

PHENOMENA

Research, Conference & Journal

Giornale ufficiale del gruppo di ricerca
"PHENOMENA RESEARCH GROUP"

PHENOMENA JOURNAL

GIORNALE INTERNAZIONALE DI PSICOPATOLOGIA, NEUROSCIENZE E PSICOTERAPIA

COMITATO SCIENTIFICO

AREA DELLA PSICOPATOLOGIA

MAURO NELSON MALDONATO Università degli studi di Napoli Federico II

MARIO BOTTONE Università degli studi di Napoli Federico II

PAOLO COTRUFO Università degli Studi della Campania L. Vanvitelli

DANIELA CANTONE Università degli Studi della Campania L. Vanvitelli

SANTO DI NUOVO Università degli studi di Catania

AREA DELLE NEUROSCIENZE

GIOVANNI MESSINA Università degli Studi di Foggia

ALBERTO OLIVERIO Università degli Studi La Sapienza Roma

DAVIDE MAROCCO Università degli studi di Napoli Federico II

SILVIA DELL'ORCO Università degli studi di Napoli Federico II

PIETRO CIPRESSO Università Cattolica di Milano

AREA DELLA PSICOTERAPIA

GIUSEPPE RUGGIERO Scuola di Specializzazione in Psicoterapia IMePs

ELENA GIGANTE Scuola di Specializzazione in Psicoterapia SiPGI

MARGHERITA SPAGNUOLO LOBB Scuola di Specializzazione in Psicoterapia HCC Italy

ALEXANDER LOMMATZSCH Scuola di Specializzazione in Psicoterapia IGP

Direttore Editoriale:

Raffaele Sperandeo

Supervisore Scientifico:

Valeria Cioffi

Journal Manager:

Enrico Moretto

m@rpedizioni

www.phenomenajournal.it

VOL.2 N. 1 / GEN - GIU 2020

INDICE

GEO-DE (Griglia Ecologica Osservativa per la Disprassia Evolutiva) Nuovo strumento per gli insegnanti della scuola d'infanzia	Pag. 1-10
Interventi preventivi e terapeutici in epoca perinatale. Un modello di intervento in un'ottica gestaltica integrata	Pag. 11 -15
Direzionalità e Condensazione del movimento corporeo attraverso uno strumento di auto-valutazione	Pag. 16 -25
Un campione di pazienti Borderline: la relazione tra fenomeni dissociativi e Disturbo Borderline di Personalità	Pag. 26 -39
Un modello di dipendenza tra automatismo e responsabilità An addiction model between automatism and personal responsibility	Pag. 40-46
La disattivazione del sistema difensivo nel rispecchiamento dell'oggetto nella 3D Therapy®	Pag. 47-53
Nutrimi di Storie <i>Prendersi cura attraverso medium culturali</i>	Pag. 54-61
Arteterapia e Play Therapy: connessioni tra i due approcci nella psicoterapia con gli adolescenti	Pag. 62-71
Decision-making nei Pazienti sottoposti a Trattamento Dialitico: una ipotesi di ricerca sul Disjunction Effect	Pag. 72-77
Theory, practice and technique: Self-supervision in Gestalt psychotherapy	Pag. 78-88
Psicoterapia e Neuroscienze: il Modello Strategico ad Orientamento Neuroscientifico e il Metodo Mente-Corpo	Pag. 89-101
Migliorare l'aderenza al trattamento nelle dipendenze comportamentali attraverso un processo integrato tra motivazione al cambiamento e self-empowerment	Pag. 102-109
Il Metodo Psycofilm Cinema e Psico-Oncologia	Pag. 110-120
La natura dell'amore tra oggettività e soggettività. Una proposta di ricerca in chiave neurofenomenologica	Pag. 121-128

RICERCA ORIGINALE

GEO-DE (Griglia Ecologica Osservativa per la Disprassia Evolutiva), nuovo strumento per gli insegnanti della scuola d'infanzia

Anna Di Leva¹, Rosanna Calabrese¹, Marco Letterese¹, Lidia Accardo², Annamaria Cimmino², Antonietta Franco³, Carmela Gaudino⁴



Citation

Di Leva A., Calabrese R., Letterese M., Accardo L., Cimmino A., Franco A., Gaudino C. (2020). GEO-DE (Griglia Ecologica Osservativa per la Disprassia Evolutiva), nuovo strumento per gli insegnanti della scuola d'infanzia Phenomena Journal, 2, 1-10. <https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.70>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Anna Di Leva

anna.dilevapsy@gmail.com

Ricevuto: 28 ottobre 2019

Accettato: 29 aprile 2020

Pubblicato: 02 maggio 2020

¹ SiPGI - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica integrata

² ISM stp

³ ASL Salerno Unità Operativa Infanzia Adolescenza

⁴ Independent Researcher

ABSTRACT

Background. There is currently a terminological confusion between the Developmental Dyspraxia, the Developmental Coordination Disorder and the Specific Developmental Disorder of Motor Function. Developmental Dyspraxia is a congenital disorder or an acquired disorder from a young age characterized by an impairment in the intentional motor planning, in the monitoring and in the controlling purposeful movement.

Neural correlates. The neural substrates involved in the developmental dyspraxia are: the parietal lobe, the cerebellum, the corpus callosum, the mirror neurons, the dorsal pathway and the frontal cortex.

Objective. The aim of the study is to identify the significant clinical indices of developmental dyspraxia in order to construct an ecological observational grid (GEO-DE) for the early detection of children with mobility impairment between the ages of 3 and 6 years.

Creation and structure. The grid is proposed as a tool. It is based on real school experiences of the child through play activities. Grounding the grid in real life experiences will increase its accessibility for educators. Actually, the instrument is in the operational phase and was conducted on a sample of 165 children from varied primary schools of the Neapolitan territory. This was in order to test the validity and effectiveness of the tool.

Future directions. The final objective of this study is to replace the paper grid with an artificial intelligence support to enable earlier detection of motor disorders.

KEYWORDS

Developmental dyspraxia diagnosis, observational grid, artificial intelligence support.

ABSTRACT IN ITALIANO

Introduzione. Attualmente esiste una confusione terminologica tra Disprassia, Disturbo della coordinazione motoria e Disturbo Evolutivo Specifico della Funzione Motoria. La disprassia è un disturbo congenito acquisito precocemente caratterizzato da difficoltà nella programmazione motoria intenzionale, nel controllo e nella realizzazione di movimenti finalizzati ad uno scopo.

Correlati neurali. I substrati neurali coinvolti nella disprassia sono il lobo parietale, il cervelletto, il corpo calloso, i neuroni specchio, la via dorsale occipito-frontale e le aree frontali.

Obiettivo. L'obiettivo dello studio è quello di individuare gli indici clinici significativi della disprassia al fine di costruire una griglia osservativa ecologica (GEO-DE) per l'individuazione precoce di bambini con difficoltà motorie di età compresa tra i 3 ed i 6 anni.

Creazione e struttura. La griglia si propone come strumento di facile fruibilità e basato sulle reali esperienze scolastiche del bambino attraverso l'ausilio di attività ludiche. Attualmente lo strumento è in fase operativa ed è stato sottoposto ad un campione di circa 165 bambini di diverse scuole dell'infanzia del territorio napoletano con l'obiettivo di tarare lo strumento.

Direzioni future. La prospettiva futura del progetto è la creazione di un sistema diagnostico computazionale che identifichi precocemente la presenza di disturbi motorio-prassici nei bambini della scuola dell'infanzia.

PAROLE CHIAVE

Disprassia evolutiva, griglia osservativa, intelligenza artificiale.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

1. Introduzione: Disprassia e DCD, disturbi a confronto

La Disprassia è un disturbo ancora in fase di definizione dal punto di vista diagnostico in quanto può essere confuso con il Disturbo dello Sviluppo della Coordinazione Motoria (DCD, *Developmental Coordination Disorder*) caratterizzato da lentezza, goffaggine e movimenti imprecisi. Esso interferisce significativamente con lo svolgimento e partecipazione alle attività quotidiane familiari, sociali e scolastiche. È posta diagnosi di DCD se le difficoltà di coordinazione non dipendono da deficit visivi o neurologici; inoltre se è presente Disabilità Intellettiva, le difficoltà motorie superano quelle attese in base all'età mentale sebbene non sia identificato il QI limite [1]. Inoltre si evidenzia che il Disturbo Evolutivo Specifico della Funzione Motoria (*Specific Developmental Disorder of Motor Function, SDDMF*) comprende un'ampia categoria di disordini motori con fenomenologia semiologica distinta (dai Clumsy ai disprassici) [2]; ciò si traduce in un'ulteriore confusione terminologica. L'interazione di fattori genetici ed ambientali influisce nell'eziopatogenesi del DCD come rilevato in uno studio di Edwards et al. [3]. I loro risultati evidenziano che i bambini nati pre-termine (prima delle 32 settimane) o con peso alla nascita inferiore ad 1,5 kg mostrano probabilità superiori di sviluppare il disturbo. Inoltre se nel bambino non è ancora presente una deambulazione autonoma intorno ai 15 mesi, ciò può rappresentare un ulteriore dato predittivo del DCD [4]. Inoltre i bambini con DCD possono presentare movimenti coreiformi del bacino o movimenti speculari non facilmente osservabili [1]. Altri termini utilizzati come sinonimo di DCD sono *Disprassia Infantile*, *Disturbo specifico dello sviluppo della motricità* e *Sindrome del bambino goffo*.

Nei manuali diagnostici [1, 2] non è specificato il termine *Disprassia Evolutiva*. Essa condivide gli indici clinici con il DCD ed è identificata come disturbo congenito o acquisito precocemente, che implica difficoltà di gestione dei movimenti quotidiani, nella gestualità espressiva per la comunicazione di stati emotivi e nelle abilità manuali e nell'utilizzo di gesti simbolici.

La disprassia è basata sul costrutto di "prassia": un processo mentale che permette la programmazione intenzionale, il controllo sugli atti motori e la loro realizzazione rapida, precisa ed economica adatta al fine preposto [5]. Sabbadini [6] definisce la *prassia* come una funzione cognitiva adattiva che interagisce e si integra a più livelli: motorio-percettivo, ambientale, socio-emotivo, cognitivo e meta-cognitivo. Il Disturbo della Coordinazione Motoria non coincide con la *Disprassia Evolutiva* nonostante sembrino legati tra loro. Ciò che li differenzia è l'intenzionalità del gesto.

Una ridotta rappresentazione mentale dell'oggetto bersaglio o la mancata acquisizione di strategie cognitive causa deficit nella programmazione, esecuzione e pianificazione di movimenti finalizzati ad uno scopo che sono tipici della disprassia.

I bambini con disprassia hanno difficoltà nella programmazione ed esecuzione di movimenti volontari diretti ad un obiettivo; nel DCD le difficoltà sono legate a compiti automatici o nei quali è necessario il controllo e l'esecuzione consapevole dell'azione [7].

Il DCD può presentarsi anche in assenza di disturbi disprattici, tuttavia i bambini con disprassia mostrano solitamente anche disturbi del movimento caratteristici del DCD [8].

Per comprendere meglio il costrutto di disprassia in ottica evolutiva è necessario evidenziare la mancata acquisizione di funzioni adattive in riferimento al concetto di prassia intesa come un insieme di movimenti intenzionali, coordinati, finalizzati ad uno scopo [9].

2. Correlati neurali

In letteratura, gli studi di *neuroimaging* suggeriscono il coinvolgimento di diverse aree e strutture cerebrali nella neurofisiopatologia del Disturbo della coordinazione e della Disprassia Evolutiva.

Peters et al. (2013) hanno evidenziato che i bambini con sofferenza perinatale manifestano un ritardo motorio in concomitanza ad anomalie della sostanza bianca [10]. Nel DCD, la disconnessione del corpo calloso e la disfunzione del cervelletto compromettono la comunicazione tra i due emisferi cerebrali, l'equilibrio posturale, il controllo e l'esecuzione del movimento e la coordinazione oculo-motoria [11, 12, 13].

Al contrario, la disprassia potrebbe essere collegata al funzionamento anomalo del lobo parietale implicato nell'integrazione senso-motoria di tipo *feed forward* e nella predizione di un'azione [14].

I bambini disprattici mostrerebbero una rappresentazione interna deficitaria del proprio schema corporeo che comporta deficit di controllo motorio e di apprendimento; ciò si traduce in una difficoltà di elaborazione spaziale delle azioni [15].

Questi studi mostrano che un soggetto normotipico prima compie l'azione e poi ne diventa consapevole; un bambino disprattico sa cosa vorrebbe fare, ma la programmazione e pianificazione dell'atto motorio non risultano essere adeguati all'obiettivo. Dunque l'azione verrà ripetuta più volte, in tempi più lunghi e/o in modo scorretto [7].

Un recente studio di Sabbadini [16] ha evidenziato che la disprassia è sintomo della difficoltà di integrazione delle aree frontali (area motoria e delle funzioni esecutive). Questo deficit di integrazione potrebbe indicare una compromissione del Sistema Attenzionale Supervisore (SAS), spiegando le differenze nelle aree di sviluppo del bambino. Inoltre, la mancata rappresentazione mentale del movimento da effettuare, percepito come eseguito da terzi, sembra essere legato ad una compromissione della via dorsale occipito-frontale e del Sistema dei Neuroni Specchio [17, 18, 19].

3. GEO-DE: Griglia Ecologica Osservativa per Disprassia Evolutiva

Dalla letteratura scientifica [20] e dall'osservazione clinica emergono diversi elementi costitutivi delle difficoltà motorie tipiche dei bambini con DCD e disprassia. Il presente studio nasce con l'intento di creare una griglia osservativa ecologica per la disprassia evolutiva (GEO-DE) destinata ai soggetti di età compresa tra i 3 e i 6

anni. Essa rappresenta uno strumento di osservazione fruibile dai non clinici in un ambiente ecologico con lo scopo di individuare precocemente bambini a rischio di disprassia che successivamente verranno sottoposti ad iter clinico-diagnostico. In modo prospettico la GEO-DE si propone di rispondere ai criteri statistici di sensibilità e specificità per ridurre al minimo i falsi positivi.

Lo strumento permette di osservare difficoltà nei presenti domini:

- Gestione delle autonomie di base;
- Linguaggio in input e in output (verificando principalmente le difficoltà articolatorie);
- Micro e macro motricità e produzione del tratto motorio;
- Pianificazione di schemi motori e crociati, coordinazione ed equilibrio;
- Abilità prassico-costruttive;
- Gesti transitivi, intransitivi e simbolici imitati e prodotti.

3.1 Finalità della GEO-DE

Fin dalla nascita possono manifestarsi difficoltà di natura prassico-motoria quindi è necessario valutare preventivamente i segnali di rischio per recuperare le funzioni motorie. Il quadro di disprassia può presentarsi in comorbidità ai DSA (disturbi specifici dell'apprendimento). Walker et al., [21] evidenziano che circa 10 studenti su 100 frequentanti la scuola superiore di secondo grado mostrano un disturbo dell'apprendimento in associazione alla disprassia. La diagnosi del disturbo può avvenire anche in età adulta comportando problematiche nella postura, nelle autonomie e nella capacità di acquisizione motoria. È quindi fondamentale che gli insegnanti acquisiscano competenze nella discriminazione del livello acquisito dal bambino nei domini sopracitati. La scheda è stata costruita in maniera tale da permettere l'osservazione rapida durante le attività curricolari. L'obiettivo è quello di individuare le difficoltà motorie che rischiano di esporre il bambino ad un carico eccessivo di frustrazione. La griglia è strutturata tenendo conto delle fasi evolutive e didattiche del bambino attraverso l'utilizzo di attività di gioco e di routine in modo da limitare stressor ambientali.

3.2 GEO-DE: indici clinici e osservativi

La scheda, nella sua ultima revisione, è il risultato dell'integrazione di più professionisti esperti nel campo che utilizzano il protocollo APCM-2 [22], da cui la GEO-DE fa riferimento per alcune aree: autonomia personale, abilità linguistica, movimenti mani e dita, sequenzialità, coordinazione dinamica, gesti transitivi ed intransitivi, equilibrio e coordinazione ed abilità costruttive.

Il dominio *autonomia personale* è preso in considerazione in quanto la disprassia interferisce con la cura di sé, con gli apprendimenti scolastici e le relazioni interpersonali. Il disturbo disprattico, come suggerito dal modello della *embodied cognition*, è caratterizzato da un'alterazione della coordinazione grosso-fine motoria e della percezione che si esplicita in una difficoltà delle autonomie di base e nei processi di apprendimento. Secondo questo modello, i vissuti corporei sono fondamentali per lo

sviluppo cognitivo e motorio, in particolar modo per sostenere l'insorgere di nuove skills percettivo-motorie [24]. Infatti secondo Gargano [8] il modello dell'*embodied cognition* enfatizza lo stretto legame tra emozione, percezione e cognizione, tre aspetti di un'unica azione volti ad interagire con l'ambiente. Considerando il bambino nella sua globalità come espressione di due processi (biologico-maturativo ed ambientale-relazionale), il nostro gruppo ha evidenziato l'importanza di osservarlo rispetto alla capacità di agire e recepire gli stimoli ambientali. Nel considerare l'autonomia personale è necessario soffermarsi anche sul tono e sulla forza muscolare. Il tono muscolare è inteso come la contrazione continua dell'attività muscolare che si manifesta con ipotonia o ipertonia; la forza muscolare è la capacità motoria data dal gradiente di energia profusa nel compiere un gesto. Nelson et al. [20] affermano che, ad esempio, alcuni bambini che presentano impaccio motorio possono utilizzare una forza non congruente al movimento compiuto e alla propria struttura corporea. In rapporto a quanto appena espresso, si è scelto di osservare nell'ambito dell'autonomia personale compiti quotidiani come capacità di mangiare con le posate, allacciare e slacciare le scarpe, infilare e sfilare indumenti. Oltre alle difficoltà collegate ai deficit del tono e della forza muscolare, ci si aspetta quindi che un bambino che non ha mai fatto esperienza diretta di un'azione non sia capace di svolgerla correttamente nel proprio contesto di vita, in accordo con il modello dell'*embodied cognition*.

Si è scelto di osservare la coordinazione, intesa come l'abilità di realizzare attività che coinvolgono l'uso della macro e micro motricità nell'esecuzione di uno o più movimenti coordinati fra loro. La coordinazione dinamica è inoltre intesa come l'organizzazione dinamica dell'uso di sé determinata dall'acquisizione dello schema corporeo. Nella disprassia è presente un deficit di coordinazione dovuto alle difficoltà di regolazione tonico-cinetica tra i muscoli agonisti e antagonisti e di una corretta sequenza degli schemi che compongono il movimento intenzionale. Le alterazioni tonico-cinetiche determinano carenze di controllo nella direzione del movimento che risulta stentato, brusco o lento, con difficoltà direzionali, antieconomico e inefficace [25]. Il bambino con disprassia mostra difficoltà in attività quotidiane motorie come stare in equilibrio su una sola gamba, saper fare un salto, alternare i piedi e le mani durante la camminata, la corsa e il nuoto. Infatti Deconick et al., [26] hanno dimostrato che bambini con difficoltà motorie in compiti di deambulazione su *tapis-roulant* mostrano un andamento caratterizzato da passi brevi ma con una maggiore frequenza rispetto al gruppo di controllo ed esibiscono una configurazione corporea caratterizzata da una maggiore inclinazione del tronco ed una flessione plantare della caviglia meno pronunciata. I soggetti che presentano difficoltà motorie adattano la propria andatura per compensare i problemi di controllo neuromuscolare e di equilibrio; queste modifiche comportano una strategia di cammino più sicura caratterizzata da passi brevi e rapidi. Fong et al., [27] hanno confrontato le prestazioni di bambini con e senza DCD in compiti di equilibrio ed organizzazione sensoriale del controllo posturale per individuare se tali deficit riducessero la partecipazione alle attività quotidiane inficiando l'autonomia personale. I risultati hanno evidenziato che i soggetti

con Disturbo della Coordinazione Motoria non solo mostrano un deficit nelle organizzazioni sensoriali e nel controllo dell'equilibrio ma anche una ridotta partecipazione alle attività quotidiane.

Si è scelto di osservare l'equilibrio inteso come la capacità di conservare o riorganizzare il baricentro dopo un atto motorio che ha richiesto un cambiamento dalla posizione di base. Possiamo parlare di equilibrio in condizioni di staticità, dinamicità, volo e caduta. L'*equilibrio statico* consiste nella capacità di essere in equilibrio nei movimenti corporei controllati; l'*equilibrio dinamico* consiste nella capacità di adattare consapevolmente il proprio equilibrio. Sono invece strettamente connessi la condizione dell'equilibrio nel volo e nella caduta perché richiedono un riaggiustamento posturale in quanto il corpo non è a contatto con la superficie [20].

Il controllo posturale è un aspetto fondamentale della disprassia evolutiva in quanto il soggetto disprattico potrebbe avere difficoltà a programmare un movimento se il busto è in posizione non eretta [20]. Tali deficit posturali aumentano il rischio di cadute: il bambino presenta difficoltà di integrazione sensoriale (soprattutto nel sistema visivo e vestibolare) con scarsa capacità di adattare il controllo posturale alle mutevoli condizioni ambientali per assicurare l'equilibrio [28]. Basandoci su questi studi, abbiamo individuato dei compiti di equilibrio e coordinazione ispirati dal classico "gioco della campana" divisi in 9 item che richiedono di saltare entrando/uscendo dai cerchi, mantenere braccia e gambe aperte, stare in equilibrio sulle ginocchia, rimanere in equilibrio su un piede solo. Lo scopo è quello di osservare movimenti coordinati e l'equilibrio statico (partenza in ginocchio), equilibrio dinamico (rimanere su un piede solo), di volo e di caduta (saltare correttamente nei cerchi). Inoltre per osservare la coordinazione dinamica si utilizzano compiti con l'utilizzo di una palla. Si è scelto di osservare le difficoltà delle abilità linguistiche in quanto la Disprassia Verbale Evolutiva (DVE) rappresenta un disordine congenito che causa difficoltà nella programmazione di movimenti sistematici necessari alla produzione dei suoni del linguaggio e nella programmazione dei suoni in sequenza. Il soggetto con disprassia mostra incapacità ad articolare i fonemi in modo accurato e di assemblarli correttamente per formare sillabe, parole e frasi. Le caratteristiche principali sono: mancanza di coerenza e sistematicità nella produzione e nel raggruppamento di fonemi, di sillabe e di strutture fonologiche; difficoltà nell'organizzazione sequenziale dei suoni; alterazioni nella velocità del ritmo e dell'intonazione di parole e frasi [29]. Sulla base di tali osservazioni, nel dominio delle Abilità Linguistiche sono stati selezionati item che indagano produzione/comprendimento di parole, frasi e racconti con particolare attenzione alle difficoltà di pronuncia.

Le abilità motorie fini si riferiscono ai micro motori di dita, mani, polsi, braccio e apparato fono-articolatorio) che agiscono in modo mirato per compiere movimenti e compiti difficili e delicati.

I soggetti con deficit motori mostrano difficoltà nei movimenti mani e dita, nel disegno, nella manipolazione di materiali, nel fischiare, nel soffiare, nello schioccare la lingua [20]. Inoltre la presenza di anomalie nell'imitazione motoria orale e nell'integrazione visiva dei movimenti suggeriscono una compromissione nella pianifica-

zione ed elaborazione di movimenti motori che influisce sul linguaggio e sulla motricità fine [30]. Nella GEO-DE si è scelto di indagare due domini inerenti i movimenti fine-motori: i movimenti mani-dita e le abilità manuali grafo-motorie come strappare un foglio, manipolare il pongo, nel disegno, prestando attenzione alla corretta impugnatura della penna (presa a pinza). Si è scelto di prendere in considerazione anche un compito di pregrafismo/tratteggio in quanto vi possono essere differenze oculomotorie che permettono di distinguere bambini con o senza difficoltà motorie [31]. Studi di elettro-oculografia [32] hanno evidenziato che i movimenti di inseguimento verticale sono significativamente compromessi mostrando un ritardo nello sviluppo del sistema di inseguimento. Langaas et al., [33] hanno studiato i movimenti oculari di inseguimento orizzontale in bambini con difficoltà motorie osservando una differenza nella capacità di sincronizzare temporalmente la risposta di tracciamento dello stimolo, elemento indicativo di uno scarso controllo predittivo. Si è scelto di osservare la sequenzialità intesa come l'ordine in cui i movimenti devono essere effettuati al fine di arrivare ad uno scopo. I soggetti con difficoltà motorie possono mostrare deficit nella gestione di movimenti complessi o imitati, affidandosi maggiormente ad input visivi per svolgere l'atto motorio. La necessità di visualizzare il movimento rallenta le loro prestazioni. Molte strutture neuroanatomiche sono alla base di questi movimenti complessi come la corteccia motoria primaria, la corteccia motoria supplementare, la corteccia premotoria, il talamo, il cervelletto, i gangli della base e i sistemi sensoriali (vestibolare, visivo, propriocettivo). La compromissione di uno di questi sistemi può manifestarsi con disturbi delle abilità motorie [20]. In questo dominio si è scelto di osservare un atto motorio complesso su imitazione basato sul movimento alternato di braccia e gambe in un compito come la marcia. Si è scelto di osservare i gesti transitivi ed intransitivi in quanto alcuni studi [34, 35] hanno confrontato direttamente i risultati della produzione di gesti di adulti aprassici con bambini con difficoltà motorie. I risultati non hanno mostrato differenze significative nella produzione di errori tra i gruppi [34]. Hill [35] ha evidenziato come i bambini con difficoltà motorie presentino deficit sia con i gesti transitivi che con quelli intransitivi durante l'imitazione o su comando verbale. Quindi né la produzione né la rappresentazione sensomotoria o visiva del movimento è preservata. Recentemente Costini et al., [36] hanno osservato l'impatto di altre attività cognitive come le abilità esecutive, visuo-percettive e spaziali sulla produzione dei gesti evidenziando eterogeneità dei deficit di produzione gestuale nei bambini con difficoltà motorie a livello intra ed interindividuale. Reynolds et al., [37] esaminando l'imitazione di posture e sequenza di gesti complessi hanno evidenziato che i bambini con probabile DCD mostrano maggiore lentezza di esecuzione all'aumentare della complessità del compito. Nello specifico nella griglia sono presi in considerazione gesti transitivi ed intransitivi di uso comune. Si è scelto di osservare le abilità costruttive intese come la capacità di organizzare, produrre e riprodurre le componenti spaziali tra gli oggetti o elementi bidimensionali e tridimensionali al fine di formare una struttura. Nell'inserire questo dominio nella

griglia si è fatto riferimento ai dati emersi dalla valutazione clinica tramite l'utilizzo del protocollo APCM-2. I bambini con disprassia mostrano difficoltà nell'organizzazione spaziale degli elementi con particolare riferimento all'utilizzo delle costruzioni e nella manipolazione di oggetti [6]. Per questo motivo nella griglia sono presenti due compiti di costruzione di differente difficoltà.

4. GEO-DE: Ideazione e struttura della griglia

Allo scopo di selezionare le aree di osservazione sulla base degli indici clinici sopra menzionati, sono stati effettuati degli incontri di *focus-group* con gli insegnanti per identificare le attività svolte quotidianamente a scuola. In una seconda fase, l'equipe di lavoro ha modificato lo strumento integrando le informazioni ottenute nei precedenti focus-group. Al fine di rendere lo strumento fruibile, pratico e adeguato all'osservazione ecologica, è stato sottoposto alla revisione di un ulteriore gruppo di insegnanti. Attualmente lo studio è in fase operativa ed è centrato sul definire gli items della griglia; successivamente essa verrà somministrata ad un campione rappresentativo della popolazione. I risultati, ai fini della validazione dello strumento, saranno sottoposti ad idonei test statistici.

