad un effetto opposto, ovvero l'aumento della frequenza respiratoria. E' buona prassi utilizzare i termini “calmo e profondo” ad esempio al posto di “lento” in quanto più rassicuranti.

«Puoi sentire l'aria che entra fresca dal naso, attraversa la gola, inonda i polmoni, qua si riscalda e piacevolmente riscaldata fuoriesce nuovamente dal naso. E poi di nuovo sentire l'aria che entra fresca dal naso, attraversa la gola, inonda i polmoni, qua si riscalda e piacevolmente riscaldata fuoriesce nuovamente dal naso. Sentire il tuo respiro che è diventato sempre più calmo e sicuro, mentre l'aria entra fresca dal naso, attraversa la gola, inonda i polmoni, qua cede ossigeno al corpo, si riscalda e piacevolmente riscaldata fuoriesce nuovamente dal naso, in un ciclo continuo, sempre più calmo, sempre più profondo»

Anche questa fase, mutata da altre tecniche di rilassamento, permette di concentrare l'attenzione del soggetto sulle proprie sensazioni corporee limitando l'ansia derivante da una

richiesta diretta. In questa fase più che in altre è fondamentale scandire le parole lentamente, così da indurre per riflesso un rallentamento del ritmo respiratorio che, di per sé, indurrà uno stato di rilassamento. Di nuovo l'uso del passato come elemento rassicurante qualcosa che non sarà difficile da ottenere in quanto è già accaduto: sentire il respiro che è diventato calmo e sicuro.

«Puoi provare a rendere il tuo respiro ancor più profondo, immagazzinare più aria che riesci, trattenere il fiato, contare lentamente fino a quattro, rilasciare l'aria lentamente e più che puoi, attendere un attimo sentendo la sensazione dei tuoi polmoni piacevolmente svuotati, contare qualche secondo e tornare nuovamente a fare un respiro ancor più profondo, immagazzinare più aria che riesci, trattenere il fiato, contare lentamente fino a quattro, rilasciare l'aria lentamente e più che puoi, attendere un attimo sentendo la sensazione dei tuoi polmoni piacevolmente svuotati, contare qualche secondo e tornare nuovamente a fare un respiro profondo»

Tale passaggio è un ulteriore integrazione di varie tecniche che porta a porre l'attenzione sulla propria respirazione oltre che alla sensazione di polmoni pieni – polmoni vuoti. Vengono spesso inseriti termini quali “piacevolmente” per indurre tale sensazioni oltre che suggerire indirettamente che tale esercizio porterà ad uno stato di profondo benessere. Le ripetizioni come quelle presenti in questo passaggio sono molto utili per promuovere una focalizzazione attenta verso il compito.

«E adesso che il tuo respiro è calmo e profondo, tranquillo, piacevole, possiamo continuare a percepire il resto del corpo, sentire dove si trova anche la schiena, dove poggia sulla poltrona, dove si trova il ventre, il torace, il collo, e anche la testa che sta sopra il collo»

Dopo aver posto l'attenzione sulla respirazione, si termina la fase strettamente legata alla percezione corporea focalizzando le restanti parti.

«Puoi sentire anche i muscoli del volto, come si siano rilassati da quando abbiamo iniziato l'esercizio, puoi sentire come gli occhi siano piacevolmente pesanti, sempre più piacevolmente pesanti, sempre più piacevolmente pesanti, come la fronte sia piacevolmente distesa, come anche le labbra e tutti i muscoli del volto siano piacevolmente distesi»

Suggerire che i muscoli del volto si siano rilassati da quando l'esercizio è iniziato induce di conseguenza proprio il rilassamento dei muscoli e può essere più rassicurante che chiedere direttamente di rilassare i muscoli, cosa che quando viene richiesta a volte provoca ansia, soprattutto in quei soggetti che non riescono nel compito oppure che ritengono di non riuscirci mai abbastanza. Allo stesso modo, può essere assai più rilassante suggerire di sentire gli occhi che “già sono pesanti”, così come la fronte e tutti i muscoli del volto distesi piuttosto che chiedere al soggetto di rilassarli. Tale tecnica modifica così l'approccio prettamente direttivo della gran parte delle tecniche di rilassamento dove al soggetto viene chiesto di fare qualcosa, passando invece a suggerire che qualcosa accada spontaneamente e quindi aggirando l'ansia legata al fatto che debba accadere perché l'esercizio sia ben fatto. Decade così la distinzione che spesso i soggetti sono portati a fare tra un esercizio di rilassamento fatto bene o meno, in quanto il messaggio che passa indica che qualsiasi cosa accada sarà la cosa giusta, in quanto il rilassamento è qualcosa che accade automaticamente.