Le prime griglie sono state consegnate ai docenti di diverse scuole dell'infanzia (Direzione didattica statale, S. Sebastiano al Vesuvio (NA); I.C. 4 De Lauzeries Ambito 0021, Portici (NA); I.C. Parini Rovigliano, Torre Annunziata; I.C.S. 46° Scialoja Cortese, Ottaviano; I.C. "Don Lorenzo Milani", Torre del Greco; I.C. Giovan Battista Angioletti, Torre del Greco) del territorio napoletano dopo una fase di *training* dei docenti coinvolti.

È stato selezionato un campione randomizzato di 30 bambini per ogni scuola per un totale di 165 bambini divisi per fascia d'età.

Si aspettano i primi risultati per effettuare le analisi preliminari dei dati con l'obiettivo di standardizzare la griglia e individuare un cut-off di riferimento. Si ipotizza che nella sua prima versione, la GEO-DE possa identificare anche altri disturbi del neurosviluppo.

La griglia è suddivisa in 9 aree per un totale di 54 item ed è dotata di un vademecum con le indicazioni per la corretta osservazione da parte del docente. Inoltre viene fornito una scheda con codici alfanumerici per ogni bambino osservato in modo da rispettare la privacy. La GEO-DE viene somministrata in due periodi dell'anno scolastico con una cadenza di 3 mesi. Uno spazio dello strumento è dedicato all'annotazione di dati quali data di nascita, frequenza scolastica, presenza di diagnosi e data di osservazione. Le attività sono presentate ai bambini frontalmente e su imitazione.

I punteggi di attribuzione della GEO-DE sono così divisi: 0 (il bambino non esegue l'attività richiesta), 1 (il bambino esegue parzialmente o in modo non corretto l'attività richiesta), 2 (il bambino esegue completamente e correttamente l'attività richiesta).

5. Prospettive future

Successivamente ad una prima fase di screening seguirà una revisione qualitativa dello strumento per renderlo attendibile e capace di individuare solo i soggetti disprassici. In una seconda fase, verrà effettuata un'ulteriore osservazione su una popolazione sperimentale e di controllo statisticamente significativa. La prospettiva dello studio è di creare un sistema computazionale diagnostico capace di supportare i docenti nel processo osservativo rimpiazzando l'uso del cartaceo.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione. Raffaello Cortina Editore.*
2. Edwards, J., Berube, M., Erlandson, K., Haug, S., Johnstone, H., Meagher, M., ... & Zwicker, J. G. (2011). Developmental coordination disorder in school-aged children born very preterm and/or at very low birth weight: a systematic review. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 32*(9), 678-687.
3. Faebo Larsen, R., Hvas Mortensen, L., Martinussen, T., & Nybo Andersen, A. M. (2013). Determinants of developmental coordination disorder in 7-year-old children: a study of children in the Danish National Birth Cohort. *Developmental Medicine & Child Neurology, 55*(11), 1016-1022.
4. World Health Organization. (2004). *International statistical classification of diseases and related health problems* (Vol. 1). World Health Organization.
5. Russo, R. C. (2000). *Diagnosi e terapia psicomotoria*. Ambrosiana, seconda edizione.
6. Sabbadini, L. (2013). *Disturbi specifici del linguaggio, disprassie e funzioni esecutive*. Milano: Springer.
7. Sabbadini, G. (Ed.). (1995). *Manuale di neuropsicologia dell'età evolutiva*. Zanichelli.
8. Sugden, D. A. (2006) *Development Coordination Disorder as a Specific Learning Difficulty*. In ESRC: Research Seminar Series 2004-2005. Leeds Consensus Statement, 2006.
9. Gargano, D. (2013). *Disprassie evolutive*. Erikson. Reference Web site: http://www.itiscalfaroccz.it/attachments/category/192/Gargano_Disprassie%20evolutive_CZ1.pdf
10. Peters, L. H., Maathuis, C. G., & Hadders-Algra, M. (2013). Neural correlates of developmental coordination disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology, 55*, 59-64.
11. van der Knaap, L. J., & van der Ham, I. J. (2011). How does the corpus callosum mediate inter-hemispheric transfer? A review. *Behavioural brain research, 223*(1), 211-221.
12. Debrabant, J., Gheysen, F., Caeyenberghs, K., Van Waelvelde, H., & Vingerhoets, G. (2013). Neural underpinnings of impaired predictive motor timing in children with developmental coordination disorder. *Research in developmental disabilities, 34*(5), 1478-1487.
13. Zwicker, J., Missiuna, C., Harris, S. R., & Boyd, L. A. (2011). Brain activation associated with motor skill practice in children with developmental coordination disorder: an fMRI study. *International Journal of Developmental Neuroscience, 29*(2), 145-152.
14. Desmurget, M., & Sirigu, A. (2012). Conscious motor intention emerges in the inferior parietal lobule. *Current Opinion in Neurobiology, 22*(6), 1004-1011.
15. Sgandurra, G., Guzzetta, A., & Cioni, G. (2007). Disturbi motori e disturbi neuropsicologici: modelli fisiopatologici e strategie di trattamento. *Giornale di neuropsichiatria dell'età evolutiva, 27*, 264-277.
16. Sabbadini, L. (2013). *Disturbi specifici del linguaggio, disprassie e funzioni esecutive*. Milano: Springer.
17. Grinter, E. J., Maybery, M. T., & Badcock, D. R. (2010). Vision in developmental disorders: Is there a dorsal stream deficit?. *Brain research bulletin, 82*(3-4), 147-160.

18. Reynolds, J. E., Licari, M. K., Billington, J., Chen, Y., Aziz-Zadeh, L., Werner, J., ... & Bynevelt, M. (2015). Mirror neuron activation in children with developmental coordination disorder: a functional MRI study. *International Journal of Developmental Neuroscience*, *47*, 309-319.
19. Reynolds, J. E., Licari, M. K., Elliott, C., Lay, B. S., & Williams, J. (2015). Motor imagery ability and internal representation of movement in children with probable developmental coordination disorder. *Human movement science*, *44*, 287-298.
20. Nelson, S. L., & Jaskiewicz, J. L. (2015) Developmental coordination disorder. Medscape Reference Web site: <http://emedicine.medscape.com/article/915251-overview>
21. Walker, E., Shaw, S. C., Price, J., Reed, M., & Anderson, J. (2017). Dyspraxia in clinical education: a review. *The Clinical Teacher*, *15*(2), 98-103.
22. Sabbadini, L. (2015). *APCM-2 Abilità prassiche e della coordinazione motoria*. Hogrefe, 2°ed.
23. Thelen, E. (1995). Motor development: A new synthesis. *American psychologist*, *50*(2), 79.
24. Iverson, J. M., & Thelen, E. (1999). Hand, mouth and brain. The dynamic emergence of speech and gesture. *Journal of Consciousness Studies*, *6*(11-12), 19-40.
25. Russo, R. C. (2003). *Evoluzione e disturbi del movimento: basi e nuove prospettive per conoscere il bambino*. Casa Editrice Ambrosiana.
26. Deconinck, F. J., De Clercq, D., Savelsbergh, G. J., Van Coster, R., Oostra, A., Dewitte, G., & Lenoir, M. (2006). Differences in gait between children with and without developmental coordination disorder. *Motor control*, *10*(2), 125-142.
27. Fong, S. S., Chung, J. W., Cheng, Y. T., Yam, T. T., Chiu, H. C., Fong, D. Y., ... & Macfarlane, D. J. (2016). Attention during functional tasks is associated with motor performance in children with developmental coordination disorder: A cross-sectional study. *Medicine*, *95*(37).
28. Fong, S. S., Lee, V. Y., Chan, N. N., Chan, R. S., Chak, W. K., & Pang, M. Y. (2011). Motor ability and weight status are determinants of out-of-school activity participation for children with developmental coordination disorder. *Research in developmental disabilities*, *32*(6), 2614-2623.
29. Paoluzzi, M. (2016). Che cos'è la disprassia verbale evolutiva? AIDEE Reference Web site: https://fli.it/wp-content/uploads/2016/01/EMILIAROMAGNA_IPERTESTO.pdf
30. Newmeyer, F. J. (2007). Linguistic typology requires crosslinguistic formal categories. *Linguistic Typology*, *11*(1), 133-157.
31. Sumner, E., Hutton, S. B., Kuhn, G., & Hill, E. L. (2018). Oculomotor atypicalities in developmental coordination disorder. *Developmental science*, *21*(1), e12501.
32. Robert, M. P., Ingster-Moati, I., Albuisson, E., Cabrol, D., Golse, B., & Vaivre-Douret, L. (2014). Vertical and horizontal smooth pursuit eye movements in children with developmental coordination disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *56*(6), 595-600.
33. Langaas, T., Mon-Williams, M., Wann, J. P., Pascal, E., & Thompson, C. (1998). Eye movements, prematurity and developmental co-ordination disorder. *Vision research*, *38*(12), 1817-1826.
34. Poole, J. L., Gallagher, J., Janosky, J., & Qualls, C. (1997). The mechanisms for adult-onset apraxia and developmental dyspraxia: an examination and comparison of error patterns. *American Journal of Occupational Therapy*, *51*(5), 339-346.
35. Hill, E. L. (1998). A dyspraxic deficit in specific language impairment and developmental coordination disorder? Evidence from hand and arm movements. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *40*(6), 388-395.
36. Costini, O., Roy, A., Remigereau, C., Faure, S., Fossoud, C., & Le Gall, D. (2017). Nature and specificity of gestural disorder in children with Developmental Coordination Disorder: A multiple case study. *Frontiers in psychology*, *8*, 995.
37. Reynolds, J. E., Kerrigan, S., Elliott, C., Lay, B. S., & Licari, M. K. (2017). Poor imitative performance of unlearned gestures in children with probable developmental coordination disorder. *Journal of motor behavior*, *49*(4), 378-387.

MINI REVIEW

Interventi preventivi e terapeutici in epoca perinatale. Un modello di intervento in un'ottica gestaltica integrata

Chiara Scognamiglio¹

¹ SiPGI - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata



Citation

Scognamiglio C. (2020). Interventi preventivi e terapeutici in epoca perinatale. Un modello di intervento in un'ottica gestaltica integrata Phenomena Journal, 2, 11-15. <https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.72>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Chiara Scognamiglio
chiarasco78@libero.it

Ricevuto: 03 aprile 2020

Accettato: 02 maggio 2020

Publicato: 03 maggio 2020

ABSTRACT

This work focuses on the experience and psychological therapeutic treatment of pregnant women and their relationship with the fetus; this study analyses the deep changes triggered by pregnancy and motherhood, including various psychological discomforts, usually transient and compatible with the adaptation to the new situation. The percentage of pregnant women and new mothers suffering from psychological disorders either during the pregnancy or after the birth has to be taken into account, as it is considerably high. Discussing the issue with a preventive aim, providing scientific information, alongside a potential therapeutic treatment plan, could be a key element to healthy women and children, and the family unit too.

KEYWORDS

Perinatal, Psychological therapeutic treatment, Pregnant.

ABSTRACT IN ITALIANO

Il presente lavoro intende porre l'attenzione sul vissuto e sul trattamento psicoterapeutico delle gestanti e della loro relazione con il feto; sui cambiamenti profondi che questo evento può innescare, compresi tutta una serie di sintomi di disagio psicologico, spesso transitori e compatibili con l'adattamento alla nuova situazione, frequentemente ingravescenti. La percentuale di gestanti e di madri che soffre di un qualche disturbo psicologico durante o dopo la gravidanza non è trascurabile, è anzi molto alta. Parlarne, in un'ottica preventiva, in modo adeguato e fornire informazioni corrette dal punto di vista scientifico, illustrando un possibile modello di intervento psicoterapeutico, può essere funzionale a favorire una piena salute della donna, del bambino e in senso lato della famiglia.

PAROLE CHIAVE

Perinatale, Trattamento psicoterapeutico, Gestanti.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

Introduzione

La gravidanza comporta trasformazioni a livello: biologico, psicologico, ambientale [1].

Gravidanza - Parto - Allattamento non sono l'uno la conseguenza dell'altro, ma sono momenti ben distinti dal punto di vista fisiologico, ormonale e psicologico [2].

In ognuno di questi momenti si possono creare situazioni delicate che predispongono una madre a percepire più o meno gravi disagi emotivi e psicologici [3].

Sottolineare i cambiamenti emotivi e riconoscerli è un passaggio importante per vivere questi tre momenti con la sufficiente tranquillità e consapevolezza.

Le capacità relazionali del bambino, secondo gli studi evolutivi, iniziano alla nascita, ma molteplici studi dimostrano, invece, il suo inizio nel periodo perinatale. Il feto è dotato di una sensorialità tale da consentirgli di relazionarsi con la madre e con l'ambiente.

Traumi prenatali e perinatali possono favorire la successiva insorgenza della malattia mentale. Un clima affettivamente buono, vissuto in una relazione perinatale tra feto e genitori avrà una buona influenza sulla futura relazione tra gli stessi, ed anche sul vissuto di cambiamento percepito dai singoli [4].

La teoria dell'attaccamento prenatale si interessa di che tipo di vissuto e aspettativa hanno i genitori verso la nascita del loro bambino.

La psicoanalisi sostiene che la relazione di attaccamento neonatale si forma proprio attraverso i pensieri, i vissuti, l'immaginario e le aspettative dei genitori nell'attesa della nascita del bambino.

Ci sono molti studi che fanno riferimento alle rappresentazioni e alle fantasie che una gestante genera nei nove mesi di attesa [5]. Le ricerche parlano di una rappresentazione del «bambino in pancia», sostenendo come le madri comunicano con lui, si toccano la pancia alla ricerca di quella sintonia che Winnicott ha definito «preoccupazione materna primaria» [6].

In un lavoro sulle rappresentazioni materne in gravidanza Ammaniti ha rilevato una corrispondenza tra gli stili materni ed il tipo di cure materne che verranno offerte al bambino. L'autore ha evidenziato tre tipologie di rappresentazioni.

- Rappresentazione integrata, in cui la madre asseconda i cambiamenti, è disponibile ad una trasformazione delle soluzioni abituali, si incammina verso la costruzione di un nuovo equilibrio.

- Rappresentazione non integrata, in cui ci sono vissuti ambivalenti, paura, spesso negata, di perdere il bambino e timori per il futuro; parziale a volte fastidioso adattamento ai cambiamenti.

- Rappresentazione ristretta-disinvestita, in cui la gravidanza è vissuta solo come un passaggio necessario per avere un bambino, non c'è alcun investimento, né cambiamento di vita, mancano le fantasie sul bambino e sul ruolo materno [7].

Obiettivo dello studio

Con questo lavoro ci si è posti degli interrogativi legati più strettamente alla creazione di un protocollo da assumere in una psicoterapia ad approccio gestaltico – integrato in merito alla fase della gravidanza. Di seguito sono elencate alcune possibili domande su cui aprire delle riflessioni che potranno fare da guida nei primi passi della costruzione del protocollo:

- Che succede quando nel corso di una psicoterapia una nostra paziente ci comunica di essere in attesa di un bambino?
- Come cambia la relazione psicoterapeutica?
- Quali sono i fattori a cui porre rilievo e attenzione?

Metodologie

Il modello della psicoterapia gestaltico-integrata si propone di potenziare le risorse dell'utente per riconoscere ed integrare i processi affettivi ed emotivi nel “*qui ed ora*” utilizzando l'osservazione fenomenologica dell'incontro *tra* paziente e terapeuta [8]. La terapia del contatto emotivo, come spesso viene ridefinita la psicoterapia della Gestalt, pone al centro dell'attenzione il campo relazionale ed il modo in cui il paziente e terapeuta si manifestano in esso. Il concetto di *campo* relazionale, inteso come ciò che accade *tra* psicoterapeuta e paziente in un dato momento, ci fa subito pensare che nel momento in cui la paziente è in stato di gravidanza, quel *tra* non sarà più solo inerente al paziente ed al terapeuta ma dovrà includere inevitabilmente anche il feto e poi il bambino [9]. Considerando tutto quanto su detto sulla vita intrapsichica e relazionale del bambino nei nove mesi di gravidanza, non possiamo non evidenziare che nel setting terapeutico non si tratterà più di lavorare su una relazione duale, bensì su una triade, visto che nel campo psicoterapeutico tutti gli elementi presenti partecipano alla creazione della figura [10]. Da un punto di vista fenomenologico sarà necessario osservare se e come la paziente includerà in maniera più o meno esplicita il nascituro in quel campo, o se continuerà a “stare” in psicoterapia come se nulla fosse cambiato. Questo aspetto ci darà delle prime informazioni su quale potrebbe essere la rappresentazione che quella paziente si sta creando della gravidanza, e come cambia nell'avanzare della gestazione. Compito dello psicoterapeuta gestaltico integrato è quello di rispecchiare alla paziente fenomenologicamente tutto quello che porta in quella esperienza [11]. Questo permetterà di stimolare la paziente a leggere lei stessa, la pista che si presenta spontaneamente. L'attenzione sul *tra* permetterà di ampliare il livello di consapevolezza dell'esperienza di essere, in quello che è considerato uno spazio solo proprio ed esclusivo quale è la relazione psicoterapeutica, in presenza del proprio bambino. Gradualmente la consapevolezza di questa presenza potrà essere lavorata, elaborata e poi trasferita nella vita esterna della paziente, tra lei ed il suo partner, tra lei e la sua famiglia e così per tutte le dimensioni esistenziali. In un'ottica gestaltica integrata l'esperienza terapeutica non è semplicemente un evento preparatorio, ma un momento valido di per sé, che non necessita di alcun referente esterno per confermare la sua rilevanza nella vita del paziente. Le emozioni che possono es-

serci tra lo psicoterapeuta e il paziente sono autentiche di per sé ed è possibile trattare le distorsioni considerandole nel loro contesto presente, piuttosto che considerarle imitazioni [12]. Da questo punto di vista la gestazione stessa può essere intesa non come momento di attesa di un evento, ma come parte integrante dell'evento stesso in cui esperire cosa accade tra paziente, bambino e psicoterapeuta.

Punto di partenza per questo tipo di esplorazione potrebbe essere l'ascolto del corpo. Essere nel qui ed ora, nel e non con il corpo, dà la possibilità di stare pienamente a contatto con le proprie sensazioni, emozioni, essere presenti e consapevoli dei propri movimenti interni e di come questi si rappresentano all'esterno e si incarnano nella propria fisicità [13]. L'attenzione portata volontariamente sulle sensazioni fisiche rivela che in ogni momento, ogni stato emotivo, anche non particolarmente intenso corrisponde ad una costellazione di sensazioni del corpo che possono riguardare certi luoghi precisi e circoscritti, oppure essere diffuse da per tutto ed essere omogenee o differenziate. Se descritte con parole queste sensazioni rivelano una forma, un certo grado di intensità e, secondo una valutazione soggettiva, svelano la loro qualità psicologica [14]. Attraverso l'attenzione al corpo è possibile comprendere come la paziente si rapporta al feto, quali sono le modalità di comunicazione e quelle relazionali che, in modo più o meno stereotipato, mette in atto per agire e muoversi in questa relazione e nella relazione con lo psicoterapeuta.

Conclusioni

Il trattamento gestaltico integrato di una gestante permette di aumentare la consapevolezza di quest'ultima, che a sua volta crea una maggiore capacità di gestire se stessa e la propria vita, un'autoregolazione naturale di tutto ciò che accade al confine di contatto tra paziente, bambino e psicoterapeuta. In un'ottica gestaltica integrata, l'individuo attribuisce all'ambiente gran parte di sé, invadendolo o proiettandovi ciò che varrebbe per se stesso. L'attribuzione agli altri dei sintomi e delle emozioni che gli appartengono avviene in quanto l'individuo non è in grado di accettarli come propri. Secondo Perls, nel meccanismo d'interruzione del contatto della proiezione, il mondo esterno diviene il campo di battaglia dei conflitti che si agitano all'interno dell'organismo, che si trova a dare giudizi su fatti esterni, emozioni, sensazioni, impulsi non riconosciuti o non tollerati; in un lavoro psicoterapeutico uno degli obiettivi è quello di ritirare le proiezioni dal mondo esterno, imparando ad accettare e gestire anche gli aspetti meno gradevoli del nostro essere [15].

Considerando quanto appena detto, nell'essere presente a se stessa, anche e soprattutto attraverso la consapevolezza e la presa di responsabilità del proprio sentire, attraverso la riappropriazione delle proiezioni, la paziente può permettersi di godere dell'espressione dei propri sentimenti, poiché ora sa di poterli attraversare senza perdersi o sentirsi schiacciata o sopraffatta, avrà imparato a gestirli nel percorso psicoterapeutico.

BIBLIOGRAFIA

1. Trede, K., Baldessarini, R. J., Viguera, A. C., & Bottéro, A. (2009). Treatise on insanity in pregnant, postpartum, and lactating women (1858) by Louis-Victor Marcé: a commentary. *Harvard review of psychiatry*, 17(2), 157-165.
2. Ferrari, G. A., & Arrigoni, G. F. (2005). La comunicazione e il dialogo dei nove mesi. *Guida all'ascolto attivo, al dialogo e alla comunicazione psicotattile con il bambino durante la gravidanza*. Edizioni Mediterranee.
3. Ammaniti, M. (1992). *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Il pensiero scientifico.
4. Ammaniti, M., & Stern, D. N. (1995). *Fantasia e realtà nelle relazioni interpersonali*. Laterza.
5. Stern, D. N., Biocca, L. M., & Biocca, A. (2012). *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri
6. Winnicott, D. W. (1987). *I bambini e le loro madri*. Raffaello Cortina Editore.
7. Ammaniti, M. (1995). *Maternità e gravidanza: studio delle rappresentazioni materne*. Raffaello Cortina.
8. Perls, F. (1980). *La terapia gestaltica*. Astrolabio.
9. Ginger, S., & Ginger, A. (2004). *La Gestalt. Terapia del «con-tatto» emotivo*. Edizioni Mediterranee.
10. Giusti, E., & Rosa, V. (2006). *Psicoterapia della gestalt* (Vol. 6). Sovera Edizioni.
11. Gold, J. R. (2000). *Concetti chiave in psicoterapia integrata* (Vol. 19). Sovera Edizioni.
12. Polster, E., & Polster, M. (1986). *Terapia della Gestalt integrata: Profili di teoria e pratica*. Giuffrè.
13. Giusti, E., & Menici, F. (2016). *Trattamento dell'immagine corporea* (Vol. 112). Sovera Edizioni.
14. Kepner, J. I. (2014). *Body process: A gestalt approach to working with the body in psychotherapy*. CRC Press
15. Lobb, M. S. (2015). Il sé come contatto. Il contatto come sé. Un contributo all'esperienza dello sfondo secondo la teoria del sé della psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt*.

RICERCA ORIGINALE

Direzionalità e Condensazione del movimento corporeo attraverso uno strumento di auto-valutazione

Sara Diamare¹, Anna Ferrara², Olimpia Ricciardi³, Simona Verniti³

¹ Psicologa, Psicoterapeuta Asl Na 1 Centro

² Psicologa tirocinante Asl Na 1 Centro

³ SIPGI Scuola di Psicoterapia Gestaltica Integrata



Citation

Diamare S., Ferrara A., Ricciardi O., Verniti S. (2020). Direzione-
lità e Condensazione del movimento
corporeo attraverso uno strumento
di auto-valutazione
Phenomena Journal, 2, 16-25.
<https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.64>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Sara Diamare
rydiama@gmail.com

Ricevuto: 16 ottobre 2019

Accettato: 02 maggio 2020

Publicato: 05 maggio 2020

ABSTRACT

Movement can provide information about the way people express themselves and interacting with others. Scientific studies support the importance of non- verbal communication in the interpersonal relationship, decoding them through a reading of the body and of the movement.

The aim of this research is to evaluate the reliability of an instrument of self-observation to investigate the expressiveness of the movement through specific dimensions, such as movement's chinesfera, centrality, structuring, rhythm, coordination, flow, rigidity and intensity. It is about the *Scheda Diade*, revision 3 di *Letture del Movimento*, a tool for monitoring a conscious interaction, in which the subjects give self-assessment of one's motor and relational *controtransfert*. The instrument and the method of administration are based on constructs derived from neurophysiology and they are rooted in the analysis character's of W. Reich and in the Laban Movement Analysis. The study has been carried out on a sample of 432 subjects, included students, manager, teachers and counselors, who participated in training courses about the relationship with the other, through body awareness and Dance Movement Therapy modules. The collected data from the administration ex ante and ex post of the *Scheda Diade* revision 3 allowed to detect some changes in movement statistically significant, but not the subject of this discussion.

From the intrinsic analysis of the test, subject of this study, emerged that the *Scheda Diade* revision 3 elicits the presence of two peculiar movement's components: Directionality and Condensation, that recall the archetypes of "male" and "female", not related to gender difference, but to modulation of motor expression. Factor analysis showed construct validity of the *Scheda Diade* revision 3.

KEYWORDS

Movement Qualities; Movement-based Interaction; Movement Self-Observation, Dance Movement Therapy.

ABSTRACT IN ITALIANO

Il movimento è in grado di fornire informazioni circa il modo in cui le persone esprimono se stesse ed interagiscono con gli altri. Studi scientifici sostengono l'importanza della comunicazione non verbale nella relazione interpersonale, decodificabile attraverso una lettura del corpo e del movimento.

Lo scopo di questa ricerca è valutare l'affidabilità di uno strumento di auto-osservazione per indagare l'espressività del movimento attraverso dimensioni specifiche quali: chinesfera, centralità, strutturazione, ritmo, coordinazione, flusso, rigidità e intensità del movimento. Si tratta della *Scheda Diade revisione 3* di *Letture del Movimento*, uno strumento di monitoraggio di una inter-azione consapevole in cui i soggetti forniscono un'autovalutazione del proprio *controtransfert* motorio e relazionale. Lo strumento e la metodologia di somministrazione si basano su costrutti derivanti dalla neurofisiologia e pongono le loro radici nella analisi del carattere di W. Reich e nella Laban Movement Analysis. Lo studio è stato svolto su un campione di 432 soggetti, tra studenti, dirigenti, insegnanti e counselor, partecipanti a corsi di formazione sulla relazione con l'altro, attraverso moduli di consapevolezza corporea e Danza Movimento Terapia. I dati raccolti dalla somministrazione ex ante ed ex post della scheda Diade revisione 3 hanno consentito di rilevare alcune variazioni del movimento statisticamente significative ma non oggetto della presente discussione. Dall'analisi intrinseca del test, oggetto del presente studio, è emersa che la *Scheda Diade* revisione 3 elicit la presenza di 2 componenti peculiari del movimento: Direzione- lità e Condensazione che richiamano gli archetipi del 'maschile' e 'femminile', non legati alla differenza di genere, ma alla modulazione dell'espressione motoria. L'analisi fattoriale ha dimostrato la validità di costruito della *Scheda Diade* revisione 3 qui presentata.