«Adesso che tutto il tuo corpo è piacevolmente rilassato puoi iniziare ad immaginarti, continuando a tenere gli occhi chiusi, di avere di fronte a te uno specchio, che riflette la tua immagine. Guardi con gli occhi dell'immaginazione la tua immagine riflessa e vedi che è identica a te, è seduta come te, tranne che mentre te hai gli occhi chiusi, la tua immagine riflessa ha gli occhi aperti. Stai così, incuriosito e divertito, a guardare la tua immagine riflessa che è particolarmente calma e tranquilla, e vedi che la tua immagine guarda davanti a se un palloncino blu proprio davanti a lei; guarda questo palloncino che inizia lentamente e

dolcemente a salire verso l'alto, verso il cielo, volteggiando, curvando, danzando nell'aria, fino a che anche la tua immagine riflessa chiude gli occhi»

Tale passaggio prende spunto da una tecnica suggerita da Granone (1989), estremamente funzionale per indurre stati di rilassamento molto profondi.

«E vedi il palloncino che sale sale, fino a che lentamente non scompare nel cielo blu che puoi immaginare di guardare, disteso sulla sabbia, al mare, in un piacevole giorno di estate»

In questo modo si passa da una tecnica più propriamente ipnotica all'immaginazione guidata che farà da sfondo a tutta la successiva parte di rilassamento. La sensazione di essere distesi sulla sabbia è qualcosa che solitamente è stato provato almeno una volta nella vita da ognuno e quindi facilmente richiamabile alla memoria. L'utilizzo del termine "piacevole", come ogni termine di questa tecnica, non è causale ma piuttosto contribuisce ad indurre uno stato di benessere psicofisico essenziale sul quale poter innestare la restante parte dell'esercizio.

«Puoi sentire il piacevole rumore del mare in lontananza, il suono dei gabbiani, l'odore del mare, e puoi sentire la piacevole sensazione della sabbia sotto il tuo corpo, sotto la tua schiena»

Ad elementi di pura immaginazione quali il mare e i gabbiani si affianca una nuova forma di concentrazione sul proprio corpo, ovvero l'immaginarsi la sabbia sotto il corpo e sotto la schiena, elemento che porta nuovamente a focalizzarsi sulla propriocezione corporea.

«Puoi sentire come il tuo corpo preme sulla sabbia, immaginarti la forma che lascerai sulla sabbia quando ti alzerai. Puoi sentire come il tuo piede sinistro e la tua gamba sinistra premano sulla sabbia, puoi sentire proprio come la gamba e il piede lascino con il loro piacevole peso un segno sulla sabbia sottostante; puoi sentire come il tuo piede destro e la tua gamba destra premano sulla sabbia, puoi sentire proprio come la gamba

e il piede lascino con il loro piacevole peso un segno sulla sabbia sottostante. E su su, puoi sentire anche come la tua mano sinistra preme sulla sabbia, il pollice, l'indice, il medio, l'anulare e il mignolo. Puoi sentire come anche il palmo della mano sinistra preme sulla sabbia, e su su anche il polso preme sulla sabbia, il braccio, il gomito, e anche l'avambraccio, su su fino alla spalla sinistra. E su su, puoi sentire anche come la tua mano destra preme sulla sabbia, il pollice, l'indice, il medio, l'anulare e il mignolo. Puoi iniziare anche a sentire come a mano a mano che riesci a sentire tutta la piacevole pesantezza del tuo corpo, il tuo corpo si è fatto sempre più rilassato e sempre più disteso. Puoi sentire come anche il palmo della mano destra preme sulla sabbia, e su su anche il polso preme sulla sabbia, il braccio, il gomito, e anche l'avambraccio, su su fino alla spalla destra. Adesso che senti con quanta piacevole forza gambe e braccia premono sulla sabbia, puoi cercare di percepire anche come il resto del corpo che preme sulla sabbia, la schiena, il collo, e anche la testa che preme piacevolmente e con tutto il suo peso sulla sabbia, segnando con il suo peso la propria forma sulla sabbia»

Tale esercizio è totalmente sovrapponibile all'esercizio della pesantezza di Schultz; a differenza di chiedere al soggetto di percepire astrattamente la pesantezza di ogni singola parte del suo corpo, compito soprattutto le prime volte assai complesso, viene utilizzato l'espedito di richiamare una sensazione nota, ovvero il ricordo di come il proprio corpo lasci un segno sulla sabbia quando ne è disteso sopra. Mediante questa tecnica il soggetto è portato in maniera semplice e spesso molto piacevole a concentrarsi sulla pesantezza di ogni singola parte del suo corpo, aiutandosi con l'utilizzo della propria esperienza e nuovamente legata a ricordi spesso piacevoli. Si propone così un importante step del training autogeno di Schultz, l'esercizio della pesantezza, evitando nuovamente l'astrazione che spesso limita il soggetto nella riuscita dell'esercizio, del quale spesso vengono dichiarati problemi quali non sapere come potersi immaginare la pesantezza di ogni parte del corpo.