PAROLE CHIAVE

Qualità del Movimento; Interazione basata sul Movimento; Auto-osservazione del Movimento, Danza Movimento Terapia.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

Introduzione

Letture del movimento corporeo

Uno strumento di auto-valutazione: Scheda Diade rev. 3

Molti studi evidenziano il ruolo fondamentale che la comunicazione non verbale ricopre nelle relazioni interpersonali [1]. Il corpo, con i suoi movimenti, è da considerarsi a tutti gli effetti un mezzo di comunicazione, ha la stessa valenza della parola scritta e parlata. La psicosomatica si sta facendo strada in ambito psicologico, evidenziando la relazione tra il mondo emozionale ed affettivo e l'espressività somatica [2]. Nonostante ciò, la nascita di una formula di psicoterapia corporea condivisa, che mette insieme i punti di vista provenienti da diversi orientamenti per consentire il dialogo con gli altri costrutti di psicoterapia prevalentemente verbale, è ancora in corso [3].

Per la valutazione di questa nuova area è necessario uno strumento che consenta, in modo trasversale, di misurare le trasformazioni psicocorporee e relazionali in percorsi di consapevolezza corporea, onde consentire, attraverso l'auto-osservazione e l'osservazione del movimento dell'altro, sia l'emergere delle proprie capacità trasformazionali nella relazione con l'altro, sia l'elaborazione del controtransfert somatico [4].

Strumenti di valutazione del linguaggio corporeo e del movimento sono stati sperimentati ed utilizzati proficuamente da personale altamente qualificato. Per la complessità che li caratterizza, però, il loro uso richiede lunghe specializzazioni (ad esempio, la Laban Movement Analysis), l'obiettivo, dunque, è stato creare uno strumento di valutazione, e nello specifico di auto-valutazione, che fosse semplice nell'utilizzo, ma altrettanto valido ed affidabile. È con tali premesse che è stata modulata la Scheda Diade rev. 3 [13, 5], di cui presentiamo la validità e che parte da una riduzione di una scheda ben più complessa: la Scheda Dia.de® - Lettura del Corpo e del Movimento di Paola de Vera d'Aragona e Sara Diamare, attraverso cui è possibile la rilevazione di caratteristiche posturali, espressive e morfologiche delle diverse parti del corpo e del movimento ed. Questo strumento è stato utilizzato in percorsi individuali e di gruppo di Danza Movimento Terapia, a medio e a lungo termine. Esso consente di esaminare la qualità della comunicazione non verbale che si esprime nella relazione, indaga la gestualità e la qualità del movimento particolarmente sensibili nella rilevazione delle modifiche che avvengono sul piano relazionale [5]. Pur consentendo un'osservazione e un monitoraggio dei movimenti del soggetto in una relazione, lo strumento ha presentato importanti limiti connessi sia all'osservazione (effettuata in doppio cieco), che al numero di item eccessivo rispetto alle informazioni fornite; motivo per cui la Scheda ha subito modifiche e revisioni [6]. L'obiettivo di questo strumento di auto-osservazione e di valutazione del movimento è di favorire nel soggetto la presa di coscienza del proprio comportamento motorio, delle caratteristiche posturali ed espressive, del proprio corpo in movimento. Il costrutto alla base della Scheda Diade rev. 3 prende origine dalla Laban Movement Analysis e dall'Analisi del Carattere di Wilhelm Reich, in cui il movimento e la gestualità sono conside-

rati veicoli di messaggi che si scambiano in un rapporto interpersonale. In particolare, Reich sostiene che lasciare affiorare le sensazioni corporee e sperimentare le relative emozioni trattenute favorisce l'evoluzione dell'individuo e il superamento di barriere emozionali e di conflitti, cioè di problematiche psicologiche elicitate in blocchi all'espressione psicocorporea [7]. E ancora, l'autore afferma che nell'arresto fisico di origine psichica si scontrano due energie, una direzionata all'azione ed una che mira a reprimerla [2]. Tutto il corpo per Reich è una mappa di vissuti in atto e come tale è decodificabile [7].

In Italia, un contributo rilevante circa la decodifica dell'esperienza motoria è stato fornito dal Prof. Vezio Ruggieri, secondo cui alcune tensioni muscolari croniche corrispondono all'inibizione di azioni motorie quali espressioni di emozioni (per es. aggressività) rifiutate dal soggetto. Si innalza, di conseguenza, la soglia di percezione del distretto corporeo interessato, fino a divenire silente, a causa dell'impossibilità di rendere consapevole la presenza dell'emozione temuta. Un lavoro di consapevolezza corporea può determinare modificazioni misurabili dell'atteggiamento e del tono muscolare che sono in relazione a specifiche dinamiche psicologiche [8, 9].

Ancor più evidente nel costrutto di base della Scheda Diade rev. 3 è l'influenza di Rudolf Laban, coreografo ed autore della Labanotation, il cui principale interesse è orientato proprio al linguaggio del movimento corporeo. L'autore, infatti, si pone l'obiettivo di esplorare concetti che riguardano il Corpo, la Qualità Dinamica, la Forma, lo Spazio, il Fraseggio, il Significato e il Motif, e che fungono da ispirazione per le aree peculiari rilevate dalla Scheda Diade rev. 3. Nell'ottica di Laban, il linguaggio del movimento corporeo può essere scandito, e le singole parti possono essere analizzate proprio come avviene per il linguaggio parlato.

Laban, nel suo testo "L'arte del Movimento" [10] individua 4 fattori specifici:

- 1) Spazio (S), direzione e livelli dei passi e dei gesti, estensione dei passi e dei gesti, forma dei gesti.
- 2) Tempo (T), rapidità/lentezza nei gesti e nei passi, ripetizione e tempo di un ritmo.
- 3) Peso (P), tensione forte/debole del corpo in opposizione alla forza di gravità, posizione degli accenti, fraseggio motorio risultante da periodi accentati e non accentati.
- 4) Flusso (F), movimento scorrevole/interrotto/arrestato.

Secondo Laban, in particolare, la direzione spaziale può essere ricondotta a tre dimensioni, altezza, larghezza e profondità, fissando il centro del corpo come centro di gravità da cui parte l'orientamento direzionale, e facendo una distinzione tra spazio in generale (spazio infinito) e spazio intorno al nostro corpo (chinesfera). Nell'elaborazione di questo modello di decodifica del movimento, Laban delinea una teoria dinamica del corpo nello spazio ispirata a principi di rigore e universalità, in quanto non si basa sull'esame di uno stile di danza o di una tecnica particolare, ma sui principi generali della cinetica che regolano l'azione motoria nella esecuzione di un compito e nel movimento libero.

A partire da queste considerazioni, l'autrice della Scheda Diade rev. 3 ha intrecciato

le nozioni della Laban Analysis con la psicofisiologia, ed in particolare nel metodo di somministrazione dello strumento stesso si rifà al concetto di “simulazione incarnata” di Rizzolatti. La teoria incarnata si sviluppa in seguito alla scoperta - nella corteccia premotoria - dei “neuroni specchio”. La simulazione incarnata è quel processo automatico inconscio e pririflessivo che induce nell’osservatore l’attivazione degli stessi circuiti neurali delle azioni, emozioni, e sensazioni agite o provate dall’osservato [11]. Questa teoria sostiene che le funzioni affettive e cognitive superiori emergono dal processo motorio interattivo tra un organismo e l’ambiente in cui è situato. L’intero mondo cognitivo ed affettivo si fonda sul corpo in movimento. Tutto ciò che è mentale, la stessa percezione, è un movimento a bassa energia [12]. Il risultato è lo strumento descritto in questo lavoro.

Ai fini della valutazione cinetica, la Scheda Diade rev.3 prevede una riduzione a 8 item [13, 5] (Appendice A) a cui i soggetti rispondono servendosi di una scala Likert che va da 1 a 5 (in cui 1 corrisponde al valore minimo attribuito e 5 al valore massimo):

- *Chinesfera*: questa dimensione si riferisce a quanto il soggetto è disposto ad osare, allontanandosi dal proprio baricentro corporeo, per consentire a se stesso di esplorare lo spazio che lo circonda e di superare i propri limiti.
- *Centralità*: rileva quanto il movimento sia viscerale, “sentito”. Un punteggio elevato in questa dimensione implica che il movimento parta dal centro corporeo, per poi estendersi verso le estremità. Un punteggio basso, invece, è indice di un movimento periferico, limitato agli arti.
- *Strutturazione*: rileva quei movimenti in cui si esprimono canovacci studiati e prestabiliti. Un punteggio basso in questa dimensione, al contrario, implica una maggiore spontaneità dei movimenti, che “diviene lettura ed espressione dell’inconscio”.
- *Ritmo*: rileva la sintonia esistente tra il movimento del singolo individuo con la musica, “con i tempi proposti dal conduttore per l’esercizio prescelto” o con il movimento degli altri componenti di un eventuale gruppo
- *Coordinazione*: rileva l’armonia di un movimento, sia esso un gesto espressivo o una azione motoria finalizzata.
- *Flusso*: rileva il “passaggio dell’energia motoria da un punto all’altro del corpo con/senza barriere/blocchi tonico-muscolari e relazionali”.
- *Rigidità*: evidenzia l’esistenza di un eventuale controllo tonico e muscolare del corpo, che potrebbe indicare la presenza di “contratture difensive”.
- *Intensità*: è la dimensione attraverso cui si rileva quanto pathos accompagna i movimenti e l’espressione del gesto. [13, 5]

Obiettivi dello studio

L’obiettivo di questo lavoro è indagare l’affidabilità e la validità della Scheda Diade rev. 3. A questo scopo è stato coinvolto un campione di 432 soggetti, di età compresa tra i 20 e i 65 anni. L’ampio range di età è dovuto al fatto che nello studio sono stati inclusi target diversi, quali studenti universitari (futuri educatori), dirigenti sanitari,

counselor ed insegnanti. I partecipanti alla ricerca sono stati reclutati attraverso un campionamento casuale, estratto dalla popolazione di soggetti che hanno preso parte a percorsi formativi di consapevolezza corporea, gestiti dalla Dott.ssa Diamare. Tutti questi soggetti hanno partecipato a corsi di formazione durante il quale è avvenuta la somministrazione della Scheda, all'inizio del corso ed in ex post, cioè a percorso concluso, in modo da rilevare nei partecipanti eventuali variazioni nell'espressione motoria dovuta anche all'apprendimento di nuovi canovacci motori.

L'elaborazione dei dati, raccolti in ex-ante, ha evidenziato, in alcune dimensioni riportate nella Diade rev.3, differenze connesse al sesso dei partecipanti e alla categoria di appartenenza, differenziazioni significative che non sono però oggetto del presente studio e che comunque tendono ad uniformarsi in ex post, in seguito cioè agli interventi formativi.

Il fine ultimo della Scheda Diade rev.3 è l'auto-percezione, ovvero il raggiungimento di una maggiore consapevolezza del proprio corpo e dei propri movimenti nell'interazione con l'altro, per accedere ad un ampliamento dei propri canovacci motori attraverso un apprendimento reciproco.

La valutazione prevede, infatti, anche l'osservazione del movimento dell'altro ed il confronto tra l'auto-percezione e la percezione del movimento osservato dall'altro. L'osservazione del movimento dell'altro pone le basi per un ulteriore approfondimento dello strumento, avendo un nesso con il fenomeno del rispecchiamento, che è alla base del concetto di simulazione incarnata di Rizzolatti [11]. È un'osservazione che favorisce, infatti, l'attivazione di canali empatici, i quali, a loro volta, possono rappresentare un input per la riproduzione dei movimenti eseguiti dall'altro.

Infine, la riproposizione di tutto il modulo motorio nella fase ex post dei corsi di formazione sulla relazione con l'altro, consente la sperimentazione di un minore imbarazzo nell'espressione di sé nel movimento, passando quindi da una motricità più strutturata, finalizzata ad un scopo, ad una più spontanea.

In definitiva, il movimento nella relazione può tendere verso un polo definito "spontaneità", o al contrario tendere alla direzione opposta, verso il "controllo".

Attraverso la spontaneità si esprime il Sè: una maggiore spontaneità caratterizza le persone vitali. Essa si esterna ed è rilevabile nei movimenti della persona stessa; il controllo, per contro, mira all'efficacia dell'azione, servendosi del controllo dell'Io. In questi termini, l'azione motoria rappresenta il mezzo attraverso il quale si raggiunge l'obiettivo prefissato. Un controllo alto (items n. 7) può influire negativamente sul pensiero creativo e sulle relazioni interpersonali, d'altra parte un giusto controllo non diminuisce la creatività espressa nel movimento del corpo [13, 5].

Risultati

L'analisi statistica dei dati raccolti ha prodotto interessanti risultati.

Innanzitutto, attraverso il Test Kaiser-Meyer è stata dimostrata l'adeguatezza del campionamento, creando i presupposti per un lavoro sui dati (vedi Tabella 1, in appendice).

L'analisi delle componenti principali (con rotazione Varimax e normalizzazione Kaiser) ha evidenziato l'esistenza di 2 fattori che raccolgono tutte e 8 le dimensioni della Scheda Diade rev.3, e che riportano valori significativi o alla soglia della significatività, così come è evidente nella matrice dei fattori ruotati riportata in appendice (Tabella 2 e 3, in appendice).

Il grafico 1 (Grafico 1, in appendice) mostra la distribuzione delle componenti individuate nello spazio ruotato, evidenziando che le 8 dimensioni della Scheda Diade rev.3 presentano un peso approssimativamente uguale sulle due componenti (Direzionalità e Condensazione). Da questa rappresentazione si evince che gli item che saturano sul fattore 1 e 2 si concentrano nei poli positivi di entrambi i fattori. L'esame fattoriale esplorativo della Scheda ha evidenziato come questa presenti una struttura bi-fattoriale, concludendo che la lettura del movimento include 2 componenti: direzionalità e condensazione.

Discussione dei risultati

Il fattore n.1 abbraccia le dimensioni ritmo, coordinazione, flusso e intensità ed è stato denominato *Direzionalità*, per indicare l'estensione del movimento verso un obiettivo (andare verso), che rappresenta la modalità di espressione di un'azione motoria finalizzata ad uno scopo.

Il fattore Direzionalità, dunque, in questa prima sperimentazione, sembra convogliare delle componenti che analizzano le modalità di espressione del movimento nello spazio teso ad un'azione motoria, anche se essa è solo espressiva.

La direzionalità, sembra coincidere con la descrizione fornita del "movimento intenzionale" da Boeri (2016) che si basa sulla dimensione "coordinazione", considerata il primo processo organizzativo dell'atto motorio. Un'ottica in cui la coordinazione è da intendersi come l'orchestrazione del movimento, il quale è posto in essere puntando ad un obiettivo e considerando l'appropriatezza del contesto. [14].

Il fattore n.2 racchiude le dimensioni chinesfera, centralità, strutturazione e rigidità, è denominato *Condensazione* e indica sia la possibilità di estensione globale del corpo, che il convogliare l'energia motoria ed espressiva verso il centro del corpo. La rigidità è qui intesa come livello di controllo tonico-muscolare globale del corpo, che impedisce un movimento libero e fluido.

La dimensione rigidità, come rappresentata anche graficamente nel piano delle componenti dello spazio ruotato (Grafico 1), caratterizza in parte anche il fattore direzionalità ed equivale al 'controllo motorio' descritto da Boeri, ovvero all'iniziare ed il terminare atti motori modulandone l'intensità.

Le dimensioni chinesfera e centralità, analizzano l'estensione e la forza del movimento globale verso il centro del corpo o, viceversa, verso la periferia, sono quindi dimensioni che consentono di misurare il grado di condensazione dell'energia motoria.

Il fattore Condensazione, rimanda all'immagine che Reich [15] ci ha fornito descrivendo il movimento delle amebe, che raggiungono la loro massima estensione nello

spazio o concentrano l'energia al centro, ritirandosi in se stesse per proteggersi da un ambiente ostile. Il comportamento delle amebe è, appunto, caratterizzato dal "ritiro in se stesso" o dall'"uscita verso il mondo esterno".

La valutazione del movimento attraverso la scheda Diade rev.3 si esprime, dunque, sui due fattori appena descritti che richiamano gli archetipi del 'maschile' e 'femminile' [16], ma non intesi come caratterizzazione del movimento legato alla differenza di genere.

Il prevalere dell'uno su l'altro consente l'estrinsecazione di un movimento più o meno legato ad una espressione modale dell'Anima/Animus, più o meno espressivo o più o meno spontaneo del Sé.

I risultati ottenuti sono riconducibili all'uso della Scheda nella modalità di auto-somministrazione e quindi all'auto-osservazione del proprio movimento, attivando un processo di percezione cinetica e cinestesica e di consapevolezza corporea, ma con minore giudizio grazie alla relazione di rispecchiamento con l'altro.

I dati relativi a tale modalità di somministrazione rilevano anche la capacità di un corpo di rispecchiarsi attraverso il movimento del corpo dell'altro nella reciprocità, in uno spazio condiviso.

Conclusioni

L'analisi fattoriale ha dimostrato la validità di costruito della Scheda Diade rev. 3. Questo risultato stabilisce le premesse per effettuare ulteriori studi in questa direzione, valorizzando e rimarcando l'importanza che la comunicazione non verbale e, in particolare, la lettura del movimento, riveste nella crescita della ricerca psicologica.

In particolare, la modalità dialogica di somministrazione della Scheda Diade rev. 3, se utilizzata in ex ante ed ex-post come strumento di monitoraggio e valutazione di anche brevi esperienze psico-motorie, può consentire l'accesso ad una misura dell'apprendimento cinetico ed espressivo nella relazione.

Appendici

APPENDICE A

Scheda DIADE <i>rev. 3</i>				
Estensione del movimento nello spazio / chinesfera				
1 Vicino	2	3	4	5 Lontano
Centralità del movimento				
1 Periferico	2	3	4	5 Centrale
Strutturazione del movimento				
1 Strutturato	2	3	4	5 Spontaneo
Ritmo del movimento				
1 Disarmonico	2	3	4	5 Armonico
Coordinazione				
1 Scoord.	2	3	4	5 Coord.
Flusso del movimento				
1 Arresto	2	3 Interrotto	4	5 Continuo
Rigidità nel Controllo motorio				
1 Alta	2	3	4	5 Bassa
Intensità del movimento				
1 Debole	2	3	4	5 Forte

Tab. 1. Dimostrata l'adeguatezza del campionamento

Test di KMO e Bartlett		
Misura di Kaiser-Meyer-Olkin di adeguatezza del campionamento.		.809
Test della sfericità di Bartlett	Chi-quadrato	568.178
	P	.000

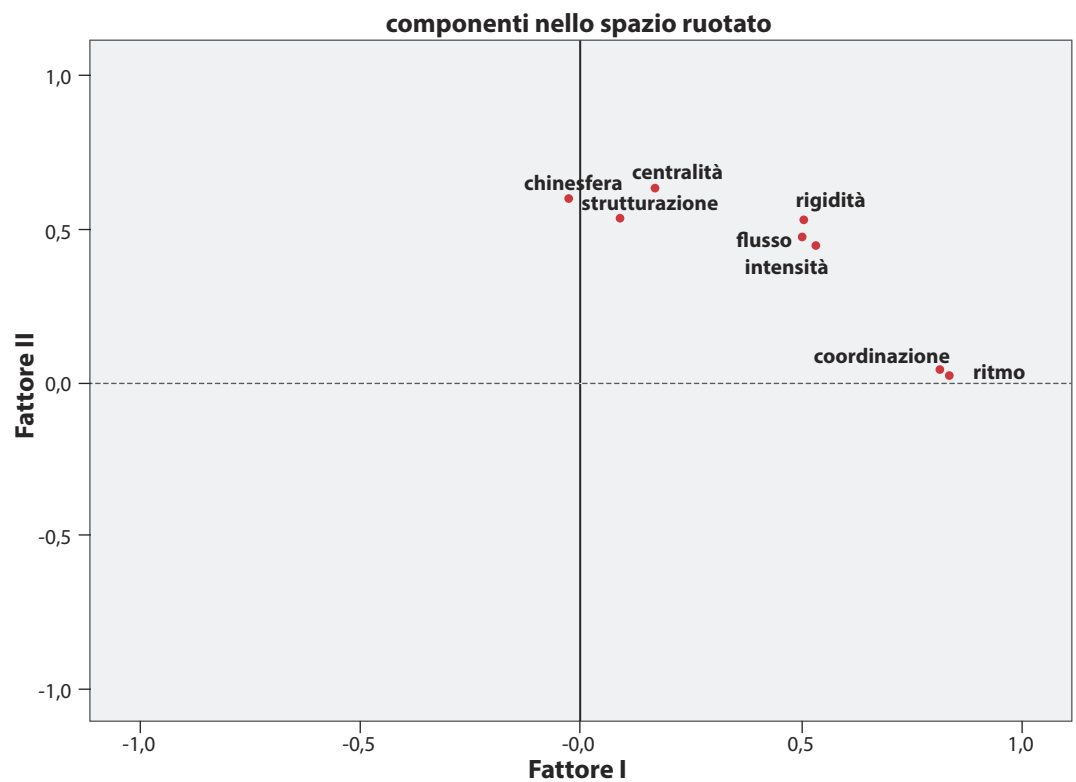
Tab. 2. Analisi dei componenti principali. Con rotazione Varimax e normalizzazione Kaiser

Matrice dei fattori ruotati		
	Fattore 1	Fattore 2
Chinesfera		.606
Centralità		.633
Strutturazione		.543
Ritmo	.830	
Coordinazione	.813	
Flusso	.526	
Rigidità		.531
Intensità	.497	

Tab. 3. Varianza spiegata

Fattore	Varianza spiegata	
	% di varianza	% cumulativa
1	27,047	27,047
2	22,231	49,278

Grafico 1. Rappresentazione grafica del piano fattoriale che mostra la distribuzione delle componenti individuate nello spazio ruotato



BIBLIOGRAFIA

1. Wilhelm, R. (1973). *Analisi del carattere*. SugarCo, Milano.
- [2. Ferri, G. (2018). Analisi del carattere e vegetoterapia caratteroanalitica: primi passi all'interno dell'analisi reichiana. *S.I.A.R PsicoterapiaAnaliticaReichiana, rivista semestrale della Società italiana di Analisi Reichiana*.
3. Barbato, L. (2018). La relazione Embodied nella psicologia corporea. *S.I.A.R PsicoterapiaAnaliticaReichiana, rivista semestrale della Società italiana di Analisi Reichiana*. Disponibile in: <https://www.analisi-reichiana.it/la-relazione-embodied-nella-psicologia-corporea-l-barbato/>
4. Martini, S. (2016). Quando l'analisi prende corpo. Il controtransfert somatico e il processo terapeutico. *Journal of Analytical Psychology*, 61, 1: 5-23. Disponibile in: <https://www.jungitalia.it/2017/09/30/analisi-prende-corpo-contratransfert-somatico-salvatore-martini/>
5. D'Ambrosio, M., Diamare, S., Furia, R., Nappi, B., Ruocco, C., & Salerno, M. (2019). La Metodologia Embodied per le disabilità sensoriali. *RESEARCH TRENDS IN HUMANITIES Education & Philosophy*, 6, 1-19.
6. Missoni, E., Pacileo, G., Missoni, E., Fabbri, A., Di Girolamo, C., Dentico, N., ... & Calì, M. L. (2014). Ottobre-dicembre 2014. *Sistema*, 58 (4).
7. Reich, W. (1994). *L'assassinio di Cristo*. SugarCo, Milano.
8. Ruggieri, V. (1997). *L'esperienza estetica. Fondamenti psicofisiologici per un'educazione estetica*. Armando Editore.
9. Ruggieri, V. (2001). *L'identità in psicologia e teatro: Analisi psicofisiologica della struttura dell'Io*. Edizioni Scientifiche Magi.
10. Laban, R. (1999). *L'arte del movimento*, trad. it. Macerata, Edizioni Ephemera (ed. orig. col titolo *The Mastery of Movement on the Stage*).
11. Gallese, V., Migone, P., & Eagle, M. N. (2006). La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi. *Psicoterapia e scienze umane*.
12. Sperandeo, R., Maldonato, M., Moretto, E., & Dell'Orco, S. (2019). Executive Functions and Personality from a Systemic-Ecological Perspective. In *Cognitive Infocommunications, Theory and Applications* (pp. 79-90). Springer, Cham.
13. Diamare, S., D'Ambrosio, M., Guida, E., Ruocco C., Salerno, M., & Pocetta, G. (2018). I Salotti del Benessere. Embodied education per la relazione d'aiuto. *Sistema Salute. La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute*, Vol. 62 (3).
14. Boeri, L. (2015/2016). *Dispense lezioni Scienze Riabilitative dello Sviluppo IV*.
15. Blanca, J.G. (2018). Wilhelm Reich. *Il genio dell'energia organica e della liberazione sessuale*. Macro Edizioni.
16. Jung, C.C. (1967). *L'Io e l'inconscio*. Boringhieri.

RICERCA ORIGINALE

Un campione di pazienti Borderline: la relazione tra fenomeni dissociativi e Disturbo Borderline di Personalità

Daniela Cantone¹, Filomena De Falco², Tilde Annunziato², Alfonso Davide Di Sarno², Carmen Giannetti², Daniela Iennaco², Martina Messina², Vincenzo Perrella², Barbara Vitulano²

¹ Università degli Studi della Campania - Luigi Vanvitelli

² Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata (SiPGI)



Citation

Cantone D., De Falco F., Annunziato T., Di Sarno A. D., Giannetti C., Iennaco D., Messina M., Perrella V., Vitulano B. (2020). Un campione di pazienti Borderline: la relazione tra fenomeni dissociativi e Disturbo Borderline di Personalità
Phenomena Journal, 2, 26-39.
<https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.69>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Daniela Cantone
daniela.cantone@unicampania.it

Ricevuto: 21 ottobre 2019

Accettato: 04 maggio 2020

Pubblicato: 06 maggio 2020

ABSTRACT

Aims. This study aims to investigate the relationship between dissociative phenomena and the Borderline Personality Disorder, in order to identify which one of dissociative symptoms factor has a stronger tie with Borderline Personality Disorder. Moreover, this study aims to find out if the presence of dissociative symptoms is linked to the number of Borderline Personality Disorder traits (symptoms), or the Borderline Personality Disorder diagnosis itself. **Methods.** A representative sample (n = 1033) was selected from patients visiting a private mental health clinical center in Naples. Inclusion criteria provided both Borderline Personality Disorder and non-Borderline Personality Disorder patients. The Dissociative Experiences Scale and the Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV Axis II Disorders were used in order to collect data. Statistical Analysis involved the Student's T-test, logistic regression and one-way Analysis of Variance. Continuous variables were standardized before the regression test. In addition, collected data were analyzed by the software Statistical Package of Social Science. **Results.** The mean of DES-Total scores in Borderline Personality Disorder patients ($\mu = 17,38$) was significantly higher ($t = -3,11$) than in non-Borderline Personality Disorder patients ($\mu = 10,72$). Logistic regression showed a strong link between dissociative phenomena and Borderline Personality Disorder respect to DES Factor III (depersonalization/derealization). Furthermore, it shows how increasing one standard point in DES Factor III increases by 50% the chance to detect a Borderline Personality Disorder. Lastly, the Analysis of Variance highlighted that more the number of Borderline Personality Disorder traits increase, the higher average are shown on DES-Total scores. **Discussion and conclusions.** The study has shown that Dissociative phenomena are more frequent in Borderline Personality Disorder patients rather than non-Borderline Personality Disorder patients. Moreover, it shows that the link between dissociative phenomena and Borderline Personality Disorder is stronger in relation to symptom factor depersonalization/derealization. Finally, results show that DES-Total mean scores increase as Borderline Personality Disorder traits number increases, with higher scores when four specific traits are detected. This evidence confirms that the relationship between dissociative phenomena and Borderline Personality Disorder depends on the number of Borderline Personality Disorder traits detected, but not necessarily on the Borderline Personality Disorder diagnosis.

KEYWORDS

Dissociation, Borderline Personality Disorder, BPD.

ABSTRACT IN ITALIANO

Obiettivi. Scopi di tale studio sono: indagare il rapporto tra fenomeni dissociativi e Disturbo Borderline di Personalità, indagare rispetto a quale fattore sintomatologico dissociativo sia più forte il legame con il Disturbo Borderline di Personalità e, infine, indagare se la presenza di fenomeni dissociativi sia legata al numero di tratti (sintomi) di Disturbo Borderline di Personalità o alla diagnosi dello stesso. **Metodi.** Al campione (n = 1033), estratto dalla popolazione di pazienti di un ambulatorio di salute mentale privato della provincia di Napoli, sono stati somministrati gli strumenti Scala di Valutazione delle Esperienze Dissociative e Intervista Clinica Strutturata per i Disturbi di Personalità dell'Asse II del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali IV edizione. Le valutazioni inferenziali sono state effettuate applicando il test T di Student, la Regressione Logistica e l'Analisi della Varianza ad una via. Le variabili continue sono state standardizzate prima di effettuare il test di regressione. I dati raccolti sono stati trattati statisticamente attraverso l'ausilio del Pacchetto Statistico per le Scienze Sociali. **Risultati.** Il punteggio medio alla DES Totale è significativamente più alto ($t = -3,11$) nei soggetti con Disturbo Borderline di Personalità ($\mu = 17,38$) rispetto a quello dei soggetti senza Disturbo Borderline di Personalità ($\mu = 10,72$). Dalla Regressione Logistica emerge che il legame tra fenomeni dissociativi e Disturbo Borderline di Personalità è forte in relazione al Fattore III della DES (depersonalizzazione/derealizzazione) e che all'aumentare di un punto standard del Fattore III della DES aumenta del 50% la probabilità di riscontrare un Disturbo Borderline di Personalità. L'Analisi della Varianza evidenzia che all'aumentare del numero di tratti di Disturbo Borderline di Personalità si manifestano punteggi medi più alti alla DES Totale. **Discussione e conclusioni.** Si evidenzia che i fenomeni dissociativi sono più frequenti nei pazienti con Disturbo Borderline di Personalità rispetto ai pazienti senza Disturbo Borderline di Personalità. Si evidenzia, inoltre, che il legame tra fenomeni dissociativi e Disturbo Borderline di Personalità è più forte per quanto riguarda il Fattore sintomatologico di depersonalizzazione/derealizzazione. Si rileva, infine, che i punteggi medi alla DES Totale aumentano all'aumentare del numero di tratti di Disturbo Borderline di Personalità ma che, in particolare, tali punteggi sono più alti alla presenza di 4 tratti. Questa evidenza ci consente di concludere che il legame tra fenomeni dissociativi e Disturbo Borderline di Personalità si collega al numero di tratti di Disturbo Borderline di Personalità e non necessariamente alla diagnosi dello stesso.

PAROLE CHIAVE

Dissociazione, Disturbo Borderline di Personalità, DBP.



1. Introduzione

Il modello dimensionale colloca i fenomeni dissociativi lungo un continuum normalità-patologia: le manifestazioni dissociative sono presenti nella popolazione normale (non clinica) e assumono carattere psicopatologico quando, nel soggetto, superano un determinato livello-soglia riguardo alla durata, all'intensità o alla frequenza; ed è proprio l'entità della dissociazione a determinare la compromissione della vita quotidiana del soggetto a livello sociale e/o lavorativo. Il modello dimensionale si fonda, quindi, sull'evidenza dell'ampia diffusione delle esperienze dissociative nelle popolazioni non cliniche. In questi soggetti si possono riscontrare frequenti fenomeni dissociativi non patologici che possono essere conseguenti per es. a situazioni di stress intenso (come l'assorbimento immaginativo, episodi di fascinazione, forme lievi di depersonalizzazione/derealizzazione) fino all'intensificarsi nelle forme dissociative più gravi (depersonalizzazione, derealizzazione, amnesia dissociativa) fino ad arrivare ai disturbi dissociativi più gravi, come il Disturbo Dissociativo dell'Identità (DID) [1].

Secondo l'attuale sistema di classificazione DSM 5 [2], "i disturbi dissociativi sono caratterizzati dalla sconnessione e/o dalla discontinuità della normale integrazione di coscienza, memoria, identità, emotività, percezione, rappresentazione corporea, controllo motorio e comportamento" [2, p.337]; i sintomi dissociativi, quindi, possono colpire ogni area, dal livello senso-motorio a quello delle funzioni e dei sistemi psichici.

I dati relativi alla diffusione della dissociazione patologica risultano discordanti e indicano, nella popolazione generale, una frequenza che varia dallo 0,3% al 10% con percentuali più basse (0,3%) nelle popolazioni europee rispetto alle popolazioni statunitensi [3]. Il fattore età incide sulla manifestazione dei fenomeni dissociativi: in soggetti più giovani, i sintomi dissociativi si manifestano in forme più gravi e con maggiore frequenza [4]. Nella popolazione clinica, i sintomi dissociativi si manifestano con una frequenza che varia tra il 5,4% e il 12,7% [4, 5]. Tale ampia variabilità potrebbe derivare dalle diverse metodologie e/o strumenti di valutazione usati per rilevare i fenomeni dissociativi oppure potrebbe essere legata alle differenti concezioni dei fenomeni dissociativi intorno ai quali ruotano teorie diverse di definizione e spiegazione. Non esistono dubbi, infatti, riguardo alla presenza dei fenomeni dissociativi [6], ma esistono discordanze in merito alla loro concettualizzazione [1].

Il modello dimensionale ha ispirato la costruzione di uno degli strumenti oggi maggiormente usati per la misurazione della dissociazione, la DES (Dissociative Experiences Scale) di Bernstein e Putnam [7].

Secondo gli autori, il punteggio ottenuto dalla DES consente di collocare i soggetti lungo un continuum che va da bassi livelli di dissociazione (nella popolazione non clinica) ad alti livelli di dissociazione (nei pazienti con disturbi dissociativi).

Come evidenziato in letteratura, il Disturbo Borderline di Personalità (DBP) ha un nucleo dissociativo e i fenomeni dissociativi sono presenti in circa i due terzi dei pazienti con DBP [8, 9].

Definiamo Disturbo Borderline di Personalità (DBP), “*un pattern pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell’immagine di sé e dell’umore e una marcata impulsività, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti*” [2, p. 768] come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

1. “*Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono*”;
2. “*Un pattern di relazioni interpersonali instabili o intense, caratterizzato dall’alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione*”;
3. “*Alterazione dell’identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile*”;
4. “*Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (per es. spese sconsiderate, sesso, abuso di sostanze, guida pericolosa, abbuffate)*”;
5. “*Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento auto-mutilante*”;
6. “*Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell’umore (per es. episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore e soltanto raramente più di pochi giorni)*”;
7. “*Sentimenti cronici di vuoto*”;
8. “*Rabbia inappropriata, intensa, o difficoltà a controllare la rabbia (per es. frequenti eccessi di ira, rabbia costante, ricorrenti scontri fisici)*”;
9. “*Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi*” [2, p.768].

Il termine *organizzazione borderline di personalità* fu introdotto da Kernberg [10], il quale si riferiva a schemi di funzionamento e comportamento caratterizzati da instabilità e che riflettevano una disturbata organizzazione del Sé. Sintomi e comportamenti caratteristici del DBP sono: un’immagine instabile di Sé, rapidi cambiamenti dell’umore, paura dell’abbandono, tentativi di suicidio e autolesionismo. Sono spesso presenti sintomi psicotici come deliri e allucinazioni. Egli osservò inoltre le reazioni dissociative, in particolare fughe dissociative, stati crepuscolari isterici e amnesie accompagnate da disturbi della coscienza [10]. Kernberg riscontrò anche che la diffusione e la scissione dell’identità risultavano tra le principali caratteristiche intrapsichiche dell’organizzazione della personalità borderline [11].

Caratteristiche principali di tale alterazione psicopatologica sono: il senso di vuoto, la paura dell’abbandono ed un’erronea e distorta concezione del Sé. Questa triade prende il nome di “*triade del Sé*” e viene spesso confusa con la depressione [12] poiché è accompagnata da un’emozione dolorosa che ai pazienti risulta difficile descrivere con precisione. Ciò che ne deriva è un’esperienza di “*dolorosa incoerenza*” [13], ovvero di dissociazione.

I pazienti con DBP riportano numerosi sintomi dissociativi, sia psicofornici sia somatofornici [14, 15, 16, 17, 18].

Nella maggior parte dei casi il DBP è associato ad esperienze traumatiche, sintomi dissociativi ed altri disturbi connessi ai traumi [19, 20, 21, 22]. Lo sviluppo della dissociazione patologica è stato ampiamente collegato al trauma, in modo specifico

e più grave all'abuso sessuale nell'infanzia [23, 24, 25], abuso fisico, abusi in età precoce [26, 27, 28, 29]. Nel Disturbo Borderline di Personalità si rilevano più alti tassi di forme multiple di abuso infantile rispetto agli altri disturbi di personalità e ai gruppi di controllo psichiatrici [30, 31, 32, 33]. L'abuso avvia il rilascio di ormoni dello stress, aggravando le manifestazioni dissociative e la relativa elaborazione delle informazioni, probabilmente generando anche un'ulteriore disfunzione a livello della corteccia prefrontale e limbica [9].

In letteratura scientifica, è possibile rilevare che la comorbidità tra un grave disturbo dissociativo (DD) e il DBP aumenta il livello di gravità della patologia e complica esponenzialmente la possibilità di trattamento [34]. I pazienti con DBP che manifestano grave sintomatologia dissociativa sono a più alto rischio di compiere atti autolesivi, tentativi di suicidio e sono a più alto rischio di ospedalizzazione. Essi richiedono trattamenti complessi, sia per il DBP che per la dissociazione. L'identificazione precoce della dissociazione può essere fondamentale per preservare anni di trattamento e per il successo dello stesso [9].

Il Disturbo Dissociativo dell'Identità (DID) può essere diagnosticato fino al 27% della popolazione con DBP [35, 36, 37, 38]. Il DBP, invece, viene diagnosticato fino al 70% della popolazione con DID [34, 39, 40, 41, 42].

Nel presente lavoro di ricerca evidenzieremo come i fenomeni dissociativi sono più frequenti in soggetti con Disturbo Borderline di Personalità rispetto a soggetti con altre patologie ed evidenzieremo, in particolare, come il legame tra fenomeni dissociativi e Disturbo Borderline di Personalità è più forte per quanto riguarda la sintomatologia di depersonalizzazione/derealizzazione. Infine evidenzieremo come la presenza di fenomeni dissociativi è legata alla presenza di tratti (sintomi) di Disturbo Borderline di Personalità piuttosto che all'aver una diagnosi dello stesso.

2. Obiettivi

Nel presente lavoro di ricerca si perseguono i seguenti obiettivi:

- Indagare il rapporto tra fenomeni dissociativi e Disturbo Borderline di Personalità;
- Indagare rispetto a quale fattore sintomatologico dissociativo sia più forte il legame con il Disturbo Borderline di Personalità;
- Indagare se la presenza di fenomeni dissociativi sia legata al numero di tratti (sintomi) di Disturbo Borderline di Personalità o alla diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità.

3. Materiali e Metodi

Le valutazioni psicodiagnostiche dei soggetti sono state effettuate da valutatori esperti utilizzando i seguenti strumenti:

1. *Dissociative Experiences Scale* [7] è uno strumento self-report facile e veloce da compilare ed elaborare, che valuta la presenza, la quantità e la tipologia di espe-

rienze dissociative senza entrare nel merito della diagnosi. È composto da 28 item disposti su una scala analogica i cui punteggi variano da 0 % a 100 %, per ciascun item e per il punteggio totale ottenuto dalla media dei punteggi. Secondo il modello fattoriale [43] la DES è composta dalle seguenti sottoscale:

- Amnesia dissociativa: riguarda azioni di cui il soggetto non ha ricordo (item 3,4,5,8,11);

- Assorbimento immaginativo: riguarda l'essere talmente immerso in una certa attività da diventare inconsapevole della realtà circostante (item 2,14,15,17, 18, 20, 24);

- Depersonalizzazione-derealizzazione: riguarda la percezione alterata del Sé e dell'ambiente, come sentirsi disconnessi dal proprio corpo, dai propri pensieri, dai propri sentimenti (item 7,12,13, 21, 22, 23, 27, 28) [1, 6].

I punteggi alla DES totale superiori a 20 sono indicativi di una condizione psicopatologica, ma non hanno da soli valore diagnostico. Per poter formulare la diagnosi occorre utilizzare un'intervista clinica strutturata o semi-strutturata come la Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders [44], o la Dissociative Disorders Interview Schedule [45].

2. *Structured Clinical Interview for DSM IV Axis II Disorders* (SCID-II) è l'intervista clinica strutturata per i Disturbi di Personalità dell'Asse II del DSM-IV [46] usata per la valutazione diagnostica dei dieci disturbi di personalità dell'Asse II del DSM-IV (APA,1994) e dei disturbi di personalità di tipo depressivo e di tipo passivo-aggressivo (inclusi nell'Appendice B del DSM-IV, - Criteri e Assi previsti per ulteriori studi). La SCID- II consente di formulare una valutazione dei disturbi dell'Asse II sia da un punto di vista categoriale (criterio presenza/assenza) sia da un punto di vista dimensionale. Essa comprende 119 item caratterizzati da modalità di risposta dicotomica, sì/no. Ogni disturbo di personalità è individuato da un determinato numero di item che corrispondono ai criteri diagnostici del DSM-IV per quella specifica categoria diagnostica. Un punteggio "3" su un item della SCID-II, attribuito dal clinico durante l'inchiesta, indica sufficiente evidenza che la caratteristica descritta nell'item sia:

- Patologica: indica che la caratteristica è al di fuori del range di variazione normale;

- Persistente: si riferisce alla frequenza e alla durata (un punteggio "3" indica che la caratteristica è stata presente spesso durante gli ultimi 5 anni);

- Pervasiva: indica la presenza della caratteristica in vari contesti, per es. a casa e a lavoro o, nel caso di item che riguardano i rapporti interpersonali, si manifesta in relazioni diverse [47].

4. Campione

La ricerca è stata condotta presso un ambulatorio di salute mentale privato della Provincia di Napoli. Il campione, composto da 1033 soggetti (M=460; F=573), è stato reclutato inserendo sequenzialmente in database tutti i soggetti che sono acceduti

consecutivamente al servizio. I soggetti sono stati informati degli scopi della ricerca ed è stato ottenuto dagli stessi il consenso informato. Sono stati esclusi dal campione i soggetti con traumi cranici in anamnesi, deficit cognitivi, condizioni psicotiche e affettive acute.

5. Analisi dei dati

I dati raccolti con la DES e la SCID II sono stati trattati statisticamente con l'ausilio del pacchetto SPSS (Statistical Package for Social Science). Il campione è stato descritto relativamente alle caratteristiche socio demografiche e psicopatologiche con l'analisi delle frequenze per quanto riguarda le variabili categoriali e con la valutazione delle medie e delle deviazioni standard per le variabili continue.

Le valutazioni inferenziali sono state effettuate applicando il test T di Student, l'Anova ad una via e la Regressione Logistica. Le variabili continue sono state standardizzate prima di effettuare il test di regressione.

6. Risultati

Nella Tabella 1 (vedi Appendice A) vengono riportate le caratteristiche socio-demografiche del campione. L'età media dei soggetti è di 34,76 anni con una DS di 11,6. Dei 1033 soggetti 460 sono maschi e 573 femmine. Un soggetto è senza titolo di studio, 27 soggetti hanno un'istruzione elementare, 197 la licenza media, 557 il diploma di scuola superiore e 212 la laurea. Per quanto riguarda lo stato civile, 546 soggetti sono nubili/celibi, 378 sono coniugati/e, 48 sono separati/e e 13 sono vedovi/e. Per quanto riguarda l'attività lavorativa, 298 soggetti sono disoccupati/e, 684 sono occupati/e, 16 sono in pensione.

Nella Tabella 2 (vedi Appendice A) vengono riportate le caratteristiche psicopatologiche del campione. 170 soggetti hanno diagnosi di DBP (16,5%). Tutti i soggetti presentano un punteggio medio alla DES totale di 11,83 in particolare un punteggio medio di 22,9 al Fattore I della DES (stato dissociato), un punteggio medio di 115,79 al Fattore II (assorbimento immaginativo) e un punteggio medio di 80,96 al Fattore III (depersonalizzazione/derealizzazione).

Nella Tabella 3 (vedi Appendice A) vengono descritte le caratteristiche cliniche del campione rispetto alle diagnosi di disturbo di personalità. Il campione sperimentale è risultato essere composto dal 6,4% di soggetti con disturbo evitante di personalità (N= 63); dal 5,1% di soggetti con disturbo dipendente di personalità 5,1% (N= 50); dal 4,5% di soggetti con disturbo paranoide di personalità (N=44); dal 4,6% di soggetti con disturbo ossessivo compulsivo di personalità (N=45); dallo 0,3% di soggetti con disturbo schizotipico (N=3); dal 2,7 % di soggetti con disturbo schizoide di personalità (N=26); dall'1,5 % di soggetti con disturbo istrionico di personalità (N=15); dal 12,1% di soggetti con disturbo narcisistico di personalità (N=118); dal 17,4% di soggetti con disturbo borderline di personalità (N=170); dal 3,5% di soggetti con disturbo antisociale di personalità (N=34).

Nella Tabella 4 (vedi Appendice A) vengono descritte le caratteristiche cliniche del

campione in relazione alle diagnosi cliniche.

Il campione è risultato essere composto da 316 soggetti con disturbo di panico (30,6%); da 101 soggetti con agorafobia (9,8%); da 387 soggetti con disturbo d'ansia generalizzata (37,5%); da 32 soggetti con disturbo d'ansia sociale (3,1%); da 45 soggetti con dipendenza da sostanze (4,4%); da 29 soggetti con disturbo da abuso di alcol (2,8%); da 45 soggetti con dipendenza da sostanze (4,4%); da 29 soggetti con disturbo da abuso di alcol (2,8%); da 110 soggetti con disturbo ossessivo compulsivo (10,6%); da 461 soggetti con disturbo depressivo maggiore (44,6%); da 1 soggetto con disturbo bipolare (0,1%); da 51 soggetti con disturbi psicotici (4,9%); da 5 soggetti con anoressia (0,5%); da 18 soggetti con bulimia (1,7%); da 105 soggetti con tendenze suicide (10,2%).

Nella Tabella 5 (vedi Appendice A) vengono descritti i punteggi medi alla DES di soggetti senza e con DBP.

In particolare si evince che il punteggio medio alla DES totale è più alto nei soggetti con DBP (17,38) rispetto a quello dei soggetti senza DBP (10,72).

I punteggi medi legati ai Fattori I (stato dissociato), II (assorbimento immaginativo) e III (depersonalizzazione/derealizzazione) della DES sono più alti nei soggetti con DBP rispetto a quelli dei soggetti senza DBP. In particolare, nei soggetti con DBP, per il Fattore I il punteggio medio è di 41,10, per il Fattore II è di 179,32 e per il Fattore III è di 146,00.

La significatività statistica è stata rilevata attraverso il test T di Student.

Nella Tabella 6 (vedi Appendice A) viene descritta la regressione logistica che pone la diagnosi di DBP come variabile dipendente e i fattori della DES come variabili esplicative. Emerge che il legame è forte in relazione al Fattore III della DES (depersonalizzazione/derealizzazione). È possibile evidenziare che all'aumentare di un punto standard del Fattore III della DES aumenta del 50% la probabilità di riscontrare un DBP.

Nella Tabella 7 (vedi Appendice A) vengono descritte le medie dei punteggi alla DES totale in relazione al numero di sintomi del DBP.

Effettuando l'analisi della varianza (test F di Fischer) emerge che all'aumentare del numero di tratti (sintomi) di DBP si manifestano punteggi medi più alti alla DES totale.

Come evidenziato graficamente (vedi Appendice A) il punteggio medio alla DES totale è molto alto in presenza di 4 tratti (sintomi) di Disturbo Borderline di Personalità e questo consente di concludere che la presenza di fenomeni dissociativi non è legata necessariamente all'avere una diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità ma al numero di tratti (sintomi) di Disturbo Borderline di Personalità presenti nel soggetto.

7. Discussione e conclusioni

Il presente lavoro di ricerca, in linea con la letteratura scientifica, evidenzia come i punteggi medi alla DES totale sono più alti in soggetti con Disturbo Borderline di Personalità rispetto a quelli senza Disturbo Borderline di Personalità [9, 48].

Numerose ricerche, infatti, hanno dimostrato che i livelli di dissociazione sono significativamente più alti in pazienti con DBP rispetto ai gruppi di controllo, a soggetti con altri disturbi di personalità, e in generale alla popolazione psichiatrica [21, 30, 45, 50] e che i sintomi dissociativi non sono né rari né transitori nel DBP [35, 38, 51]. Altra caratteristica psicopatologica della dissociazione sono le alterazioni dell'identità, collegate spesso ai fenomeni di depersonalizzazione e derealizzazione. Questa esperienza è rappresentata dall'item 11 della DES 11, "alcune persone hanno l'esperienza di guardarsi allo specchio e non riconoscersi". Molti pazienti con DBP hanno la sensazione di essere "nessuno in nessun luogo" e provano un senso di totale estraniamento dal proprio corpo e dal mondo circostante.

Confrontando Disturbo Borderline di Personalità e fenomeni dissociativi, emerge che il legame tra questi è più forte rispetto al Fattore III della DES (depersonalizzazione/derealizzazione), in particolare all'aumentare di un punto standard del Fattore III aumenta del 50% la probabilità di riscontrare un Disturbo Borderline di Personalità. I pazienti con DBP mostrano sintomi di derealizzazione, depersonalizzazione e disturbi della memoria [52].

Sulla base di quanto finora approfondito, l'alta percentuale di sintomatologia dissociativa, in particolare per i fenomeni più gravi di depersonalizzazione/derealizzazione, riscontrati nei pazienti con DBP può derivare:

- Da una condizione di vulnerabilità che predispone il paziente a manifestazioni dissociative [53, 54].
- Dall'eziologia traumatica del DBP [19, 22, 31, 55].

Infine è emerso che la presenza di fenomeni dissociativi non è legata necessariamente alla diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità ma al numero di tratti (sintomi) di Disturbo Borderline di Personalità presenti nel soggetto. All'aumentare del numero di tratti (sintomi) di DBP aumentano i punteggi medi alla DES Totale (DES TOT) ma, in particolare, il punteggio medio alla DES Totale è più alto alla presenza di quattro tratti (sintomi) di Disturbo Borderline di Personalità. Questo risultato ci consente di rilevare che, pur non configurandosi necessariamente diagnosi di DBP, il legame con i fenomeni dissociativi è molto forte già in presenza di 4 tratti (sintomi) dello stesso.

Il confronto con la letteratura attuale sull'argomento non trova riscontro con quest'ultimo risultato emerso.

Si possono ipotizzare diversi motivi alla base di questa evidenza:

- Una maggiore gravità dei fenomeni dissociativi produce manifestazioni psicopatologiche di personalità più numerose;
- I fenomeni dissociativi producono specifici sintomi del DBP
- Il DBP, come descritto dal DSM, non è un'entità nosografica omogenea ma presenta diversi processi patologici nucleari alcuni dei quali sono determinati in parte dai fenomeni dissociativi.

Questo è un disegno di ricerca trasversale che non ci consente, quindi, di trarre conclusioni definitive riguardo al rapporto di causa-effetto tra fenomeni dissociativi e Disturbo Borderline di Personalità. Il campione considerato nello studio è composto

da un gruppo di soggetti di livello socio demografico non rappresentativo della popolazione generale (ceto medio-alto).

8. Prospettive future

È raccomandabile che tutti i pazienti con DBP vengano valutati con la DES. Riguardo ai possibili sviluppi futuri proponiamo di approfondire i risultati rilevati dalla presente ricerca, ampliando la numerosità del campione. Si può pensare di ampliare l'indagine indagando quali tratti (sintomi) del DBP si colleghino in modo specifico alla sintomatologia dissociativa. Questo studio, inoltre, si è focalizzato sul legame tra fenomeni dissociativi e Disturbo Borderline di Personalità. Potrebbe essere interessante estendere l'indagine ad altri disturbi di personalità, indagando la relazione esistente tra fenomeni dissociativi e altri tratti (sintomi) di personalità migliorando la valutazione diagnostica e al fine di progettare specifici e adeguati trattamenti psicoterapeutici.

BIBLIOGRAFIA

1. Cantone D., Sperandeo R., Maldonato M N., Cozzolino P. Perris F. (2012). Dissociative phenomena in a sample of outpatients. *Rivista di Psichiatria*, 47 (3), 246-253. doi: 10.1708/1128.12448.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub. (p.337; p.768)
3. Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2006). Recent developments in the theory of dissociation. *World Psychiatry*, 5(2), 82.
4. Spitzer, C., Barnow, S., Grabe, H. J., Klauer, T., Schneider, W., Freyberger, H. J., & Stieglitz, R. D. (2006). Frequency, clinical and demographic correlates of pathological dissociation in Europe. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(1), 51- 62. doi:10.1300/J229v07n01_05.
5. Modestin, J., & Erni, T. (2004). Testing the dissociative taxon. *Psychiatry Research*, 126 (1), 77-82. doi:10.1016/j.psychres.2001.12.001.
6. Maldonato, N. M., Sperandeo, R., Moretto, E., & Dell'Orco, S. (2018). A non-linear predictive model of borderline personality disorder based on multilayer perceptron. *Frontiers in psychology*, 9, 447. doi:10.3389/fpsyg.2018.00447.
7. Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of nervous and mental disease*, 174(12), 727-735. doi: 10.1097/00005053-198612000-00004.
8. Korzekwa, M. I., Dell, P. F., Links, P. S., Thabane, L., & Fougere, P. (2009). Dissociation in borderline personality disorder: a detailed look. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10(3), 346-367. doi:10.1080/15299730902956838.
9. Korzekwa, M. I., Dell, P. F., & Pain, C. (2009). Dissociation and borderline personality disorder: an update for clinicians. *Current Psychiatry Reports*, 11(1), 82-88.
10. Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685. doi:10.1177/000306516701500309.
11. Mearns, R. (2012). *A Dissociation Model of Borderline Personality Disorder*. WW Norton & Company.