«Stando così, disteso sulla sabbia, puoi anche iniziare a sentire la piacevole sensazione del sole che scalda, piacevolmente, tutto il tuo corpo. Puoi sentire la piacevole sensazione del sole che scalda il piede sinistro, e su su la caviglia, il ginocchio e tutta la gamba sinistra. Puoi sentire anche la piacevole sensazione del sole che scalda il piede destro, e su su la caviglia, il ginocchio e tutta la gamba destra. Puoi anche iniziare a sentire come a mano a mano che senti il sole che scalda piacevolmente tutto il tuo corpo, il tuo corpo diventa sempre più piacevolmente calmo e rilassato. Puoi sentire così come il sole scalda piacevolmente la mano sinistra, il pollice, l'indice, il medio, l'anulare, il mignolo, il palmo della mano sinistra. Puoi sentire come il sole scalda piacevolmente anche il polso sinistro, il braccio, il gomito e l'avambraccio, su su fino alla spalla sinistra. Puoi sentire anche come il sole scalda piacevolmente la mano destra, il pollice, l'indice, il medio, l'anulare, il mignolo, il palmo della mano destra. Puoi sentire come il sole scalda piacevolmente anche il polso destro, il braccio, il gomito e l'avambraccio, su su fino alla spalla destra. Puoi sentire anche come il sole scalda piacevolmente tutto il resto del tuo corpo, l'addome, il torace, il collo»

Allo stesso modo del passaggio precedente e legato alla sensazione di pesantezza, con questo nuovo passaggio si propone lo step successivo del training autogeno di Schultz, ovvero l'esercizio del calore. Nuovamente, mentre spesso e soprattutto le prime volte può essere difficile per un soggetto percepire il calore del proprio corpo – e a volte alcuni soggetti non ci riescono nemmeno dopo un corso completo di training autogeno – diviene assai più semplice cercare di ricordare un'esperienza vissuta oppure che può essere assimilata a qualcosa di già provato: chi nemmeno una volta ha provato la sensazione di stare sdraiato mentre il sole lo scalda? L'esercizio del calore è uno dei più difficili del training autogeno di Schultz, dove spesso i soggetti incontrano i problemi più complessi; ad esempio è facile riscontrare differenze notevoli tra la percezione del calore per la parte sinistra del corpo rispetto a quella

destra, forse anche legati alla fisiologia dell'apparato cardiocircolatorio. L'esercizio da noi proposto invece si presta bene a superare tale ostacolo.

«E puoi sentire come, mentre il sole scalda piacevolmente tutto il tuo corpo, una leggera e piacevole brezza estiva rinfresca piacevolmente la tua fronte. Mentre il sole scalda tutto il tuo corpo, una piacevole e leggera brezza estiva rinfresca piacevolmente la tua fronte, così che mentre il tuo corpo è piacevolmente caldo, la tua fronte è piacevolmente fresca»

Anche la tecnica della fronte fresca viene mutuata dal training autogeno tradizionale, ma nuovamente proposta in maniera più semplice da esperire: chi non ricorda la sensazione del vento sulla propria fronte? Viene inoltre marcata la percezione del contrasto caldo/fresco – nota bene, fresco e non freddo! – mediante l'immagine del sole che scalda il corpo mentre una piacevole brezza rinfresca la fronte.

«E mentre il tuo corpo è caldo e la tua fronte è piacevolmente fresca, puoi sentire come il sole scalda in particolare un punto del tuo corpo, che si trova esattamente due dita sopra l'ombelico; è un punto molto importante del tuo corpo, ricco di capillari, ricco di innervazioni, e puoi sentire quanto sia benefico e piacevole sentire il sole che scalda piacevolmente questo punto che si trova esattamente due dita sopra il tuo ombelico»

Si termina così la serie del training autogeno classico mediante la proposta dell'esercizio complementare del plesso solare, del quale non viene di proposito nominato il termine tecnico in quanto utilizzare tale termine spesso può disturbare e/o distrarre il soggetto dal compito. Riteniamo che sia assai più produttivo descrivere esattamente dove si trovi tale punto e suggerire che la sensazione già provata, ovvero quella di calore indotta dal sole, possa essere semplicemente focalizzata in questo punto.