12. Silk, K. R. (2011). Overview of the Pharmacotherapy of Borderline Personality Disorder: Should We Rethink the APA Algorithm?. In *JOURNAL OF PERSONALITY DISORDERS* (Vol. 25, pp. 6-6). 370 SEVENTH AVE, SUITE 1200, NEW YORK, NY 10001-1020 USA: GUILFORD PUBLICATIONS INC.
13. Wilkinson-Ryan, T., & Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 528-541.
14. Anderson, G., Yassenik, L., & Ross, C. A. (1993). Dissociative experiences and disorders among women who identify themselves as sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 17(5), 677-686. doi:10.1016/0145-2134(93)90088-M.
15. Chu, J. A., & Dill, D. L. (1990). Dissociation, borderline personality disorder, and childhood trauma. *American Journal of Psychiatry*, 148(6), 812. doi:10.1176/ajp.148.6.812-a.
16. Gershuny, B. S., & Thayer, J. F. (1999). Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: A review and integration. *Clinical psychology review*, 19(5), 631-657. doi:10.1016/S0272-7358(98)00103-2.
17. Stiglmayr, C. E., Shapiro, D. A., Stieglitz, R. D., Limberger, M. F., & Bohus, M. (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder - a controlled study. *Journal of psychiatric research*, 35(2), 111- 118. doi:0.1016/S0022-3956(01)00012-7.
18. Wildgoose, A., Waller, G., Clarke, S., & Reid, A. (2000). Psychiatric symptomatology in borderline and other personality disorders: dissociation and fragmentation as mediators. *The Journal of nervous and mental disease*, 188(11), 757-763.
19. Herman, J. L., & van der Kolk, B. A. (1987). Borderline Personality Disorder. *Psychological trauma*, 111.
20. Laporte, L., & Guttman, H. (2001). Abusive relationships in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa, and a control group. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 189, 522-531.
21. Zanarini, M. C., Ruser, T., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2000). The dissociative experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 41(3), 223- 227. doi:10.1016/S0010-440X(00)90051-8.
22. Zanarini, M. C., Ruser, T. F., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Gunderson, J. G. (2000). Risk factors associated with the dissociative experiences of borderline patients. *Journal of Nervous & Mental Disorders*, 188, 26-30.
23. Ross-Gower, J., Waller, G., Tyson, M., & Elliott, P. (1998). Reported sexual abuse and subsequent psychopathology among women attending psychology clinics: The mediating role of dissociation. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 313-326. doi: 10.1111/j.2044-8260.1998.tb01388.x.
24. Shearer, S. L. (1994). Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1324-1328.
25. Van Den Bosch, L. M. C., Verheul, R., Langeland, W., & Van Den Brink, W. (2003). Trauma, dissociation, and posttraumatic stress disorder in female borderline patients with and without substance abuse problems. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 549-555.
26. Allen, J. G., Fultz, J., Huntoon, J., & Brethour, J. R., Jr. (2002). Pathological dissociative taxon membership, absorption, and reported childhood trauma in women with trauma-related disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3(1), 89- 110. doi:10.1300/J229v03n01_07.
27. Draijer, N., & Langeland, W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 379-385.
28. Carlson, E. B., Dalenberg, C., Armstrong, J., Daniels, J. W., Loewenstein, R., & Roth, D. (2001). Multivariate prediction of posttraumatic symptoms in psychiatric inpatients. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 549-567.

29. Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development & Psychopathology*, 9, 855–879.
30. Herman, J. L., Perry, C., & Van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 146(4), 490–495.
31. Laporte, L., & Guttman, H. (1996). Traumatic childhood experiences as risk factors for borderline and other personality disorders. *Journal of personality Disorders*, 10(3), 247–259. doi:10.1521/pedi.1996.10.3.247.
32. Links, P. S., Steiner, M., Offord, D. R., & Eppel, A. (1988). Characteristics of borderline personality disorder: A Canadian study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 336–340. doi:10.1177/070674378803300504.
33. Paris, J., Zweig-Frank, H., & Guzder, J. (1994). Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 301–305. doi:10.1016/0010-440X(94)90023-X.
34. Dell, P. F. (1998). Axis II pathology in outpatients with dissociative identity disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 186(6), 352–356.
35. Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 162, 867–875.
36. Laddis, A., & Dell, P. F. (2002). A comparison of DID with 30 cases of SIDP-IV diagnosed borderline personality disorder. *Paper presented at the annual meeting of the International Society for the Study of Dissociation*, Baltimore, MD.
37. Sar, V., & Ross, C. (2006). Dissociative disorders as a confounding factor in psychiatric research. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 129–144. doi:10.1016/j.psc.2005.10.008.
38. Sar, V., Kundakci, T., Kiziltan, E., Yargic, I. L., Tutkun, H., Bakim, B., Bozkurt, O., Özpulat, T., Keser, V., Özdemir, O. (2003). The Axis-I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder among psychiatric outpatients. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(1), 119–136. doi:10.1300/J229v04n01_08.

APPENDICE A

Tab. 1. Descrizione delle caratteristiche socio-demografiche del campione

		M	SD
Età		34,76	11,6
		N	%
Sesso	maschio	460	44,5
	femmina	573	55,5
Titolo di studio	Senza titolo di studio	1	,1
	Elementari	27	2,6
	Medie	197	19,1
	Diploma	557	53,9
	Laurea	212	20,5
	Mancanti	39	3,8
Stato civile	Nubile/celibe	546	52,9
	Coniugato	378	36,6
	Separato	48	4,6
	Vedovo	13	1,3
	Mancanti	48	4,5
Attività lavorativa	Disoccupato	298	28,8
	Occupato	684	66,2
	Pensionati	16	1,5
	Mancanti	35	3,4

Tab. 2. Caratteristiche psicopatologiche del campione

Campione totale	M	DS
DES totale	11,83	43,59
fattore I stato dissociato	22,9	51,75
fattore II assorbimento immaginativo	115,79	109,49
fattore III depersonalizzazione/derealizzazione	80,96	101,02
	N	%
Soggetti con diagnosi di DBP	170	16,5

Tab. 3. Caratteristiche
personologiche del campione

	Frequenza	Percentuale Valida
Disturbo di personalità evitante	63	6,4
Disturbo di personalità dipendente	50	5,1
Disturbo di personalità paranoide	44	4,5
Disturbo di personalità ossessivo Compulsivo	45	4,6
Disturbo di personalità schizotipico	3	0,3
Disturbo di personalità schizoide	26	2,7
Disturbo di personalità istrionico	15	1,5
Disturbo di personalità narcisistico	118	12,1
Disturbo di personalità borderline	170	17,4
Disturbo di personalità antisociale	34	3,5

Tab. 4. Caratteristiche cliniche
del campione senza DBP

	Frequenza	Percentuale Valida
Panico	316	30,6
Agorafobia	101	9,8
Ansia Generalizzata	387	37,5
Ansia Sociale	32	3,1
Uso di sostanze	45	4,4
Abuso di alcol	29	2,8
OCD	110	10,6
Depressione Maggiore	461	44,6
Bipolare	1	0,1
Disturbi psicotici	51	4,9
Anoressia	5	0,5
Bulimia	18	1,7
Tendenze suicide	105	10,2

		M	DS	T	P
DES totale	soggetti senza				
	DBP	10,72	48,28	-3,11	<,01
	soggetti con DBP	17,38	14,25		
Fattore I: stato dissociato	soggetti senza				
	DBP	19,14	50,62	-4,38	<,01
	soggetti con DBP	41,10	55,97		

IPOTESI E METODI DI STUDIO

Un modello di dipendenza tra automatismo e responsabilità

An addiction model between automatism and personal responsibility

Franco Badii

Responsabile Struttura Semplice Trattamenti di 1° livello Gestione Ambulatoriale S.C.Ser.D. A.S.L. 2 "Savonese"



Citation

Badii F. (2020). Un modello di dipendenza tra automatismo e responsabilità
An addiction model between automatism and personal responsibility
Phenomena Journal, 2, 40-46.
<https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.42>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Franco Badii
f.badii@asl2.liguria.it

Ricevuto: 14 maggio 2019

Accettato: 05 maggio 2020

Publicato: 06 maggio 2020

ABSTRACT

From the clinical experience, a number of observations were launched on a addiction model based on the significance that an individual gives to the action attendant on dependency together with the consequent person's *agency* related to dependency itself together with automatism events still caused by addiction.

This model presents some links with Berridge and Robinson's studies, concerning the role of the stimulus' prominence as well as the *wanting's* circuits as part of an addiction situation.

The hypothesis put forward is that the importance related to the significance attributed by the individual on a specific behavior might determine the production of dopamine, a process which is at the root of the creation of addiction.

Finally, it is also outlined how (in accordance with the model) some operational guidelines can be identified regarding the intervention on addiction phenomena.

KEYWORDS

Addiction, meaning, dopamine.

ABSTRACT IN ITALIANO

Dall'esperienza clinica sono derivate una serie di riflessioni che riguardano sia un modello di dipendenza basato sul significato che viene attribuito da un soggetto all'azione legata alla dipendenza che la sua conseguente responsabilità (agency) relativamente alla dipendenza stessa, in contrapposizione ai fenomeni legati all'automatismo che essa comporta.

Si fa riferimento all'importanza della salienza dello stimolo ed a quella dei circuiti "wanting", nelle situazioni di dipendenza, come rilevato da Berridge e Robinson.

L'ipotesi sviluppata riguarda la possibilità che sia il significato attribuito ad un comportamento a determinare la produzione di dopamina, alla base del processo di dipendenza.

Il modello proposto consente di individuare linee operative nella terapia dei fenomeni di dipendenza.

PAROLE CHIAVE

Addiction, significato, dopamina.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

Introduzione

Nell'affrontare le problematiche di dipendenza da sostanze stupefacenti e più recentemente, da aspetti comportamentali (gioco d'azzardo, utilizzo di tecnologie, cleptomani ecc.) la questione centrale è sempre stata: “cosa fa sì che l'uso di una sostanza o un comportamento da occasionale e ricreativo diventi una dipendenza?” I risultati acquisiti dalle neuroscienze negli ultimi anni hanno permesso di evidenziare una serie di meccanismi alla base della dipendenza. A questo proposito è in atto la discussione se tali meccanismi possano essere coinvolti in maniera strutturale o funzionale, vale a dire se siano riconducibili ad una patologia cerebrale, caratterizzata da disfunzioni e danni [1, 2, 3], o abbiano a che fare con fattori psicologici individuali come la decisione [4, 5, 6]. Il dibattito tra i modelli che interpretano la dipendenza come malattia e quelli che la inquadrano nella volontarietà dell'atto, rischia di assumere le caratteristiche di uno scontro ideologico. Come in tutti i dibattiti di principio, è possibile che ogni posizione abbia la sua parte di verità [7]. Questo lavoro intende presentare un modello basato sull'individuazione dei processi mentali che sono alla base della condizione di dipendenza e una ipotesi sulla loro possibile correlazione neurobiologica. Alla base c'è una riflessione che ha tratto origine dalla teoria economica della dipendenza [8]. Questo approccio critica l'idea che il soggetto dipendente perda la capacità di controllo in relazione all'oggetto della dipendenza e mette in risalto i meccanismi di scelta dell'individuo dando rilievo al fatto che, come afferma Skog, “una persona con dipendenza ha buone ragioni per smettere, ma, evidentemente, ha ragioni migliori per continuare” [9]. La riflessione verte, quindi su quali possano essere i buoni motivi per continuare in un comportamento dipendente.

Il modello basato sul significato

Nel processo di sviluppo si acquisiscono modalità comportamentali e risposte emotive in base alle situazioni di vita ed al contesto affettivo di cui si fa esperienza, che definiscono le coordinate all'interno delle quali un individuo sperimenta di poter agire, nonché l'idea che si fa di se stesso.

Le situazioni che sono al di là dei confini dell'esperienza individuale, non trovando risposte emotive e comportamentali congrue, creano vissuti negativi.

A protezione del Sé da questi vissuti negativi, legati ad esperienze esterne, si attiva un'esperienza interna [11]. Ciò avviene attraverso pensieri che hanno l'obiettivo di rispondere a tali vissuti negativi ridimensionandoli, o, al contrario, confermandoli, quando legati ad una intensa autosvalutazione. Si tratta di pensieri fisiologicamente narcisistici, utilizzati per difendere il proprio senso di sé dall'esterno, che vengono attivati dai normali eventi della vita, con una intensità pari a quella del vissuto negativo [10]. A seconda degli individui, possono assumere significati diversi, dalla vendetta alla rivalsa, all'autoaffermazione. Nei casi caratterizzati da intensa autosvalutazione contribuiscono, invece, a confermare l'idea autosvalutante, rafforzando l'aspetto negativo [13].

L'incontro con le sostanze, o con un comportamento, avviene in maniera casuale, con modalità legate al contesto del piacere o del divertimento. Progressivamente può avviarsi un processo di collegamento tra l'uso di una sostanza o un comportamento e le modalità di pensiero appena descritte, che possano diventare un modo disfunzionale, ma efficace, di dare risposta ai vissuti negativi. Da questo collegamento si viene a definire il significato che l'individuo attribuisce a tali atti, che diventa l'elemento su cui si regge la dipendenza.

I comportamenti scelti dall'individuo hanno una valenza morale: molto spesso sono disapprovati (come l'uso di sostanze o il gioco), talora esaltati (ad esempio lavoro, fitness). Questo aspetto contribuisce a caratterizzare il significato attribuito, in termini di rivalsa, vendetta, autoaffermazione, rivendicazione, come anche di conferma dei vissuti e delle convinzioni autosvalutanti. Questi processi psicologici possono essere considerati, in un'ottica evolucionistica, come strumenti volti alla sopravvivenza individuale [12].

Il collegamento tra un atto e un'esperienza interiore di pensiero, nel modello che sto presentando, è alla base della dipendenza. Diventa, infatti, la modalità con la quale una persona apprende a rispondere ad eventi che possono mettere in crisi il suo assetto interiore, ritenendo di raggiungere una rivincita, di esercitare una vendetta. Allo stesso modo possono diventare le modalità con le quali può finire per confermare l'idea autosvalutante che ha di sé. Il significato di tali comportamenti è molto spesso legato alla sola della percezione dell'individuo. L'utilizzo di queste modalità, vista la facilità di attuazione e l'efficacia interiore, diventa la via prioritaria con la quale rispondere ai vissuti negativi. Ciò finisce per comportare il blocco dell'attivazione di nuove e diverse opzioni di comportamento [13].

Data l'importanza che tali comportamenti vengono ad assumere per l'individuo, in quanto consentono di fronteggiare rapidamente ed intensamente situazioni emotive che possono arrivare all'angoscia, si attivano processi mentali finalizzati a proteggerli, come la sensazione di automatismo e le distorsioni cognitive. La sensazione di automatismo fa sentire il soggetto passivo di fronte a quella che finisce per percepire come l'ineluttabilità del comportamento in relazione ad uno specifico stimolo. Le distorsioni cognitive, con le quali un individuo cerca di rispondere ai momenti di autocritica o alle critiche provenienti dall'esterno, gli consentono di attribuire una parvenza di logica ai comportamenti legati alla dipendenza [14], al fine di dimostrare, anche a se stesso, che non è possibile un comportamento diverso, affermando così la propria posizione passiva di fronte alla dipendenza. I contenuti sono in apparenza sensati, anche basati su consuetudini culturali, ma fallaci in quanto legati a pregiudizi, o non congrui al contesto in cui sono applicati. L'instaurarsi della dipendenza, e quindi l'attivazione dei meccanismi che la sostengono, avviene quando al comportamento viene attribuito un significato che ha a che fare con il mantenimento dell'equilibrio emotivo di fronte ai vissuti negativi, in particolare all'angoscia, a seguito di situazioni che evidenzino i confini dell'esperienza individuale. La facilità della attivazione, gli aspetti di soddisfazione narcisistica, il piacere legato all'atto, fanno sì che tale meccanismo diventi predominante tra i comportamenti del soggetto di-

pendente di fronte al malessere, con la complicazione degli effetti fisici astinenziali in caso di alcune sostanze, o, per esempio, del tentativo di rientrare economicamente in caso di gioco d'azzardo patologico. Questi comportamenti iniziano come altamente gratificanti e finiscono per procedere come abitudini comportamentali [14].

Progressivamente, difatti, il soggetto sente di perdere il controllo, in quanto si verifica un aumento della sensazione di automatismo, per cui egli si sente sempre più in balia del comportamento di dipendenza [15], con il rischio di provare vissuti negativi ai quali può rispondere con gli stessi atti che li hanno provocati, innescando un circolo vizioso.

Correlati neurobiologici

A lungo si è ritenuto che alla base dei processi di dipendenza e del craving ci fosse l'attivazione del sistema reward da parte della dopamina prodotta a seguito del piacere dovuto all'assunzione di sostanze. In realtà è stato osservato che l'attività dei neuroni dopaminergici è associata a informazioni sulle proprietà motivazionali delle ricompense (wanting), ma non agli aspetti piacevoli delle ricompense in sé (liking) [16].

I lavori di Berridge e Robinson [17, 18, 19, 20, 21] hanno messo in risalto il ruolo della dopamina e della sensibilizzazione incentiva nei fenomeni di addiction, in particolare per spiegare come si determini il passaggio dall'uso casuale o ricreazionale di una sostanza alla dipendenza. Attraverso la sensibilizzazione incentiva viene superato il circuito del "liking", anatomicamente ristretto e costituito da un sistema cerebrale limitato a piccoli hotspots edonici, legato agli effetti di un uso iniziale o, comunque, sporadico e si attiva il più ampio circuito del "wanting", costituito dal sistema mesolimbico [21].

A seguito dell'attivazione, l'azione di tale circuito sostenuta dalla salienza e dalla motivazione legata alle sostanze, fa sì che i pensieri e i comportamenti finalizzati alla loro acquisizione ed al loro uso divengano prioritari e costituiscano un meccanismo per mantenere una omeostasi del sé in base alle opzioni emotive e comportamentali a disposizione dell'individuo.

L'attivazione di meccanismi di dipendenza quindi, tende a sostituire i contenuti del pensiero e i processi mentali atti a proteggere il sé, acquisendo un importante ruolo legato a tale protezione.

Il comportamento di dipendenza acquisirebbe una valenza prioritaria, quindi, non solo in termini di gratificazione oggettiva, ma anche di potenziale fattore favorente il raggiungimento di scopi biologici [12], quale il sostegno di una omeostasi emotiva, attraverso una modalità riconducibile alla salienza incentiva, nella quale è il significato attribuito all'uso della sostanza, o al comportamento, con il suo ruolo emotivo, a determinare la salienza, a sostenerla dal punto di vista motivazionale.

Dal momento che l'attività dei neuroni dopaminergici è associata a informazioni sulle proprietà motivazionali delle ricompense [16], potrebbe essere il significato attribuito al comportamento di addiction a determinare una produzione di dopamina in quanto

riconosciuto e salvaguardato dal cervello come una via rapida efficace nel fronteggiare le sensazioni negative relative ai vissuti descritti prima. Tale produzione di dopamina avverrebbe pertanto in relazione a fattori esclusivamente psicologici (significato come riequilibratore interiore) e non in rapporto agli effetti di una sostanza o, comunque al reward. Questo potrebbe fornire una spiegazione all'intensa dipendenza provocata da comportamenti (gioco d'azzardo, acquisti ecc). Ovviamente le sostanze amplificano il processo con i loro effetti diretti ed indiretti sulla produzione di dopamina.

La produzione di dopamina fa sì che un comportamento controllato da aspettative esplicite, del tipo act-outcome, divenga un comportamento più automatico, dal tipo stimolo-risposta [17]. Questo spiegherebbe la sensazione di automatismo che caratterizza il circuito della dipendenza [14] ed ha un ruolo fondamentale dal punto di vista terapeutico. Difatti, nel lavoro clinico intuitivamente era apparso importante soffermarsi sul far recuperare al paziente gli aspetti intenzionali che la sensazione di automatismo nasconde, per iniziare a renderlo consapevole di decisioni ed atti che, invece, percepisce come automatici ed ineluttabili [22].

Conclusioni

Il modello di dipendenza illustrato, basato sul significato attribuito da un individuo all'oggetto della dipendenza, potrebbe fornire una spiegazione all'attivazione delle vie neuronali del "wanting" e del circuito psicologico della dipendenza, costituito da senso di automatismo e distorsioni cognitive, anche in situazioni di addiction comportamentali. Ovviamente, nelle dipendenze da sostanze, può essere amplificato attraverso l'azione diretta sulla produzione di dopamina. Il collegamento tra il significato attribuito alla dipendenza e la difesa dell'unico spazio esperienziale in cui un individuo si percepisce, determina il rapporto tra intensità della motivazione e gravità dei danni [23]. Essendo elevato l'aspetto motivazionale legato al mantenimento del proprio senso di sé, si riesce a spiegare la persistenza dei comportamenti di dipendenza anche a fronte dei danni sociali, legali nonché fisici che comportano e nonostante la consapevolezza del soggetto. Nella condizione di dipendenza la responsabilità del soggetto, intesa non in senso morale, ma in quello di agency [6], viene annullata dalla percezione di automatismo, che copre l'evidente intenzionalità di tutti gli atti compiuti da un soggetto nell'agire la propria dipendenza. Accendere una sigaretta, inserire i soldi in una slot machine, iniettarsi eroina vengono ritenute dal soggetto azioni ineluttabili, in relazione alla sensazione di automatismo percepita. In realtà richiedono una serie di azioni legate a stimoli volontari inviati ai motoneuroni. Quindi sono il frutto di decisioni prese dal soggetto, di cui non è consapevole in quanto agisce sotto la spinta della sensazione di automatismo. Dal punto di vista terapeutico questo aspetto diventa importante.

L'esperienza clinica ha portato infatti a considerare che la prima parte di un intervento su una condizione di dipendenza abbia come obiettivo affrontare la sensazione di automatismo e di contenere le distorsioni cognitive che sostengono l'azione.

Nella pratica, al momento in cui si interviene sul circuito della dipendenza, cercando di affrontare la sensazione di automatismo, si osserva l'immediata attivazione delle distorsioni cognitive, che vanno discusse con il paziente.

Il lavoro terapeutico, in una prima fase, consiste nello scomporre l'azione, percepita come automatica, in tutte le sue componenti, con l'obiettivo di riportare un comportamento in cui si è verificata l'unione abituale di uno stimolo ad una risposta ad un act-outcome, nel quale il comportamento contiene un riferimento cognitivo esplicito tra atto e risultato [18]. Questo per recuperare la consapevolezza della responsabilità individuale (agency) in termini operativi [16]. Si può osservare come questo intervento metta in discussione il senso di automatismo, aiutando il paziente ad aumentare la consapevolezza delle decisioni che può prendere e dei momenti in cui farlo, attivando il senso dell'autoefficacia [23].

In base allo schema proposto da Kaufman [24] sull'intervento nella dipendenza, si attua un lavoro a livello cognitivo, di collegamento tra l'azione legata alla dipendenza ed il significato attribuito, sempre con l'obiettivo di ampliare la gamma delle opzioni comportamentali ed emotive del soggetto. Per le situazioni nelle quali la profondità della problematica legata al significato attribuito alla dipendenza, lo renda necessario, tale lavoro prosegue con un intervento psicoterapico vero e proprio [25].

BIBLIOGRAFIA

1. Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278(5335), 45-47.
2. Wakefield, J. C. (2017). Addiction and the concept of disorder, part 1: Why addiction is a medical disorder. *Neuroethics*, 10(1), 39-53.
3. Wakefield, J. C. (2017). Addiction and the Concept of Disorder, Part 2: Is every Mental Disorder a Brain Disorder?. *Neuroethics*, 10(1), 55-67.
4. Heyman, G. M. (2013). Addiction and choice: theory and new data. *Frontiers in psychiatry*, 4, 31.
5. Levy, N. (2013). Addiction is not a brain disease (and it matters). *Frontiers in Psychiatry*, 4, 24.
6. Pickard, H. (2017). Responsibility without blame for addiction. *Neuroethics*, 10(1), 169-180.
7. Ainslie, G. (2013). Intertemporal bargaining in addiction. *Frontiers in psychiatry*, 4, 63.
8. Vuchinich, R. E., & Heather, N. (2003). Introduction: Overview of Behavioural Economic Perspectives on Substance Use and Addiction. In *Choice, behavioural economics and addiction* (pp. 1-31). Pergamon.
9. Heather, N., & Vuchinich, R. E. (Eds.). (2003). *Choice, behavioural economics and addiction*. Elsevier.
10. Badii, F. (2013). Sintomi correlati alla dipendenza: elementi per una diagnostica differenziale con i disturbi di personalità. *Rivista di psichiatria*, 48(5), 370-374.
11. Bromberg, P. M. (2014). *Standing in the spaces: Essays on clinical process trauma and dissociation*. Routledge.
12. Iacone, S., & Verde, L. (2013). *Mente darwiniana e addiction. Evoluzionismo, neuroscienze e psicoterapia: Evoluzionismo, neuroscienze e psicoterapia*. FrancoAngeli.
13. Badii, F. (2014). Il significato individuale nel processo di addiction. *Il vaso di Pandora*, 30(3), 13-29.
14. Lewis, M. (2017). Addiction and the brain: Development, not disease. *Neuroethics*, 10 (1), 7-18.
15. Badii, F. (2013). Un modello fisiopatologico e clinico della addiction. *Dal fare al dire, suppl.*, (3), 26-33
16. Purves, D., Cabeza, R., Huettel, S. A., LaBar, K. S., Platt, M. L., Woldorff, M. G., & Brannon, E.

- M. (2008). *Cognitive neuroscience*. Sunderland: Sinauer Associates, Inc.
17. Berridge, K. C., & Robinson, T. E. (1998). What is the role of dopamine in reward: hedonic impact, reward learning, or incentive salience?. *Brain research reviews*, 28(3), 309-369.
18. Berridge, K.C., Robinson, T.E. (2003). Addiction. *Ann. Rev. Psychol.*, 54, 25-53
19. Berridge, K. C. (2007). The debate over dopamine's role in reward: the case for incentive salience. *Psychopharmacology*, 191(3), 391-431.
20. Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2008). The incentive sensitization theory of addiction: some current issues. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1507), 3137-3146.
21. Berridge, K.C., Robinson, T.E. (2016). Liking, wanting, and the incentive-sensitization theory of addiction *American Psychologist*, vol 71, n° 8, 670-679
22. Badii, F.(2015). Il counseling decisionale nel trattamento della dipendenza. *Dal Fare al Dire*, Num Spec 29-39
23. West, R. (2013). *Models of addiction*. Lisbon: EMCDDA (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*)
24. Kaufmann, E. (1990). Critical aspects of the psychodynamics of substance abuse and the evaluation of their application to a psychoterapeutic approach. *The international journal of addictions*, 25 (2°), 97-114
25. Badii, F. (2019). La psicoterapia delle dipendenza basata sul significato. www.Psychiatry on line

BREVE RAPPORTO DI RICERCA

La disattivazione del sistema difensivo nel rispecchiamento dell'oggetto nella 3D Therapy®

Mariannina Amato

A.S.P.I.C.

ABSTRACT



Citation

Amato M. (2020). La disattivazione del sistema difensivo nel rispecchiamento dell'oggetto nella 3D Therapy®
Phenomena Journal, 2, 47-53.
<https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.66>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Mariannina Amato
mariannina.amato@gmail.com

Ricevuto: 18 ottobre 2019

Accettato: 05 maggio 2020

Pubblicato: 07 maggio 2020

The work is a pilot study conducted on a small sample of nine subjects of different ages and psychological problems followed in psychotherapy with 3D Therapy®.

The study proposes the effects of the manifestations of anxiety behaviors activated by the subjects placed in front of the 3D object which materializes the graphic representation of the dysfunctional emotional experience.

The research examines the period of time from the presentation in the Cx phase of the 3D object for the next 10 minutes, a period in which the process of observation and detection of target behaviors manifested by individual subjects starts.

KEYWORDS

Object search-eye direction - gaze fixation - deactivation defensive system - amigdala - medial and dorsolateral pre-frontal cortex.

ABSTRACT IN ITALIANO

Il lavoro è uno studio pilota condotto su un piccolo campione di nove soggetti di diversa età e problematiche psicologiche seguiti in psicoterapia con la 3D Therapy®.

Lo studio propone gli effetti delle manifestazioni di comportamenti di ansia attivati dai soggetti posti di fronte all'oggetto 3D che materializza la rappresentazione grafica del vissuto emotivo disfunzionale. La ricerca prende in esame il periodo di tempo dalla presentazione nella fase Cx dell'oggetto 3D per i successivi 10 minuti, periodo nel quale si avvia il processo di osservazione e rilevazione dei comportamenti-bersaglio manifestati dai singoli soggetti.

PAROLE CHIAVE

Ricerca dell'oggetto direzione dell'occhio - fissazione dello sguardo - disattivazione sistema difensivo - amigdala - mediale e corteccia prefrontale dorsolaterale.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

Introduzione

La paura, una delle otto emozioni fondamentali, si manifesta nell'individuo dinanzi a situazioni di reale ed imminente pericolo e rientra in un meccanismo neurofisiologico adattivo finalizzato alla sopravvivenza dell'individuo.

Un'attivazione neurofisiologica eccessiva produce una reazione emotiva intensa [1, 2] con ripercussioni sul pensiero e sul comportamento, generando un meccanismo disfunzionale [3] e coercitivo presente negli stati ansiosi, fobici, panici e depressivi [4]. Una reazione fisiologica abnorme blocca la fluidità della mente dell'individuo che focalizza il suo pensiero sugli aspetti negativi del problema percepito come minaccioso, senza giungere a soluzione. L'individuo rimane in continua ipervigilanza e iperallarme, costantemente preoccupato sulle situazioni percepite minacciose ed imminenti, basta la percezione del trigger ansiogeno per produrre una risposta sproporzionata.

Aspetti neurofisiologici

In uno stato di normalità, l'individuo registra le caratteristiche fisiche dello stimolo attraverso i recettori periferici del processo bottom up. Le informazioni, per ulteriori elaborazioni convergono nel Sistema Nervoso Centrale. Il processamento delle informazioni inizia nella corteccia visiva posta nell'area occipitale che valuta lo stimolo nelle sue caratteristiche fisiche. Le informazioni raggiungono successivamente una specifica area cerebrale situata nel sistema limbico, l'amigdala, che valuta automaticamente lo stimolo nei suoi elementi emotivi. L'amigdala "consente una scansione rapida della scena visiva, estrae rapidamente l'informazione e consente di distinguere la situazione potenzialmente pericolosa. L'informazione visiva, infatti, arriva all'amigdala direttamente dal talamo senza passare attraverso la corteccia visiva, l'informazione elaborata viene trasmessa all'ipotalamo ed al tronco encefalo che mediano le reazioni corporee" [5].

Lo stimolo, valutato dall'amigdala come sicuro e non pericoloso, giunge nella corteccia prefrontale, costituita da un'area mediale e ventrolaterale e dorsolaterale, area corticale che avvia il processo top down. La corteccia prefrontale mediale e ventrolaterale è predisposta al riconoscimento emotivo e cognitivo delle informazioni, valuta e modula gli aspetti socio-affettivi delle informazioni legate allo stato mentale delle persone nella relazione sociale e le loro intenzioni. Area collegata alla corteccia prefrontale dorsolaterale che, attraverso l'attivazione dei processi cognitivi superiori come l'attenzione, l'astrazione, la pianificazione, la flessibilità cognitiva e il working memory, determina il processo esecutivo del comportamento strategico.

Se l'amigdala valuta la situazione stimolo come minacciosa per il soggetto si attiva ad un comportamento difensivo di allontanamento e/o evitamento dello stimolo ansiogeno. Strategia di adattamento che permette al soggetto di allontanarsi dalla situazione pericolosa ed altamente emotiva [1]. Strategia che, nel tempo, conferma la pericolosità della situazione evitata e comporta l'attivazione automatica del comportamento appreso.

La metodologia della 3D Therapy®

La metodologia 3D Therapy® [5] è costituita da tre momenti rilevanti.

- Il primo momento è caratterizzato dal processo di stimolazione sensoriale e verbale con il quale il terapeuta predispone il soggetto ad un contatto emotivo, secondo la teoria della gestalt. Il soggetto viene messo nella condizione di esprimere attraverso il grafico l'emozione disfunzionale che emerge lentamente in figura.

- Il momento successivo è caratterizzato dalla trasformazione del grafico in oggetto tridimensionale.

- Il terzo momento, fase Cx, il terapeuta presenta al soggetto sulla lavagna luminosa l'oggetto 3D che materializza la rappresentazione grafica del vissuto emotivo disfunzionale [5]. L'osservazione dell'oggetto 3D riattualizza il processo di esternalizzazione dell'emozione disfunzionale ed avvia un processo-emotivo-cognitivo-riparativo di soluzione del problema.

Obiettivi dello studio

Il presente lavoro è uno studio pilota eseguito su un piccolo campione di nove soggetti di diversa età, dagli 8 - ai 30 anni, seguiti in psicoterapia con la metodologia 3D Therapy® nelle diverse problematiche psicologiche: ansia generalizzata, depressione, attacco panico, problemi di relazione ed attaccamento, fobia, lutto, trauma [5].

Lo studio focalizza l'attenzione nella fase Cx della psicoterapia con la metodologia 3D Therapy® e procede a:

- rilevare ed analizzare le manifestazioni comportamentali di ansia del soggetto esibite al momento dell'esposizione all'oggetto 3D, situazione-stimolo altamente emotiva;

- verificare la presenza o assenza di comportamenti di allontanamento e/o evitamento all'esposizione dell'oggetto 3D.

L'obiettivo dello studio pilota è verificare la presenza o assenza dei comportamenti ansigeni di allontanamento e/o di evitamento evidenziati dai soggetti all'esposizione dello stimolo emotivo disfunzionale rappresentato dall'oggetto 3D.

Descrizione della metodologia

Il percorso terapeutico è videoregistrato per fornire una descrizione narrativa, precisa e fedele degli avvenimenti osservati ed utile ad effettuare, in un momento successivo, l'operazione di distacco emotiva necessaria al terapeuta per porsi nella veste di osservatore dei fatti rilevanti. L'osservazione, processo cognitivo, orienta la lettura e la comprensione del processo nel suo accadimento naturale ed è finalizzata all'esplosione e rilevazione del fenomeno comportamento bersaglio manifestato.

Il processo di osservazione nello studio pilota è focalizzato:

- nella fase Cx della 3D Therapy® per rilevare l'aspetto qualitativo ed esperienziale del soggetto nella specifica sequenza terapeutica;

- nell'intervallo di tempo dalla presentazione dell'oggetto 3D per i successivi 10

minuti.

Si è costruito, prioritariamente, una check list di comportamenti bersaglio (tav.A) e una griglia di rilevazione (tav. B).

I comportamenti bersaglio sono organizzati in categorie definite in modo chiaro e facilitanti la rilevazione (Occhi, Mani, Bocca, Verbalizzazione e Suoni) e la collocazione degli stessi nella griglia.

La griglia di rilevazione, strumento di facile utilizzo, serve da guida all'osservatore per rilevare, in modo ordinato e sistematico, la presenza e/o la frequenza dei comportamenti bersaglio nell'intervallo di tempo considerato.

Rilevazione dei risultati

Dalla griglia di rilevazione emerge una disparità di presenza e/o frequenza dei comportamenti bersaglio nelle diverse categorie:

- categoria "*Occhi*", i comportamenti bersaglio "Direzione dello sguardo" e "Fissazione dell'oggetto" sono presenti nei 9 soggetti con evidente alta presenza e/o frequenza di detti comportamenti. Un solo soggetto accompagna tali comportamenti con la "Dilatazione della pupilla".

- categoria "*Verbalizzazione e Suoni*", 6 soggetti su 9 presentano delle espressioni verbali e sonore, 3 soggetti non manifestano alcuna espressione udibile.

- categoria "*Mani*", solo 3 soggetti su 9 presentano comportamenti di manualità sull'oggetto 3D, comportamenti che vanno dal toccare, premere, prendere, spostare, accarezzare e togliere, gli altri 6 soggetti rimangono inattivi in questa categoria.

- categoria "*Bocca*", 2 soggetti su 9 rispondono con il sorriso e l'apertura della bocca nell'osservare l'oggetto 3D, gli altri 7 soggetti rimangono con la bocca chiusa.

Discussione dei risultati

Nella griglia di rilevazione (tav. B) si evidenzia una presenza massiccia di comportamenti bersaglio "Direzione dello sguardo" e "Fissazione dell'oggetto" in tutti e nove i soggetti, e solo sei soggetti accompagnano questi comportamenti bersaglio con una vivace espressività sonora e verbale. L'ipotesi iniziale dello studio è di osservare e rilevare i comportamenti di allontanamento e/o evitamento attivati dal soggetto posto dinanzi ad un'esposizione dell'oggetto 3D, stimolo altamente ansiogeno. La rilevazione non conferma tale ipotesi. Il processo attivato sembra non sia quello di allontanamento e/o evitamento [6], ma di attrazione dello sguardo e avvicinamento all'oggetto 3D, atti basilari che sostengono il processo esplorativo e di conoscenza. Analizzando le sequenze comportamentali, l'oggetto tridimensionale riflettente le emozioni disfunzionali attiva nei soggetti un processo neurofisiologico di attenzione selettiva dovuta con probabilità alle diverse caratteristiche di cui è dotato l'oggetto 3D: novità, concretezza oggettiva e chiarezza emotiva, caratteristiche che motivano la persona all'esplorazione. La caratteristica "*novità*" dell'oggetto 3D attiva l'elemento sorpresa e interesse. Il fattore "*novità*" conquista immediatamente il soggetto, che incuriosito avvia un processo visivo con l'immediato contatto con l'oggetto 3D.

Fattore che si rileva anche nel processo sonoro-linguistico. Il soggetto accompagna, in modo spontaneo ed automatico, l'esplorazione con una vivace espressione linguistica, evidenziando la propria individualità e soggettività.

Le caratteristiche “concretezza oggettiva” e “chiarezza emotiva” vincolano il soggetto focalizzando lo sguardo sull'oggetto 3D.

Il fattore “concretezza oggettiva” offre la permanenza dell'oggetto nello spazio. Il soggetto polarizza il suo interesse sullo oggetto 3D, dirige e fa permanere lo sguardo sull'oggetto stesso.

Il fattore “chiarezza emotiva” riflesso dall'oggetto 3D, offre al soggetto la possibilità di esplorare lo stimolo in uno stato di tranquillità interna, di confrontare il prima e l'attuale, definendo sempre più gli aspetti cognitivi ed emotivi.

Le informazioni riflesse dalle caratteristiche dell'oggetto 3D e gli aspetti rilevanti dell'esperienza si integrano in un vissuto globale dell'esperienza emotiva attraverso il processamento attentivo, esplorativo e confrontativo. Processo emotivo-cognitivo dal quale si inferisce l'attivazione del processo di modulazione della regione frontale mediale [6] con la disattivazione del sistema difensivo dell'amigdala.

Conclusioni

Il presente studio pilota evidenzia che i nove soggetti esaminati, dinanzi ad oggetti tridimensionali ansiogeni attivano comportamenti bersaglio di “Direzione dello sguardo” e “Fissazione dell'oggetto”, solo sei di essi accompagnano con una vivace espressività verbale e sonora. Comportamenti bersaglio che segnalano la non pericolosità dell'oggetto e l'avvio del processo cognitivo di esplorazione, avvicinamento, ricerca con l'immediato contatto con l'oggetto 3D. La presenza di tali atti non conferma l'ipotesi iniziale che dinanzi ad uno stimolo percepito minaccioso e ansiogeno il soggetto manifesta un comportamento di allontanamento ed evitamento. Al contrario, il soggetto esibisce un apparente stato di tranquillità e sicurezza dinanzi all'oggetto 3D e procede nell'osservazione. In sintesi, l'oggetto 3D percepito come non minaccioso, innocuo, rassicurante nelle sue caratteristiche, capta e focalizza l'attenzione e l'interesse del soggetto sull'oggetto stesso. Processualità che fa desumere un processo più complesso che valuta e regola il processo emotivo-cognitivo con probabile interessamento del prefrontale mediale e dorsolaterale e la disattivazione del sistema difensivo dell'amigdala. Questa regione corticale valuta gli elementi emotivi e cognitivi rispecchiati dall'oggetto 3D e conduce il soggetto a mentalizzare il percorso dell'esternalizzazione dell'emozione negativa alla sua materializzazione, a modulare le capacità empatiche verso sé stesso [7] e l'oggetto affinando un comportamento di auto apprezzamento positivo che avvia il soggetto ad una mediazione emotiva-cognitiva del prendersi cura in modo compassionevole e riparativa [8].

Si auspica che questo studio pilota eseguito su un numero esiguo di soggetti possa essere avviato su un campione più ampio, per confermare o disconfermare le inferenze su esposte, anche con l'utilizzo di tecnologie per esplorare i meccanismi neurofisiologici e corticali.

APPENDICE A

TAV. A - COMPORTAMENTI BERSAGLIO

OCCHI	MANI	BOCCA	VERBALIZZAZ. SUONI
Dirige lo sguardo Fissa l'oggetto Dilata la pupilla Esplora l'oggetto Restringe le pupille Non guarda l'oggetto	Tocca l'oggetto Preme con il dito Prende l'oggetto Sposta l'oggetto Non tocca l'oggetto	Sorriso Apertura Chiusura	Qualsiasi espressione Nessuna espressione

TAV. B - GRIGLIA DI RILEVAZIONE

ANNI	OGGETTO 3D	OCCHI	MANI	BOCCA	VERBALIZZAZ. - SUONI
9	ragno	Dirige lo sguardo Fissa l'oggetto Dilata la pupilla	Tocca l'ogg. Preme con il dito Prende l'ogg. Sposta l'ogg.	Sorriso Apertura	Sono sconvolto. È bellissimo. L'hai fatto tu?
8	Lo sguardo	Dirige lo sguardo Fissa l'oggetto	Tocca l'oggetto Accarezza ogg. Toglie pezzo	chiusura	Mamma, mi guarda brutta
8	Mamma muore	Dirige lo sguardo Fissa l'oggetto	Non tocca l'ogg.	chiusura	ohi
11,5	lettone	Dirige lo sguardo Fissa l'oggetto	Non tocca l'ogg.	chiusura	Nessuna espressione
8	cugino	Dirige lo sguardo Fissa l'oggetto	Non tocca l'ogg.	sorriso	Nessuna espressione
16,5	occhio	Dirige lo sguardo Fissa l'oggetto	Non tocca l'ogg.	chiusura	Oddio l'occhio, sembra un occhio. È possibile? Waw. Questa è la pupilla. La parte centrale è l'ansia...
29	gabbia	Dirige lo sguardo Fissa l'oggetto	Non tocca l'ogg.	chiusura	Nessuna espressione
30	Lettino ambulatorio	Dirige lo sguardo Fissa l'oggetto	Tocca l'oggetto Accarezza ogg.	chiusura	Mi sento agitata...però in questo momento sto pensando alla mia paura
25	auto	Dirige lo sguardo Fissa l'oggetto	Non tocca l'ogg.	chiusura	Il colore in 3D è simile al colore della mia macchina, l'interno. E penso al momento in cui ho messo la mano sul volante

BIBLIOGRAFIA

1. Clarkson, P. (1992). *Gestalt Counseling. Per una consulenza psicologica proattiva nella relazione d'aiuto* (Vol. 2). Sovera Edizioni.
2. Giusti, E., & Rosa, V. (2006). *Psicoterapia della gestalt* (Vol. 6). Sovera Edizioni.
3. Sassaroli, S., Lorenzini, R., & Ruggiero, G. M. (2006). *Psicoterapia Cognitiva dell'Ansia-Rimuginio, controllo ed evitamento*. Raffaello Cortina.
4. Beck, A. T. (1984). *Principi di terapia cognitiva: un approccio nuovo alla cura dei disturbi affettivi*. Astrolabio.
5. Amato M. (2019). *La 3D Therapy: la materializzazione dell'emozione*, Graficheditore, Lamezia Terme.
6. Giusti, E., & Azzi, L. (2013). *Neuroscienze per la psicoterapia. La clinica dell'integrazione trasformativa* (Vol. 23). Sovera Edizioni.
7. Gallese, V., Migone, P., & Eagle, M. N. (2006). La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi. *Psicoterapia e scienze umane*.
8. Giusti, E., & Militello, F. (2011). Neuroni specchio e psicoterapia. *Ricerche per apprendere il mestiere con la videodidattica* (Vol. 17). Sovera Edizioni

IPOTESI E METODI DI STUDIO

Nutrimi di Storie

Prendersi cura attraverso medium culturali

Milena Mazzara¹, Elena Gigante¹, Domenico Ferrara¹

¹ SiPGI - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata



Citation

Mazzara M., Gigante E., Ferrara D.
(2020). Nutrimi di Storie
Prendersi cura attraverso
medium culturali
Phenomena Journal, 2, 54-61.
<https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.67>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Milena Mazzara
mazzaramilena@gmail.com

Ricevuto: 18 ottobre 2019

Accettato: 11 maggio 2020

Publicato: 14 maggio 2020

ABSTRACT

When it comes to personality we intend to refer to peculiarities of the psyche on which the personal identity of an individual is structured. These unique specificities are those that distinguish one individual from others, differentiating each one from the different behavioral response mode and relationship. The development of individual personality takes place during the course of our lives, through modeling and consolidation processes that result in the psychological completion of the adult.

John Bowlby argues that there is an innate urge in small human beings to seek a reference that is capable of giving an adequate response in times of need and danger. This ensures the newborn to survive, which immaturity and ontogenetic inability to satisfy physiological needs would not allow.

Depending on the characteristics of the interaction between the child and the caregiver, attachment styles / patterns will be configured, that is, the thinking and behavior strategies that the child develops to increase the probability of receiving care and protection from his attachment figure.

With this work we hope to verify whether the imaginative world of the story, as a shifted experience of the processes related to attachment, within a cognitive reflection device groupal, allows the mother to acquire greater awareness of the attachment relationship in progress. Furthermore, it is hoped that the acquired awareness will consequently lead to an adjustment and therefore to a change. Through the imaginative world of the story, after listening to the text, mother and child express, each according to their own language, the mother's cognitive and artistic (drawing) the child, what is good and what is instead potentially an obstacle in the relationship in progress. If the process proves valid we will have then landed into an integrated method for secondary prevention in the development of the child during the period of second childhood.

KEYWORDS

Attachment, stories, methodology.

ABSTRACT IN ITALIANO

Quando si parla di personalità intendiamo riferirci alle peculiarità della psiche su cui l'identità personale di un individuo si struttura. Sono proprio queste singolari specificità che distinguono un individuo dagli altri, differenziandolo anche nelle modalità di risposta comportamentali e di relazione. Lo sviluppo della personalità individuale avviene durante il corso della nostra vita, attraverso processi di modellamento e consolidamento che sfociano nel completamento psicologico dell'adulto.

John Bowlby sostiene che nei piccoli esseri umani vi è presente un'innata spinta a ricercare un riferimento che sia capace di dare adeguata risposta nei momenti di bisogno e pericolo. Ciò garantisce al neonato quella sopravvivenza che l'immaturità e l'incapacità ontogenetica di soddisfare i propri bisogni fisiologici non permetterebbero. A seconda delle caratteristiche dell'interazione tra il bambino e il caregiver si configureranno degli stili / pattern di attaccamento, ossia delle strategie di pensiero e di comportamento che il bambino sviluppa per aumentare la probabilità di ricevere cura e protezione dalle sue figure di attaccamento.

Con questo lavoro ci si auspica di verificare se il mondo immaginativo del racconto, quale *esperienza traslata* dei processi relativi all'attaccamento, all'interno di un dispositivo di riflessione cognitiva grupale, permetta alla madre di acquisire maggiore consapevolezza della relazione di attaccamento in atto. Inoltre ci si auspica che la consapevolezza acquisita comporti, di conseguenza, un aggiustamento e quindi un cambiamento. Attraverso il mondo immaginativo del racconto, dopo l'ascolto del testo, madre e bambino esprimono, ognuno secondo il proprio linguaggio, cognitivo la madre e artistico (disegno) il bambino, cosa è buono e cosa invece potenzialmente di ostacolo nella relazione in atto. Qualora il processo risulterà valido saremo approdati ad un metodo integrato per la prevenzione secondaria nello sviluppo del bambino nel periodo della seconda infanzia.

PAROLE CHIAVE

Attaccamento, racconti, metodologia.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

Introduzione

L'interesse per lo sviluppo umano è imprescindibile nel lavoro di uno psicoterapeuta. Prestare attenzione alle diverse funzioni psicologiche e su come ognuna di queste funzioni agisce nel processo evolutivo, permette di cogliere la formazione dell'unità psico-socio-relazionale dell'individuo, quale soggetto e come persona.

Il processo si esplica in una forma graduale, e attraversa le diverse fasce di età, evolvendosi in una serie di cambiamenti, il cui manifestarsi è influenzato dallo sviluppo dei processi cognitivi ed affettivi e dalle componenti ambientali e sociali.

Per personalità intendiamo le peculiarità psichiche su cui si struttura l'identità, specificità che lo distinguono dagli altri, differenziandolo nelle modalità di risposta comportamentale e di relazione. Lo sviluppo della personalità individuale si esplica durante il corso della nostra vita, attraverso processi di modellamento e consolidamento che sfociano nel completamento della crescita psicologica dell'adulto [1]. Ma come possiamo effettuare una lettura dell'influenza dell'ambiente primario nello sviluppo del bambino, dove per ambiente primario intendiamo i genitori? La teoria dell'attaccamento ci offre una possibilità osservativa, ritenendo il funzionamento mentale dell'individuo basato su sistemi motivazionali interpersonali quali attività mentali complesse, e in gran parte inconsce, con la funzione di organizzare i comportamenti orientandoli ad uno scopo. John Bowlby sostiene che nei piccoli esseri umani vi è presente un'innata spinta a ricercare un riferimento che sia capace di dare adeguata risposta nei momenti di bisogno e pericolo [2]. La figura di attaccamento, costituisce il legame privilegiato verso cui sono dirette e con cui si cimentano le aspettative innate del piccolo, prima ancora dell'inizio del legame di attaccamento propriamente detto. La figura di attaccamento svolge diversi ruoli: fornisce le invalidazioni proporzionate che spingono il sistema cognitivo ad accogliere i nuovi dati che non trovano spazio nei vecchi schemi; agisce da facilitatore dei meccanismi di assimilazione, stimolando l'applicazione di uno schema di azioni ad oggetti diversi e quindi generalizzandone l'utilizzo; promuove la creazione di un contesto significativo, attribuendo significati socialmente condivisi ad uno schema. A seconda della risposta del caregiver il bambino sviluppa quindi dei sistemi di lettura dell'ambiente, operando delle aspettative in merito agli avvenimenti futuri su di sé, sugli altri e sul mondo, ovvero dei modelli interiori di sé-con l'altro, cioè dei modelli in base ai quali si costruiranno tutte le relazioni [3].

Da questi presupposti nasce la necessità clinica di voler costruire una metodologia che consenta di osservare, partecipando, l'attaccamento madre-bambino e di agevolare consapevolezza e conoscenza, attivando o riattivando processi psichici relazionali mobilizzati e modificabili, in direzione di un cambiamento. Si vuole assumere una metodologia di aiuto basata su:

- non direttività; con il presupposto rogersiano di base che ogni essere umano tende all'attualizzazione del sé;
- consapevolezza; ritenendo che il prendere coscienza di alcuni funzionamenti possa far approdare a modifiche ed aggiustamenti;

- stimoli/mediatori narrativo-immaginativi (i racconti); assumendo questa tipologia di stimoli come agevolatori di riflessione sublimata di processi interni ed esterni. Nello specifico si intende produrre un *dispositivo di lavoro psichico* in contesti di piccolo gruppo, rivolti a mamme e bambini di età compresa tra i 4/8 anni, mediati da un oggetto culturale (il racconto). Si assume l'idea di base che la qualità del mediato (inteso come ponte, tramite, strumento che media, che agevola, che stimola riflessione) svolga un ruolo specifico insieme ai processi di gruppo sottostanti, a cui sono interrelati. Da un lato il racconto svolge una indubbia azione di stimolo immaginativo, riproponendo su un versante narrativo i pattern interni, le vicende intrapsichiche e relazionali; dall'altro i processi interiori vengono esteriorizzati e diventano meglio consapevolizzati, attraverso il verbale e una scheda cognitiva. I racconti strutturati appositamente, trattano tematiche relative alle fasi di sviluppo di una relazione di attaccamento, portando importanti messaggi alla mente conscia, preconsoscia e subconsoscia. Permettono inoltre di attraversare, su un versante immaginativo, ciò che alla consapevolezza potrebbe essere di difficile accesso, stimolando una nuova possibilità di scelta. L'originalità dell'intento sta nel tentativo di poter prevenire il consolidarsi di una relazione insicura di contatto, che possa in alcuni casi progredire e sclerotizzarsi in sistemi disorganizzati e riflettersi negativamente sullo sviluppo della personalità dell'individuo.

Evidenze della letteratura

La teoria dell'attaccamento elaborata da John Bowlby [4], sostiene che nei cuccioli dei mammiferi e nei piccoli esseri umani è presente una tendenza innata, pre-programmata e automatica di ricerca di una figura adulta in grado di fornire cura e protezione, nei momenti di bisogno e pericolo. Ciò garantisce al neonato quella sopravvivenza che l'immaturità e l'incapacità ontogenetica di soddisfare i propri bisogni fisiologici non permetterebbero.

Che cosa ci orienta a definire una relazione di attaccamento? Elenco qui a seguire tre caratteristiche distintive [5]:

- 1) Il bisogno di avere vicino una figura di riferimento;
- 2) Uno specifico clima di sicurezza e di fiducia;
- 3) L'espressione di comportamenti orientati a ricercare l'attenzione della figura di riferimento.

Mary Ainsworth [6] e, a seguire J. Bowlby (1988), hanno dato considerevole importanza al costrutto di base sicura, ritenendo che la sua essenza consiste nella creazione di un "trampolino" per la curiosità e l'esplorazione del mondo.

Le figure primarie hanno quindi questa fondamentale peculiarità, ovvero costituire la base di sicurezza che permetta ai figli di spingersi verso esperienze di autonomia e di ritornare, quando necessario, per ricevere risposte accudenti o gesti protettivi [7].

J. Bowlby [8] sostiene che l'individuo si orienta nel mondo attraverso dei modelli operativi presenti all'interno di ognuno di noi, ovvero delle lenti di lettura che si

strutturano fin dai primi anni di vita e che rimangono relativamente invariate fino all'età adulta; queste lenti sono necessarie perché utilizzate per predire il mondo e mettersi in relazione con esso [9].