«Ed è così che, mentre il tuo corpo preme piacevolmente sulla sabbia e mentre il sole scalda piacevolmente il tuo corpo, mentre

una leggera brezza estiva rinfresca la tua fronte, stai così un giorno piacevole d'estate, disteso sulla sabbia ad ascoltare il suono dei gabbiani e il leggero rumore del mare in lontananza, godendoti ogni sfumatura di questa sensazione e pensando che potrai provare nuovamente questa sensazione ogni volta che vorrai, soltanto pensando a come si stia un giorno d'estate distesi sulla sabbia, pensando al rumore del mare e al suono dei gabbiani»

Si ripassa in questo modo tutta l'ultima parte dell'esercizio, con un linguaggio che continua a mantenere uno stile morbido e accogliente, rilassante di per sé. Viene inoltre suggerito che tale stato di benessere non scomparirà con il termine dell'esercizio ma che all'opposto potrà essere ripreso ogniqualvolta il soggetto ne senta il bisogno, inducendo così indirettamente il concetto che il soggetto stia imparando come gestire i propri stati di ansia e stress. In particolare, viene suggerito che il soggetto possa essere in grado anche da solo di riproporre tale esercizio, in maniera autogena.

«Ed è così che ti lascio per qualche secondo a godere di questa sensazione, assaporandone ogni dettaglio perché tu possa tornarci ogni volta che ne sentirai il bisogno»

[qualche minuto di silenzio]

Considerando che si tratta di una tecnica direttiva, e' importante anche lasciare al soggetto uno spazio di riflessione e di consolidamento dell'esperienza; scegliere di farlo in questo momento finale ha il vantaggio che il soggetto adesso è profondamente rilassato e in grado di stare con se stesso per qualche minuto.

«Adesso che siamo giunti verso la fine del nostro semplice esercizio, puoi iniziare mantenendo gli occhi chiusi a muovere nuovamente e molto lentamente ogni singola parte del tuo corpo, prendendoti tutto il tempo che vorrai, iniziando a rimuovere i piedi... [si aspetta che li muova] le gambe... le mani... le braccia... ed ogni parte del tuo corpo, aprendo soltanto da

ultimo e quando ne avrai voglia gli occhi, per terminare questo nostro esercizio»

A differenza dell'esercizio della ripresa di altre tecniche di rilassamento sopra esposte, la nostra proposta di ripresa è più morbida e lascia molto spazio al soggetto, rispettandone tempi e modalità. L'esercizio da noi proposto è abbastanza lungo nei tempi di attuazione, e pertanto i soggetti spesso provano una discreta difficoltà – e a volte un gran dispiacere! – ad abbandonare tale stato di benessere; pertanto è importante lasciare per terminare questo esercizio un tempo che sarà il soggetto a stabilire; dopo alcuni minuti dalla proposizione di quanto sopra il tempo potrà comunque essere stretto mediante una guida più direttiva, ad esempio in tutti quei casi nei quali il soggetto ha difficoltà ad abbandonare l'esercizio.

Al termine dell'esercizio si discute con il paziente di tutte le sensazioni provate durante il corso di questo, delle sue sensazioni e delle emozioni provate e che ha in questo momento.

Conclusioni

La nuova tecnica da noi proposta rappresenta un tentativo di integrazione che prende spunto dalla pratica clinica. Piuttosto che un punto di arrivo, tale prima formulazione può rappresentare un punto di partenza ulteriormente da integrare e migliorare con altri contributi.

Alla base si pone una profonda riflessione sui fattori comuni presenti nelle varie tecniche di rilassamento esistenti e a discipline soprattutto orientali in grado di apportare significativi miglioramenti negli stati di stress cronico e di ansia. Gli esempi riscontrabili in letteratura sul training autogeno di Schultz, rilassamento progressivo di Jacobson, training autogeno respiratorio, esercizi e pratiche Yoga, esercizi di respirazione di vario genere, tecniche puramente cognitivo-comportamentali e molto altro ancora portano ad una profonda riflessione sui fattori comuni agli approcci effettivamente utili, conducendo alla fine verso il poter considerare gran parte di ciò più sovrapponibile o almeno simile negli obiettivi di quanto si possa ipotizzare a priori. Lo stesso Schultz definì la tecnica da lui ideata «Yoga occidentale» (Schultz, 1932)

considerandolo diverso dalla disciplina orientale in quanto centrato sulla passività più che su un rilassamento di tipo attivo e che si avvalga di spunti meditativi e religiosi.