Gli stili/pattern di attaccamento si configurano in funzione delle caratteristiche dell'interazione tra il bambino e il caregiver, ossia delle strategie di pensiero e di comportamento che il bambino sviluppa per aumentare la probabilità di ricevere cura e protezione dalle sue figure di attaccamento: sicuro (bambini in grado di cercare attivamente la vicinanza con il loro caregiver, di comunicare i propri stati mentali e sentimenti in un clima di accoglienza, di esplorare attivamente l'ambiente che lo circonda con una rappresentazione di sé caratterizzata dall'idea di essere degno di ricevere amore e cura), evitante (stile caratteristico di quelle relazioni in cui il caregiver ha difficoltà a rispondere in maniera pronta e sensibile alle richieste del bambino o minimizza le difficoltà del piccolo relazionandosi con lui in maniera poco sintonica. Il bambino tenderà a mostrarsi emotivamente indipendente e autosufficiente e svalutante verso le figure di attaccamento di cui tuttavia ne necessita la vicinanza), ambivalente (i comportamenti d'attaccamento vengono iperattivati a causa delle risposte sporadiche, imprevedibili e incoerenti del caregiver), disorganizzato (assenza di una strategia organizzata e precisa per reagire al bisogno di protezione e cura in quanto il caregiver tende a perdere facilmente il controllo o ad assumere comportamenti disadattivi). A partire dai diversi stili di attaccamento, il bambino interiorizza sistemi di rappresentazione, pensieri e aspettative che costituiranno i M.O.I. e che condizioneranno le relazioni e i comportamenti futuri. Le ricerche orientate ad approfondire la relazione con le figure di attaccamento hanno evidenziato che i M.O.I. processualmente possono ristrutturarsi, grazie a nuove esperienze relazionali intessute durante il ciclo di vita [10].

Importanti correlazioni sono state riscontrate tra le modalità relazionali di attaccamento dei genitori e dei figli, descritte come “trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento” [7].

Anche Winnicott ha sempre occupato un ruolo importante nella lettura dello sviluppo del bambino, prestando maggiormente attenzione allo sviluppo del Sé all'interno della relazione madre-bambino. In un bambino il proprio potenziale genetico può gradualmente evolversi attraverso le specifiche cure materne che vanno a costruire e costituire la continuità dell'essere [11]. Anche all'interno di questa concettualizzazione teorica la maturazione del bambino emerge all'interno di un'unità mamma-figlio, attraverso funzioni che facilitano uno sviluppo sano. Le funzioni sono: l'holding, l'handling, l'object relating. Queste funzioni permettono al Sé di strutturarsi attraverso il contenimento e la manipolazione, sperimentando quell'area che non appartiene né alla mamma né al bambino, ovvero i contesti di gioco, nei quali si acquisisce il concetto di spazio tra dentro e fuori. In questo spazio il bambino può imparare a sostenere l'angoscia sperimentata durante l'allontanamento/separazione e può approdare ad un'identità che contiene la percezione di persistenza dell'essere [12]. Piaget ha prestato maggiore attenzione a come si costituisce la conoscenza nello sviluppo del bambino, centrando gli studi sui processi cognitivi. Individuò una sostanziale dif-

ferenza tra il modo in cui il bambino opera un pensiero e su come lo elabora l'adulto; altresì sottolineò la correlazione tra l'intelligenza e la competenza adattiva all'ambiente circostante socio-relazionale. Lo sviluppo quindi si origina nell'individuo e il suo sviluppo può essere influenzato da elementi esterni, che però non possono esserne la causa [13].

Stern può essere rappresentato come un ponte tra la psicoanalisi e la psicologia dello sviluppo. Sostiene che vi sia una organizzazione preesistente che si origina nella diade madre-bambino, definendo il Sé frutto di una interazione sociale. Il Sé si sviluppa nelle esperienze relazionali con la figura di riferimento e solo in un secondo momento processuale il bambino comincia ad avere uno spazio più attivo nelle diverse modalità di scambio interattivo [14]. Ed è sempre nello scambio interattivo con il caregiver, in questo spazio di relazione significativa, che il bambino struttura un proprio modo di rappresentarsi il mondo [15]. Evidente risulta inoltre dagli studi di neuroscienze, l'influenza delle relazioni significative sui processi neuronali e loro maturazione e quindi sulle attività inerenti la memoria, le componenti emotive, la narrazione autobiografica, le rappresentazioni e stati della mente. Una relazione significativa è quindi fondamentale che sia costituita da sostanziale sicurezza; al contrario può comportare un rischio importante per la salute psico-fisica [16]. Saper modulare adeguatamente le emozioni è base processuale per lo sviluppo del Sé; e sono proprie le interazioni, gli scambi relazionali e comunicativi tra caregiver e figlio che si riflettono sullo sviluppo delle capacità di autoorganizzazione del bambino [17].

Riferimenti epistemologici del modello

L'interesse di utilizzare i racconti per leggere e contemporaneamente intervenire sulla relazione madre-bambino è nato dall'intento di trovare uno strumento analogico, che permetta di osservare, conoscere e fare esperienza delle caratteristiche della relazione in atto.

I racconti e le fiabe permettono di attivare il "mundus imaginalis" e stimolano la riflessione e la conoscenza sulle proprie modalità relazionali e sui propri legami di attaccamento.

Le tecniche immaginative rimandano a metodi antichissimi di cura che ritroviamo tanto nella cultura greca (si veda il culto di Esculapio), quanto nelle culture sciamaniche amerinde.

Inoltre, a partire dall'infanzia, fase evolutiva in cui l'individuo struttura la capacità di comprendere il senso della sua presenza nell'universo, i racconti possono essere utilizzati come mezzi attraverso cui leggere la realtà circostante ed attribuirgli significato; sono mezzi fondamentali per avere accesso a concetti complessi come le leggi, i valori e, in alcuni casi, i comportamenti dell'essere umano.

Un racconto è immagine quando racchiude qualcosa che non risulta esplicita o di immediata comprensione: quando implica significati più profondi, non chiaramente precisati. Il ricorso a fiabe e racconti per sollecitare sia il mondo immaginale del bambino che la riflessione cognitiva nei genitori non si riduce soltanto ad una mera

presentazione di stimoli che permettano di elicitare e approfondire commenti, bensì può rendere visibile le profonde emozioni connesse agli aspetti immaginativi di ciascun racconto.

Mentre in figura il racconto funge da stimolo, nello sfondo la cornice empatica caratterizzata da accoglienza ed accettazione incondizionata riferiti al modello rogersiano, accompagnano la diade in una evoluzione che si processa e sviluppa naturalmente, all'interno di un nuovo holding che contiene, ed è caratterizzato da fiducia, sospensione del giudizio e apertura al cambiamento responsabile. Il gruppo viene utilizzato per promuovere la crescita della persona, nonché il miglioramento della comunicazione e delle relazioni interpersonali, sia quale esperienza diretta che indiretta [18].

Il gruppo di bambini e genitori, facendo riferimento al pensiero di Winnicott, può essere pensato come uno “spazio di gioco” con molteplici valenze riferibili da un lato alla processualità intrapsichica, intesa come svolgersi “interno” del Sé, e dall'altra, ai legami che organizzano la costruzione della dimensione relazionale e intersoggettiva [12].

Il processo sarà scandito riferendosi alla spirale di contatto quale circuito esperienziale di adattamento del Sé, intervallata da figure e forme in compimento [19], in un campo percettivo di continuo interscambio individuo – ambiente [20].

Ipotesi di studio

Obiettivi dello studio sono:

- verificare se il mondo immaginativo del racconto proposto come *esperienza tralata* dei processi relativi all'attaccamento, possa permettere alla madre, di approdare ad una consapevolezza maggiore rispetto al *cosa risulta funzionale nella relazione e cosa invece necessita di aggiustamento* (Ascoltare il racconto – riflessione cognitiva su di me in relazione con mio figlio – attraverso una scheda specifica con domande di sollecito – prendo atto di ciò che funziona e ciò che funziona meno bene);
- se il confronto grupppale agevola, potenzia la consapevolezza attraverso un confronto/ riflessione cognitiva sull'immaginato;
- costruire una metodologia processuale dove il gruppo fa da sfondo e la gestalt da cornice, e in cui gli strumenti stimolo sono: il racconto; il disegno; la scheda di riflessione cognitiva (al momento in fase di elaborazione); il disegno; la relazione grupppale.

Metodologia e strumenti

Si utilizzerà il **gruppo a mediazione** [21], dove il gruppo fa da sfondo di contesto, con impianto rogersiano in una cornice gestaltica, ed il racconto funge da forma di comunicazione di genere narrativo che stimola l'immaginario, quale “campo di esperienza utilizzato per dire qualcosa a proposito di un altro campo di esperienza” [22].

Gli strumenti nello specifico saranno:

- n. 5 racconti, ideati e trascritti appositamente per il percorso; le tematiche dei racconti sono orientati a stimolare la riflessione su: base/posto sicuro, separazione/individuazione, protesta/ribellione, autonomia/differenziazione).
- n.1 scheda con domande stimolo specifiche orientate sul tema della relazione/attaccamento madre-bambino (da somministrare alla mamma nell'avvio al post contatto di ogni incontro);
- disegno libero in cui il bambino esprimerà l'elemento principale colto durante l'ascolto del racconto (da eseguire nell'avvio al post contatto di ogni incontro) (al fine di individuare da quale contenuto maggiormente è stato attratto in termini di libera associazione).

Risultati attesi e Conclusioni

Ci si auspica di validare il processo attraverso:

- un confronto attivo/interattivo con le mamme nella fenomenologia del processo; raccogliere i feedback delle stesse a chiusura di ogni incontro, per individuare eventuali nuove consapevolezze apprese ed eventuale percezione o intenzionalità di cambiamento nell'assetto relazionale con il figlio;
- Somministrazione di uno specifico questionario/scala di lettura della relazione di attaccamento, da somministrare alle mamme pre e post (la tipologia del questionario o della scala è ancora da individuare).

Discussioni e prospettive future:

Il passo successivo della ricerca sarà mettere in concreto quanto ipotizzato: strutturare un gruppo di mamme e bambini per attivare il dispositivo e quindi verificarne gli effetti qualitativamente e quantitativamente.

Riuscire ad avere una metodologia di processo che agevoli nelle mamme la riflessione e la consapevolezza sulla loro modalità di stare in relazione con il bambino, in un contesto di apprendimento gruppale e di confronto, ci permetterebbe di poter incidere precocemente sui sistemi di relazione e quindi di rinsaldare la base sicura, necessaria per lo sviluppo di una sana personalità.

BIBLIOGRAFIA

1. Holmes, J. (1994). *La teoria dell'attaccamento. John Bowlby e la sua scuola*. Raffaello Cortina.
2. Bowlby, J. (1989). *Una base sicura*. Raffaello Cortina.
3. Fonagy, P. (2005). *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina.
4. Bowlby, J. (1969). *Attaccamento e perdita-Volume primo: L'attaccamento alla madre*.
5. Stevenson-Hinde, J. (1982). *The place of attachment in human behavior*. Tavistock Publications.
6. Ainsworth, M. D. S. (2006). *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità: scritti scelti*. Raffaello Cortina.
7. Baldoni, F. (2007). Modelli operativi interni e relazioni di attaccamento in preadolescenza. *Crocetti, G., Agosta, R.,(a cura di): Preadolescenz. Il bambino caduto dalle fiabe. Teoria della clinica e prassi psicoterapeutica. Pendragon, Bologna, 57-77.*
8. Bowlby, J. (1975). *Attaccamento e perdita. La separazione dalla madre. Vol. II. Torino: Bollati.*
9. Lorenzini, R., & Sassaroli, S. (1995). *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*. Raffaello Cortina.
10. Verardo, A. R. (2016). *Attaccamento traumatico: il ritorno alla sicurezza: il contributo dell'EMDR nei traumi dell'attaccamento in età evolutiva*. Giovanni Fioriti Editore.
11. Winnicott, D. W. (2004). *Psicoanalisi dello sviluppo*. Armando Editore.
12. Winnicott, D. W. (1971). *Gioco e realtà*. Armando editore.
13. Piaget, J., Petter, G., Garau, B., & Inhelder, B. (1981). *La rappresentazione dello spazio nel bambino*. Giunti Barbèra.
14. Stern, D. N., Biocca, L. M., & Biocca, A. (2012). *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri.
15. Stern, D., & Chiari, S. (1982). *Le prime relazioni sociali: il bambino e la madre*. Armando.
16. Siegal, D. J. (2001). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*.
17. Tondi, F. (2018). Daniel Hill, Teoria della regolazione affettiva. Un modello clinico. Prefazione di Allan Schore. A cura di Renata Tambelli. Trad. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 52(1), 148-149.
18. Marrone, A. (2001). Incontrare per incontrarsi: I fattori facilitanti la crescita e il cambiamento nei gruppi di incontro. *Da persona a persona. Rivista di Studi Rogersiani*, 1, 135-169
19. Goodman, F. P. R. H. P. (1997). *Teorie e Pratica della Terapia della Gestalt*. Astrolabio, Roma.
20. Lewin, K. (2005). *La teoria, la ricerca, l'intervento*. Il Mulino.
21. Vacheret, C. (2008). Foto, gruppo e cura psichica. *Il Fotolinguaggio come metodo psicodinamico di mediazione nei gruppi*. Liguori Editore.
22. Arzilli, D. (2014). La costruzione delle fiabe in psicoterapia dell'infanzia. *Costruttivismi*, 1, 196-207.

REVIEW

Arteterapia e Play Therapy: connessioni tra i due approcci nella psicoterapia con gli adolescenti

Tommaso Romitelli¹

¹ SiPGI - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata



Citation

Romitelli T. (2020). Arteterapia e Play Therapy: connessioni tra i due approcci nella psicoterapia con gli adolescenti Phenomena Journal, 2, 62-71. <https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.80>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Tommaso Romitelli
tommyromi@hotmail.it

Ricevuto: 10 maggio 2020

Accettato: 20 maggio 2020

Publicato: 20 maggio 2020

ABSTRACT

This article explores how key concepts of Art Therapy and Play Therapy can be compatible ways of working with adolescents. The connections between the two approaches can be identified in their philosophical structure of seeing the self as an embodied and relational process, in considering the importance of play and experimentation within the therapeutic encounter and in stressing the importance of the therapeutic relationship and the confidence that adolescent is able to self-direct towards his own growth and learning. In addition, Art Therapy and Play Therapy can draw on research on neuroscience to demonstrate the importance of congruence, authenticity and consistency (both of the therapist and the adolescent) in the construction of the therapeutic relationship.

KEYWORDS

Play therapy, art therapy, adolescence, psychotherapy.

ABSTRACT IN ITALIANO

Questo articolo esplora come i concetti chiave dell'Arteterapia e della Play Therapy possano essere modalità compatibili per lavorare con gli adolescenti. Le connessioni tra i due approcci possono essere individuate nella loro struttura filosofica di vedere il sé come un processo incarnato e relazionale, nel considerare l'importanza del gioco e della sperimentazione all'interno dell'incontro terapeutico e nel sottolineare l'importanza della relazione terapeutica e la fiducia che il ragazzo è in grado di auto-dirigere verso la propria crescita ed il proprio apprendimento. Inoltre Arteterapia e Play Therapy possono attingere alla ricerca sulle neuroscienze per dimostrare l'importanza della congruenza, dell'autenticità e della coerenza (sia del terapeuta che dell'adolescente) nella costruzione della relazione terapeutica.

PAROLE CHIAVE

Play therapy, arteterapia, adolescenza, psicoterapia.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

Introduzione

Questo articolo si prefigge l'obiettivo di esplorare i punti focali su cui si basano Arteterapia e Play Therapy al fine di segnalare i due approcci come modalità compatibili per lavorare nella psicoterapia con gli adolescenti, una fascia d'età non sempre disponibile al lavoro terapeutico attraverso il canale verbale. La loro tendenza all'acting, al fare piuttosto che al dire, ha suscitato sempre grande interesse in letteratura: il gioco, così come la produzione artistica, diventano allora canali alternativi con cui parlare di sé, esprimersi e provare a produrre cambiamento, una trasformazione che avviene sempre in modalità non avulse dai contesti in cui ci si trova e per questo quindi mediata dalla relazione. La psicoterapia della Gestalt mira proprio a prendere in considerazione l'incontro tra terapeuta ed utente e a focalizzare la sua attenzione su ciò che accade nel qui ed ora fra i due soggetti coinvolti.

Metodi e materiali

Attraverso una ricerca su Google Scholar sono stati revisionati articoli e testi presenti in letteratura circa gli argomenti trattati per effettuare una review sulle tematiche in oggetto.

Che cos'è l'Arteterapia?

“Psicoterapia con espressione plastica”, “terapia con l'arte”, “terapia tramite l'arte”. Sono tante le inflessioni concettuali inerenti l'accostamento tra la psicoterapia e l'arte. Si è costruita una vera e propria babele di termini che a volte contribuiscono a generare uno stato di confusione circa la valenza, l'utilità e gli obiettivi di quella che più comunemente conosciamo come “arteterapia”. Ultimamente quelle più gettonate sembrano essere “arteterapia espressiva” e “arteterapia creativa”: la prima si riferisce al lavoro di espressione mediata (pittura, scultura, poesia...) e si configura come l'analisi di ciò che viene prodotto in un contesto transferale (o di risonanze); anche l'arteterapia creativa stimola la dimensione espressiva, ma in termini di processo non si tende a decifrare ciò che si vede, piuttosto il terapeuta accompagna con discrezione il paziente dentro le sue opere con le sue elaborazioni, con i suoi passaggi all'azione e moderando l'espressione dei suoi sintomi (il tutto accade evitando di toccare eventuali difese, tabù, sintomi e resistenze irrinunciabili). L'arteterapia agisce grazie ad un processo psichico in cui l'ignoto e la creazione consentono il cambiamento, attraverso insights intersoggettivi dove teorie precostituite non trovano posto.

A chi rivolgere allora l'arteterapia? La risposta risiede nel fatto che andrebbero considerati quei soggetti che non utilizzano facilmente e volentieri il linguaggio verbale e/o a coloro che hanno conseguito scarsi risultati con altre terapie (anche a coloro che mostrano predisposizione verso una dimensione estetica e familiarità con l'espressione artistica). L'utenza privilegiata sembra essere allora quella riguardante bambini e adolescenti. Tuttavia non bisogna perdere di vista l'importanza che in tale processo possano avere il terapeuta e la sua formazione: la capacità di analizzare la

relazione terapeuta-paziente stabilendone la sua efficacia in termini di sintonia. Molti autori riscontrano controindicazioni nei casi di anoressia mentale, di persone con particolare predisposizione all'acting, di iconoclasti e sabotatori di relazioni di gruppo.

La carenza di studi sull'arteterapia con adolescenti non deve indurre nell'immaginarla come una pratica poco utile: il suo valore consiste nel considerare il mezzo artistico (disegno, scultura, fotografia) come uno strumento che permette ai soggetti di esprimersi sganciandosi dai vincoli imposti dal concetto di "arte" più comunemente diffuso. L'arteterapia infatti non si rivolge ad un pubblico e non presuppone la reintegrazione dell'opera creata nella realtà socioculturale con tecniche, processi e metodi al fine di perseguire uno scopo, un ideale di bellezza attraverso le culture ed il tempo. Con l'arteterapia il ragazzo, infatti, è accolto nella sua inesperienza artistica senza richiesta di produzione o elaborazione specialistica. Inoltre - altra differenza importante - se l'arte nasce spesso in solitudine, con l'arteterapia l'oggetto creato vede la sua origine nella relazione con un terzo, il terapeuta, che non si limiterà ad interpretare quanto prodotto in maniera prestabilita ma si impegnerà a co-costruire e a condividere significati a partire dalla conoscenza della vita dell'autore stesso dell'opera e da ciò che sta emergendo nel qui ed ora (uno dei presupposti di base della Gestalt) nella relazione tra i due attori coinvolti nel processo; ne consegue una relazione significativa caratterizzata dalla presenza di un terapeuta pronto ad accogliere la messa in forma di pensieri non ancora pensati.

Per tali motivi il prodotto materiale, l'abilità e l'estetica, identificando la creazione artigianale in un'ottica socioterapeutica, non trovano spazio nell'arteterapia che invece promuove una proiezione libera da regole tendenti all'interpretazione avulsa dal contesto relazionale tra terapeuta e ragazzo.

André Green [1], studiando la capacità di tradurre in termini linguistici il funzionamento (e la natura) di un apparato psichico (un inconscio senza parole) che non è fondato di per sé su elementi linguistici, analizza un processo complesso in cui il significato - che definisce "un elemento terzo" - si forma retrospettivamente solo quando le tracce mnestiche incontrano le richieste del corpo.

In arteterapia con la produzione di un oggetto sensoriale, visibile ed iscritto in una dinamica processuale, l'attività plastico-pittorica offre all'adolescente una certa integrazione col suo "essere corpo" finora poco esplorato visto che attiva la memoria motoria e cognitivo-affettiva. Vi ritroviamo infatti tracce mnestiche che, spesso, non sono elaborabili psichicamente, non possono essere visibili e quindi individuate se non in una esperienza che consideri il corpo. Questo incontro tra l'essere ed il fare avviene nel superamento della regola dell'astinenza vigente nelle terapie verbali. Per gli adolescenti, che prediligono l'agire, è facile intuire quanto possa essere d'aiuto. Dipingere, scolpire, disegnare, sono la concretizzazione di atti motori e percettivi implicanti l'attività del corpo riconosciuta dall'altro. Basta osservare un adolescente dipingere per cogliere la coreografia del suo "essere corpo" come componente primordiale del gioco espressivo. La produzione plastica è più diretta e meno diretta

della terapia verbale: viene preservata la difesa e il prodotto veicola un narcisismo riparatore di un lavoro terapeutico “nel” e “del” profondo.

Dalla mia pratica clinica ho avuto modo di constatare che in molte terapie con adolescenti il canale verbale, ai fini della riuscita dell'intervento, non risulta sempre essere efficace: il cambiamento, molto spesso, viene sollecitato quando si incomincia a prendere in considerazione il canale corporeo e solo dopo, gradualmente, si può arrivare all'uso del simbolo per eccellenza, ovvero la parola, tendendo quindi ad un'integrazione dei due canali di comunicazione.

Pertanto, in arteterapia, le esperienze plastico-pittoriche coinvolgono esperienze corporee consapevoli ed integrate dalla persona che potremmo definire “proto-simboli” ovvero anelli di congiunzione tra la sensazione non ancora percepita e la simbolizzazione attraverso il pensiero cosciente che il soggetto, responsabilmente, può verbalizzare e riconoscere.

Grazie all'opera creata in arteterapia, che consente una prima messa in forma dell'esperienza, il soggetto può appropriarsi della propria emozione, guardarla, digerirla ed infine dirla in forma verbale definendo in maniera più chiara il proprio vissuto. Ferrari [2], parlando di Oggetto originario Concreto, afferma che la necessità di dare una forma, di rendere dicibili gli accadimenti e le vicissitudini dello svolgersi del complesso rapporto tra la propria corporeità (“l'Uno”) e la propria psichicità (“Bino”, funzione cardine tra la corporeità e la cultura in cui viviamo) esista in ognuno di noi.

Non è raro notare quanto per i pazienti adolescenti la dimensione della fisicità sia vissuta come qualcosa di inquietante, non sempre possibile da raggiungere e da verbalizzare. In questa ottica Romano [3] ritiene che è grazie a quel complesso sistema di funzioni che possiamo definire “corporeità” se diventiamo capaci di tradurre le sensazioni in percezioni al fine di generare emozioni per poi dare spazio progressivamente all'altro sistema di funzioni che possiamo definire “psichicità”, il cui compito è quello di attenuarne l'intensità sensoriale proteggendone il funzionamento.

Il lavoro quindi può avvenire sia attraverso il corpo, perturbando ciò che abitualmente accade in esso (ad esempio, alzando il volume della voce, cambiando postura o utilizzando in modo differente i cinque sensi), sia attraverso la sperimentazione di quello che non è usuale, a livello verbale, con il dialogo e la creazione di metafore grazie alle quali dare significati nuovi all'esperienza vissuta. In quest'ottica il terapeuta è chiamato nella relazione col paziente, in qualunque direzione si proceda, ad un atto “creativo” e generativo.

Proporre una terapia a mediazione plastico-pittorica ad un ragazzo in difficoltà è un modo per ascoltare la dinamica bio-psico-socio-culturale che lo caratterizza, una strada per portare la corporeità a creare immagini da usare come protosimboli. Sta al terapeuta scegliere, di volta in volta, quali strumenti usare grazie alla propria competenza nell'analizzare la relazione in corso al fine di verificare se questa stia funzionando e nel riconoscere quali canali siano attivi e funzionali rispetto all'angoscia del paziente.

Nell'adolescenza il ragazzo ha bisogno di lasciare tracce in oggetti mediatori e in si-

tuazioni mediate, che possano avere la funzione di contenitori formali e di metabolizzatori. Ad esempio le immagini rappresentano mediazioni tra la realtà esterna e la realtà psichica e permettono di fare dei collegamenti nella realtà intrapsichica del soggetto perché sono l'oggetto di scambi inter-soggettivi.

Per molti adolescenti l'oggetto esterno (come colori e pennelli) costituisce un eccellente supporto per 'pensare i pensieri', mentre per altri questo ruolo di mediazione è svolto dal corpo e/o dal terapeuta [4]. In poche parole si sta affermando che con gli adolescenti bisogna riconoscere qual è la mediazione più opportuna: può essere la mediazione con materiale plastico (arteterapia), può essere una mediazione corporea (terapia corporea), può essere una mediazione verbale (terapie verbali). È importante con pazienti adolescenti che il terapeuta sia versatile, ovvero che la terapia non si avvalga di un'unica mediazione. Lo psicoanalista francese Soudres [5] segnala nel lavoro con gli adolescenti il rischio di negligenza, ovvero la difficoltà del terapeuta di cogliere la costruzione psichica in cui si condensano i fenomeni corporei, iconici, linguistici, simbolici del ragazzo e il rischio di rigidità ossia la mancanza di flessibilità del terapeuta a passare opportunamente da una mediazione all'altra, da plastica a corporea, a verbale. La terapia mediata dall'arte sollecita una trasgressione permanente perché autorizza l'impensabile a concretizzarsi. L'adolescente è avvezzo al "trasgressivo", all'impensabile, condizioni che divengono pensabili e verbalizzabili grazie a quello che Pierre Férida [6] definisce 'oggioco', ovvero ciò che può nascere tra le parole e gli oggetti. Il gioco con colori e materiali consente di vedere ciò che è invisibile, trasforma in presente ciò che è assente. Sul versante terapeutico dell'esperienza possiamo constatare che con gli adolescenti non è opportuno fare tuffi nel passato (se non per quegli aspetti che agiscono nell'immediato presente) e che molte esplorazioni avvengono da sole durante l'adattamento che richiede l'espressione creativa;

Ritengo che stimolare il potenziale creativo dell'adolescente attraverso un mezzo espressivo, in un'ottica terapeutica, abbia in sé qualcosa di rivoluzionario esattamente come è nella tendenza maturativa dei soggetti di questa età. Il bisogno di esprimersi creativamente aspetta solo un contesto opportuno per emergere.

Che cos'è la Play Therapy?

La Play Therapy affonda le sue radici nel lavoro di Virginia Axline [7] negli anni '40 e si configura come approccio alla terapia centrato sul cliente adattato a bambini ed adolescenti. Si concentra sulla costruzione di una relazione sicura tra il terapeuta e l'utente al fine di suggerire la possibilità di esprimersi autenticamente in ogni momento, onorando così il loro mondo fenomenologico. Considerando la relazione di supporto come la chiave per la crescita e la guarigione, il terapeuta utilizza il gioco per entrare in contatto col mondo del bambino in modo sicuro [8]. Alla base della Play Therapy ci sono concetti chiave di (a) l'importanza della relazione terapeuta-cliente; (b) la convinzione nel potenziale innato di un cliente di crescita auto-diretta, indipendentemente dall'età; (c) considerare che il concetto di Sé sia un processo con-

tinuo. Utilizzando attività esperienziali, il cliente è incoraggiato, supportato e stimolato a esprimere e a dare un senso alle proprie emozioni interne [9]. Ciò si traduce in un'esplorazione non direttiva, relazionale, fenomenologica del modo incarnato del cliente di essere nel mondo.