Possono essere riscontrate alcune analogie tra la tecnica qua proposta e la tecnica di focalizzazione di Wolfe (2005); in particolare, le due tecniche incontrano elementi in comune nell'attenzione prestata alla respirazione e per l'utilizzo in momenti successivi alla focalizzazione di immagini guidate e create in base a quanto emerso dalla focalizzazione stessa.

Resta sottinteso che, come tutte le tecniche, non è detto che possa essere proposta a tutti i soggetti; a volte una tecnica più strutturata e che non faccia ricorso a fantasie guidate può essere più idonea, ad esempio in tutti quei casi dove si incontrano notevoli difficoltà di concentrazione oppure dove è importante trovare una tecnica da fare durante la giornata e ad esempio sul luogo di lavoro, dove il rilassamento progressivo o altre tecniche possono rappresentare un'alternativa più ragionevole.

La padronanza e l'utilizzo di una tecnica efficace per i disturbi d'ansia può rappresentare il primo *step* di una psicoterapia dove tale tecnica sostituisca l'iniziale approccio psicofarmacologico altrimenti spesso necessario se non altro per permettere al paziente di incontrare quella situazione favorevole per affrontare tutto ciò che comporta un percorso di tipo psicoterapeutico. Nei casi estremi tale iniziale approccio sintomatologico potrà avere come rapido effetto quello di permettere al paziente di giungere in seduta nonostante situazioni che limitano il rapporto con il mondo esterno, quali fobie legati all'uso dei mezzi di trasporto o all'uscita di casa. Inoltre un approccio così dato potrà rappresentare una possibilità per tutti quei pazienti che si oppongono a qualsiasi tipo di intervento psicofarmacologico, anche soltanto iniziale.

Eventuali future ricerche con campioni sperimentali e di controllo di idonea entità potranno dimostrare in maniera metodologicamente corretta l'utilità e i risultati derivanti dall'applicazione tale tecnica.

Concludendo e provando a metaforizzare il messaggio, possiamo dire che quando un paziente giunge a noi è perché da molto sul cruscotto nota la spia rossa dell'olio, e questa

oramai non è più sopportabile; certamente la soluzione migliore sarebbe aprire il cofano con lui e controllare cosa sia accaduto nel motore, certo è che spesso una scatola di farmaci posta davanti alla spia può rappresentare un buon tentativo di concederci del tempo per controllare il motore con più calma, certo è che se il paziente impara il prima possibile come spegnere momentaneamente tale spia sicuramente acquisirà fiducia e tranquillità per poter imparare, con noi, a controllare cosa ci fosse che non funzionava nel motore.

Riferimenti bibliografici

- Bertolotti, G. (2005). Il rilassamento progressivo in psicologia. Teoria, tecnica, valutazione. Roma: Carocci
- De Chirico, G. (1987). Training Autogeno - Tecnica di autorilassamento. Milano: Cde
- Goldfien, A., & Ganong, W.F. (1962). Adrenal medullary and adrenal cortical response to stimulation of diencephalon. *American Journal of Physiology*, 02, 205-211.
- Granone, F. (1989). Trattato di Ipnosi. Torino: Utet
- Hoffmann, B. (1980). Manuale di Training Autogeno. Roma: Astrolabio Ubaldini
- Jacobson, E. (1938). Progressive relaxation. Chicago: Univrsity of Chicago Press
- Klaus, T. (1967). Praxis Der Selbsthypnose Des Autogenen Trainings. Stuttgart: Georg Thieme Verlag [Trad. it. Autoipnosi e Training Autogeno (2000). Roma: Edizioni Mediterranee]
- Piscicelli, U. (1982). Training autogeno respiratorio e psicoprofilassi ostetrica. Padova: Piccin
- Puglisi Allegra, S., & Cabib, S. (1991). Neurobiologia dello stress. *Aggiornamento del medico*, 15(1), 62-69.
- Schultz, J.H. (1932). Das autogene Training (konzentrierte Selbstentspannung) Versuch einer klinisch-praktischen Darstellung. Stuttgart: Thieme [Trad. it. Il training autogeno. Metodo di autodistensione da concentrazione psichica (1968). Milano: Feltrinelli]
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.
- Timio, M. (1980). Stress e cardiopatie. Roma: Lombardo.
- Wolfe, B. (2005). Understanding and Treating Anxiety Disorders: An Integrative Approach too Healing the Wounded Self. Washington, DC: A.P.A. [Trad. it. Trattamenti integrati per disturbi d'ansia (2007). Roma: Sovera]

Corso di Specializzazione in Psicoterapia Comparata

4 anni - 2000 ore - riservato a laureati in Psicologia e Medicina
prossima edizione: gennaio 2018 - dicembre 2021

Riconosciuto da



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