La capacità di giocare in qualsiasi fase della vita massimizza la nostra capacità di apprendere cose nuove. Il gioco ci aiuta a superare le aree problematiche della nostra vita che altrimenti potremmo evitare perché troppo dolorose. Ravviva il nostro viaggio e ci insegna a trasformare gli stati di disordine personale in ordine creativo. Il gioco infonde la scoperta di sé con leggerezza e conferisce un elemento di eccitazione e avventura - persino piacere - a quello che può essere un percorso doloroso e serio. La Play Therapy sostiene che l'apprendimento e il gioco siano indissolubilmente legati dalle prime fasi della vita attraverso il legame tra madre e bambino grazie a sorrisi, solletico e discorsi. La ricerca sulle neuroscienze ora supporta la teoria secondo cui questo tipo di interazione tra madre e figlio aiuta a sviluppare le connessioni cerebrali sociali nel bambino. Youell [10] nota che la giocosità si verifica all'interno delle relazioni e, sebbene sia possibile essere giocosi anche da soli, dobbiamo averlo sperimentato prima con un altro essere. La capacità di giocare è una fase di sviluppo così importante che le osservazioni sulle inibizioni nel gioco possono essere utilizzate come strumento diagnostico nel valutare lo sviluppo emotivo, psicologico e cognitivo dei bambini. Youell sostiene che i bambini che non sono stati introdotti a interazioni ludiche avranno difficoltà a stabilire connessioni con le persone nella vita ed hanno maggiori probabilità di affrontare nuove situazioni con livelli più elevati di ansia. Brown [11] distingue tra diversi tipi di gioco: corpo, oggetto, ruvido e tumulto, spettatore, rituale e gioco immaginativo; tutti forniscono uno stimolo specifico al cervello per migliorare lo sviluppo neurale nei bambini. Nella Play Therapy, il terapeuta è in grado di utilizzare tutti questi diversi tipi di gioco all'interno del processo terapeutico al fine di supportare il processo di sviluppo. L'immaginazione e la fantasia formano naturalmente la base di molti tipi di giochi nei bambini e negli adolescenti, dai duelli di pirati alla pittura con le dita o alla festa da tè della principessa ai salvataggi di supereroi: più il processo è incarnato, più il gioco è animato [12].

Collegamenti tra Arteterapia e Play Therapy

La terapia della Gestalt è influenzata dalla psicologia esistenziale e umanistica e vede il Sé come un concetto continuo guidato dal processo che incorpora il contesto socioculturale da cui emerge. Questa comprensione olistica del Sé ha alla base una prospettiva fenomenologica, intersoggettiva e relazionale. L'enfasi nell'incontro terapeutico differisce da alcune terapie parlanti nell'inclusione del processo corporeo [13].

Questa visione dell'Io come processo continuo incorpora anche l'approccio umanistico ed esistenziale all'io nell'idea di integrazione e esperienza di se stessi [14]. Tale integrazione fornisce un'illusione di prevedibilità all'interno del processo in corso e dell'esperienza di noi stessi. Philippon [15] suggerisce che è attraverso il manteni-

mento e l'espressione di un senso prevedibile di noi stessi che si allevia l'ansia esistenziale di quel processo continuo. Questo sentimento si riferisce all'incarnazione della nostra esperienza vissuta e al processo attraverso il quale lo facciamo e indica una conoscenza più intuitiva e implicita di noi stessi.

All'interno di questo framework, Play Therapy ed Arteterapia possono essere visualizzati come diversi rami dello stesso albero, condividendo le stesse radici filosofiche. Entrambi derivano da un processo fenomenologico, non interpretativo ed esperienziale che si svolge nel qui-ed-ora. In combinazione con lo sviluppo di un senso di sé più radicato, attraverso una relazione terapeutica incarnata, può emergere la capacità di un bambino-adolescente di auto-attualizzazione. I due approcci condividono anche il concetto di relazione Io-Tu [16], che sottolinea l'interconnessione e il dialogo ed è caratterizzato da un incontro autentico e dalla creazione di una relazione di supporto e di guarigione [17].

Esperimenti in Arteterapia e in Play Therapy

La creatività e la psicoterapia sono interconnesse a un livello fondamentale: trasformazione, metamorfosi e cambiamento. La terapia creativa è un incontro, un processo di crescita, un evento di risoluzione dei problemi, una forma speciale di apprendimento ed un'esplorazione dell'intera gamma delle nostre aspirazioni alla metamorfosi e all'ascensione.

All'interno dell'Arteterapia, gli esperimenti sono presentati come modi per i clienti di provare qualcosa di nuovo. Questi possono essere visti come il processo di riproduzione creativa incorporato nella Play Therapy. Ogni interazione, ogni momento di connessione fa parte del processo di gioco che sostiene lo sviluppo psicologico del bambino-adolescente. Sia in Arteterapia che nella Play Therapy, ciò richiede che il terapeuta lavori fenomenologicamente nel qui-ed-ora e risponda in modo autentico e creativo a ciò che emerge nel mezzo [18]. Il gioco deve essere creato attorno alla figura emergente nel momento presente e riflettere l'autonomia del bambino-adolescente. Consentire a questi soggetti di giocare al proprio ritmo è vitale: è necessario prestare molta attenzione alle loro risposte nel respiro, nella loro energia e nei loro movimenti per consentire l'integrazione di nuove esperienze derivanti dal processo di gioco [19].

L'essenza di ogni esperimento in Arteterapia è fornire ai clienti una nuova consapevolezza di come interagiscono nelle relazioni con chi li circonda. Analogamente nella Play Therapy, il gioco fornisce al bambino-adolescente un modo di elaborare le proprie emozioni e funge da mezzo attraverso il quale interagisce con il terapeuta, che è quindi in grado di comprendere la loro esperienza. Lo spazio terapeutico consente ai soggetti di testare nuovi modi di essere in relazione, di provare le cose e di provare nuovi sentimenti. Gli esperimenti offrono ai clienti le scelte e consentono di assumere attivamente e chiaramente la responsabilità e la proprietà delle scelte che fanno (che possono quindi essere tradotte nella loro vita reale al di fuori dello spazio terapeutico) [20]. Analogamente nella Play Therapy, quando un bambino-adolescente sceglie di

giocare con qualcosa o in un certo modo, si da loro la possibilità di sentire l'impatto di una scelta rispettata dall'altra persona. È attraverso il gioco che possono esplorare e comprendere il proprio mondo interno in modo più significativo. In Arteterapia l'opera creata offre all'adolescente una vita, respirando "altro" come mezzo per esprimersi mentre proiettano i loro pensieri e sentimenti.

Autenticità, congruenza e coerenza psicofisiologica in gioco

L'atteggiamento della sperimentazione richiede di essere aperti verso l'ignoto e di trovare ciò che viene offerto nel momento presente e sul campo. Improvvisare, come nel jazz o nel teatro improvvisato, è pura sperimentazione. Nessun esperimento potrà mai essere pianificato in anticipo. Yalom sostiene che il terapeuta sia trasparente nella sua incertezza o nei suoi dilemmi in termini di considerazioni concorrenti o punti di scelta all'interno della sessione. Ciò consente al cliente di relazionarsi con il terapeuta come una presenza autentica e apre loro le porte per assumere più responsabilità e scegliere la direzione con cui si vuole procedere. Questo punto di vista è sostenuto dalla Synergetic Play Therapy, un approccio che è informato dalla ricerca neuroscientifica sulla regolazione del sistema nervoso e che ha una base filosofica esistenziale, umanistica e gestaltica. Questo modello afferma che l'espressione autentica del terapeuta consente al bambino-adolescente di esplorare ed espandere la propria tolleranza emotiva. Inoltre, la capacità del terapeuta di regolare e modellare il proprio sistema nervoso (ed i propri stati emotivi) rappresenta la base per i clienti che consente loro di imparare a gestire il proprio. Ciò è supportato da Cozolino [21] il quale spiega che nella ricerca neuroscientifica è stata trovata risonanza emotiva associata alla capacità del bambino di regolare meglio le proprie emozioni e di aumentare la propria competenza nel discutere e descrivere le proprie esperienze interne agli altri.

L'Istituto HeartMath conduce vari studi relativi alla variabilità della frequenza cardiaca (HRV). Questi sono schemi di ritmo cardiaco correlati agli stati emotivi e possono essere misurati come impulsi elettromagnetici. McCraty, Bradley e Tomasino [22] affermano che il cuore genera il campo elettromagnetico più potente ed esteso del corpo, quasi 60 volte maggiore di quello prodotto dal cervello. Gli studi iniziali lo hanno dimostrato.

Emozioni negative, come frustrazione o rabbia, sono associate a uno schema irregolare, incoerente e disordinato nei ritmi del cuore. Le emozioni positive invece, come l'amore o l'apprezzamento, sono associate a un modello regolare, ordinato e coerente. Più specificamente, è stato dimostrato che le emozioni positive sostenute sembrano dare origine a un modo distinto di funzionamento, che si chiama coerenza psicofisiologica.

Inoltre la ricerca ha anche trovato prove del fatto che il campo elettromagnetico del cuore sia in grado di trasmettere informazioni tra le persone, permettendo alle persone di sincronizzare i ritmi cardiaci da una distanza di un metro. Ciò supporta ulteriormente l'importanza dell'autenticità e della congruenza del terapeuta.

Risultati e conclusioni

Questo articolo ha esaminato i concetti chiave all'interno dell'Arteterapia e della Play Therapy ed ha affermato che si tratta di modalità compatibili per lavorare con gli adolescenti. Le connessioni tra i due approcci possono essere individuate nella loro struttura filosofica di vedere il Sé come un processo incarnato e relazionale e nel considerare l'importanza del gioco e della sperimentazione non solo all'interno dell'incontro terapeutico ma anche come opportunità di sviluppo. Entrambi gli interventi pongono la qualità della relazione terapeutica al centro del processo di guarigione e confidano che il ragazzo sia in grado di auto-dirigere la propria crescita e l'apprendimento attraverso un'esperienza fenomenologica ed incarnata del gioco. Arteterapia e Play Therapy possono attingere alla ricerca sulle neuroscienze per dimostrare l'importanza della congruenza, dell'autenticità e della coerenza (sia del terapeuta che del ragazzo) nella costruzione della relazione terapeutica. Ne consegue che l'Arteterapia può essere integrata nell'approccio della Play Therapy, fornendo così un ambiente di sviluppo e di supporto per l'adolescente.

BIBLIOGRAFIA

1. Green, A. (2002). *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*, Paris, PUF;(2002). *La pensée clinique*, Paris, Odile Jacob.
2. Ferrari, A. B. (1992). *L'eclissi del corpo: una ipotesi psicoanalitica*. Borla.
3. Romano, F. (2013). *La parola nel linguaggio analitico*. Bergerone, Radano.
4. Grignoli, L. (2008). *Percorsi trasformativi in arteterapia: fondamenti concettuali e metodologici, esperienze cliniche e applicazioni in contesti istituzionali*. F. Angeli.
5. Sudres, J. L. (1998). *L'adolescent en art-thérapie*. Paris: Dunod.
6. Fedida, P. (1978). L'objet. Objet, jeu et enfance. L'espace psychothérapeutique. *L'absence*, 97-195.
7. Axline, V. M. (1969). *Play therapy* (Vol. 125). Ballantine Books.
8. Bratton, S. C., Ray, D. (2002). Humanistic play therapy. In Cain, D. J. (Ed.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 369-402). Washington, DC: American Psychological Association.
9. Oaklander, V. (2001). Gestalt play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10(2), 45.
10. Youell, B. (2008). The importance of play and playfulness. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 10(2), 121-129.
11. Brown, S. (2008). Play is more than just fun. *Stuart Brown. Recuperado en Junio, 21, 2014*.
12. Lee, R. G., & Harris, N. (Eds.). (2017). *Relational Child, Relational Brain: Development and Therapy in Childhood and Adolescence*. Taylor & Francis.
13. Totton, N. (2003). *Body psychotherapy: An introduction*. McGraw-Hill Education (UK).
14. Hoffman, L., Stewart, S., Warren, D., & Meek, L. (2009). Toward a sustainable myth of self: An existential response to the postmodern condition. *Journal of Humanistic Psychology*, 49(2), 135-173.
15. Philippon, P. (2013). Gestalt Therapy in Britain. *Gestalt Therapy Around the World*, 113-126.
16. Buber, M. (1958). *I and thou* (Smith, RG, Trans.). *New York: Charles Scribner's Sons*.
17. Robinson, S. (2011). What play therapists do within the therapeutic relationship of humanistic/non-directive play therapy. *Pastoral Care in Education*, 29(3), 207-220.
18. Yalom, I. D. (2002). *The gift of therapy: Reflections on being a therapist*. London: Piatkus.
19. Zinker, J. (1977). *Creative process in Gestalt therapy*. Brunner/Mazel.
20. Parlett, M. (2003). Creative abilities and the art of living well. In *Creative License* (pp. 51-62). Springer, Vienna.
21. Cozolino, L. (2006). *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment And the Developing social Brain*. New York: WW Norton&Company.
22. McCraty, R., Bradley, R. T., & Tomasino, D. (2004). *The Resonant Heart Shift: At the Frontiers of Consciousness*.

REVIEW

Arteterapia e Play Therapy: connessioni tra i due approcci nella psicoterapia con gli adolescenti

Tommaso Romitelli¹

¹ SiPGI - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata



Citation

Romitelli T. (2020). Arteterapia e Play Therapy: connessioni tra i due approcci nella psicoterapia con gli adolescenti Phenomena Journal, 2, 62-71.
<https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.80>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Tommaso Romitelli
tommyromi@hotmail.it

Ricevuto: 10 maggio 2020

Accettato: 20 maggio 2020

Publicato: 20 maggio 2020

ABSTRACT

This article explores how key concepts of Art Therapy and Play Therapy can be compatible ways of working with adolescents. The connections between the two approaches can be identified in their philosophical structure of seeing the self as an embodied and relational process, in considering the importance of play and experimentation within the therapeutic encounter and in stressing the importance of the therapeutic relationship and the confidence that adolescent is able to self-direct towards his own growth and learning. In addition, Art Therapy and Play Therapy can draw on research on neuroscience to demonstrate the importance of congruence, authenticity and consistency (both of the therapist and the adolescent) in the construction of the therapeutic relationship.

KEYWORDS

Play therapy, art therapy, adolescence, psychotherapy.

ABSTRACT IN ITALIANO

Questo articolo esplora come i concetti chiave dell'Arteterapia e della Play Therapy possano essere modalità compatibili per lavorare con gli adolescenti. Le connessioni tra i due approcci possono essere individuate nella loro struttura filosofica di vedere il sé come un processo incarnato e relazionale, nel considerare l'importanza del gioco e della sperimentazione all'interno dell'incontro terapeutico e nel sottolineare l'importanza della relazione terapeutica e la fiducia che il ragazzo è in grado di auto-dirigere verso la propria crescita ed il proprio apprendimento. Inoltre Arteterapia e Play Therapy possono attingere alla ricerca sulle neuroscienze per dimostrare l'importanza della congruenza, dell'autenticità e della coerenza (sia del terapeuta che dell'adolescente) nella costruzione della relazione terapeutica.

PAROLE CHIAVE

Play therapy, arteterapia, adolescenza, psicoterapia.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

Introduzione

Questo articolo si prefigge l'obiettivo di esplorare i punti focali su cui si basano Arteterapia e Play Therapy al fine di segnalare i due approcci come modalità compatibili per lavorare nella psicoterapia con gli adolescenti, una fascia d'età non sempre disponibile al lavoro terapeutico attraverso il canale verbale. La loro tendenza all'acting, al fare piuttosto che al dire, ha suscitato sempre grande interesse in letteratura: il gioco, così come la produzione artistica, diventano allora canali alternativi con cui parlare di sé, esprimersi e provare a produrre cambiamento, una trasformazione che avviene sempre in modalità non avulse dai contesti in cui ci si trova e per questo quindi mediata dalla relazione. La psicoterapia della Gestalt mira proprio a prendere in considerazione l'incontro tra terapeuta ed utente e a focalizzare la sua attenzione su ciò che accade nel qui ed ora fra i due soggetti coinvolti.

Metodi e materiali

Attraverso una ricerca su Google Scholar sono stati revisionati articoli e testi presenti in letteratura circa gli argomenti trattati per effettuare una review sulle tematiche in oggetto.

Che cos'è l'Arteterapia?

“Psicoterapia con espressione plastica”, “terapia con l'arte”, “terapia tramite l'arte”. Sono tante le inflessioni concettuali inerenti l'accostamento tra la psicoterapia e l'arte. Si è costruita una vera e propria babele di termini che a volte contribuiscono a generare uno stato di confusione circa la valenza, l'utilità e gli obiettivi di quella che più comunemente conosciamo come “arteterapia”. Ultimamente quelle più gettonate sembrano essere “arteterapia espressiva” e “arteterapia creativa”: la prima si riferisce al lavoro di espressione mediata (pittura, scultura, poesia...) e si configura come l'analisi di ciò che viene prodotto in un contesto transferale (o di risonanze); anche l'arteterapia creativa stimola la dimensione espressiva, ma in termini di processo non si tende a decifrare ciò che si vede, piuttosto il terapeuta accompagna con discrezione il paziente dentro le sue opere con le sue elaborazioni, con i suoi passaggi all'azione e moderando l'espressione dei suoi sintomi (il tutto accade evitando di toccare eventuali difese, tabù, sintomi e resistenze irrinunciabili). L'arteterapia agisce grazie ad un processo psichico in cui l'ignoto e la creazione consentono il cambiamento, attraverso insights intersoggettivi dove teorie precostituite non trovano posto.

A chi rivolgere allora l'arteterapia? La risposta risiede nel fatto che andrebbero considerati quei soggetti che non utilizzano facilmente e volentieri il linguaggio verbale e/o a coloro che hanno conseguito scarsi risultati con altre terapie (anche a coloro che mostrano predisposizione verso una dimensione estetica e familiarità con l'espressione artistica). L'utenza privilegiata sembra essere allora quella riguardante bambini e adolescenti. Tuttavia non bisogna perdere di vista l'importanza che in tale processo possano avere il terapeuta e la sua formazione: la capacità di analizzare la

relazione terapeuta-paziente stabilendone la sua efficacia in termini di sintonia. Molti autori riscontrano controindicazioni nei casi di anoressia mentale, di persone con particolare predisposizione all'acting, di iconoclasti e sabotatori di relazioni di gruppo.

La carenza di studi sull'arteterapia con adolescenti non deve indurre nell'immaginarla come una pratica poco utile: il suo valore consiste nel considerare il mezzo artistico (disegno, scultura, fotografia) come uno strumento che permette ai soggetti di esprimersi sganciandosi dai vincoli imposti dal concetto di "arte" più comunemente diffuso. L'arteterapia infatti non si rivolge ad un pubblico e non presuppone la reintegrazione dell'opera creata nella realtà socioculturale con tecniche, processi e metodi al fine di perseguire uno scopo, un ideale di bellezza attraverso le culture ed il tempo. Con l'arteterapia il ragazzo, infatti, è accolto nella sua inesperienza artistica senza richiesta di produzione o elaborazione specialistica. Inoltre - altra differenza importante - se l'arte nasce spesso in solitudine, con l'arteterapia l'oggetto creato vede la sua origine nella relazione con un terzo, il terapeuta, che non si limiterà ad interpretare quanto prodotto in maniera prestabilita ma si impegnerà a co-costruire e a condividere significati a partire dalla conoscenza della vita dell'autore stesso dell'opera e da ciò che sta emergendo nel qui ed ora (uno dei presupposti di base della Gestalt) nella relazione tra i due attori coinvolti nel processo; ne consegue una relazione significativa caratterizzata dalla presenza di un terapeuta pronto ad accogliere la messa in forma di pensieri non ancora pensati.

Per tali motivi il prodotto materiale, l'abilità e l'estetica, identificando la creazione artigianale in un'ottica socioterapeutica, non trovano spazio nell'arteterapia che invece promuove una proiezione libera da regole tendenti all'interpretazione avulsa dal contesto relazionale tra terapeuta e ragazzo.

André Green [1], studiando la capacità di tradurre in termini linguistici il funzionamento (e la natura) di un apparato psichico (un inconscio senza parole) che non è fondato di per sé su elementi linguistici, analizza un processo complesso in cui il significato - che definisce "un elemento terzo" - si forma retrospettivamente solo quando le tracce mnestiche incontrano le richieste del corpo.

In arteterapia con la produzione di un oggetto sensoriale, visibile ed iscritto in una dinamica processuale, l'attività plastico-pittorica offre all'adolescente una certa integrazione col suo "essere corpo" finora poco esplorato visto che attiva la memoria motoria e cognitivo-affettiva. Vi ritroviamo infatti tracce mnestiche che, spesso, non sono elaborabili psichicamente, non possono essere visibili e quindi individuate se non in una esperienza che consideri il corpo. Questo incontro tra l'essere ed il fare avviene nel superamento della regola dell'astinenza vigente nelle terapie verbali. Per gli adolescenti, che prediligono l'agire, è facile intuire quanto possa essere d'aiuto. Dipingere, scolpire, disegnare, sono la concretizzazione di atti motori e percettivi implicanti l'attività del corpo riconosciuta dall'altro. Basta osservare un adolescente dipingere per cogliere la coreografia del suo "essere corpo" come componente primordiale del gioco espressivo. La produzione plastica è più diretta e meno diretta

della terapia verbale: viene preservata la difesa e il prodotto veicola un narcisismo riparatore di un lavoro terapeutico “nel” e “del” profondo.

Dalla mia pratica clinica ho avuto modo di constatare che in molte terapie con adolescenti il canale verbale, ai fini della riuscita dell'intervento, non risulta sempre essere efficace: il cambiamento, molto spesso, viene sollecitato quando si incomincia a prendere in considerazione il canale corporeo e solo dopo, gradualmente, si può arrivare all'uso del simbolo per eccellenza, ovvero la parola, tendendo quindi ad un'integrazione dei due canali di comunicazione.

Pertanto, in arteterapia, le esperienze plastico-pittoriche coinvolgono esperienze corporee consapevoli ed integrate dalla persona che potremmo definire “proto-simboli” ovvero anelli di congiunzione tra la sensazione non ancora percepita e la simbolizzazione attraverso il pensiero cosciente che il soggetto, responsabilmente, può verbalizzare e riconoscere.

Grazie all'opera creata in arteterapia, che consente una prima messa in forma dell'esperienza, il soggetto può appropriarsi della propria emozione, guardarla, digerirla ed infine dirla in forma verbale definendo in maniera più chiara il proprio vissuto. Ferrari [2], parlando di Oggetto originario Concreto, afferma che la necessità di dare una forma, di rendere dicibili gli accadimenti e le vicissitudini dello svolgersi del complesso rapporto tra la propria corporeità (“l'Uno”) e la propria psichicità (“Bino”, funzione cardine tra la corporeità e la cultura in cui viviamo) esista in ognuno di noi.

Non è raro notare quanto per i pazienti adolescenti la dimensione della fisicità sia vissuta come qualcosa di inquietante, non sempre possibile da raggiungere e da verbalizzare. In questa ottica Romano [3] ritiene che è grazie a quel complesso sistema di funzioni che possiamo definire “corporeità” se diventiamo capaci di tradurre le sensazioni in percezioni al fine di generare emozioni per poi dare spazio progressivamente all'altro sistema di funzioni che possiamo definire “psichicità”, il cui compito è quello di attenuarne l'intensità sensoriale proteggendone il funzionamento.

Il lavoro quindi può avvenire sia attraverso il corpo, perturbando ciò che abitualmente accade in esso (ad esempio, alzando il volume della voce, cambiando postura o utilizzando in modo differente i cinque sensi), sia attraverso la sperimentazione di quello che non è usuale, a livello verbale, con il dialogo e la creazione di metafore grazie alle quali dare significati nuovi all'esperienza vissuta. In quest'ottica il terapeuta è chiamato nella relazione col paziente, in qualunque direzione si proceda, ad un atto “creativo” e generativo.

Proporre una terapia a mediazione plastico-pittorica ad un ragazzo in difficoltà è un modo per ascoltare la dinamica bio-psico-socio-culturale che lo caratterizza, una strada per portare la corporeità a creare immagini da usare come protosimboli. Sta al terapeuta scegliere, di volta in volta, quali strumenti usare grazie alla propria competenza nell'analizzare la relazione in corso al fine di verificare se questa stia funzionando e nel riconoscere quali canali siano attivi e funzionali rispetto all'angoscia del paziente.

Nell'adolescenza il ragazzo ha bisogno di lasciare tracce in oggetti mediatori e in si-

tuazioni mediate, che possano avere la funzione di contenitori formali e di metabolizzatori. Ad esempio le immagini rappresentano mediazioni tra la realtà esterna e la realtà psichica e permettono di fare dei collegamenti nella realtà intrapsichica del soggetto perché sono l'oggetto di scambi inter-soggettivi.

Per molti adolescenti l'oggetto esterno (come colori e pennelli) costituisce un eccellente supporto per 'pensare i pensieri', mentre per altri questo ruolo di mediazione è svolto dal corpo e/o dal terapeuta [4]. In poche parole si sta affermando che con gli adolescenti bisogna riconoscere qual è la mediazione più opportuna: può essere la mediazione con materiale plastico (arteterapia), può essere una mediazione corporea (terapia corporea), può essere una mediazione verbale (terapie verbali). È importante con pazienti adolescenti che il terapeuta sia versatile, ovvero che la terapia non si avvalga di un'unica mediazione. Lo psicoanalista francese Soudres [5] segnala nel lavoro con gli adolescenti il rischio di negligenza, ovvero la difficoltà del terapeuta di cogliere la costruzione psichica in cui si condensano i fenomeni corporei, iconici, linguistici, simbolici del ragazzo e il rischio di rigidità ossia la mancanza di flessibilità del terapeuta a passare opportunamente da una mediazione all'altra, da plastica a corporea, a verbale. La terapia mediata dall'arte sollecita una trasgressione permanente perché autorizza l'impensabile a concretizzarsi. L'adolescente è avvezzo al "trasgressivo", all'impensabile, condizioni che divengono pensabili e verbalizzabili grazie a quello che Pierre Férida [6] definisce 'oggioco', ovvero ciò che può nascere tra le parole e gli oggetti. Il gioco con colori e materiali consente di vedere ciò che è invisibile, trasforma in presente ciò che è assente. Sul versante terapeutico dell'esperienza possiamo constatare che con gli adolescenti non è opportuno fare tuffi nel passato (se non per quegli aspetti che agiscono nell'immediato presente) e che molte esplorazioni avvengono da sole durante l'adattamento che richiede l'espressione creativa;

Ritengo che stimolare il potenziale creativo dell'adolescente attraverso un mezzo espressivo, in un'ottica terapeutica, abbia in sé qualcosa di rivoluzionario esattamente come è nella tendenza maturativa dei soggetti di questa età. Il bisogno di esprimersi creativamente aspetta solo un contesto opportuno per emergere.

Che cos'è la Play Therapy?

La Play Therapy affonda le sue radici nel lavoro di Virginia Axline [7] negli anni '40 e si configura come approccio alla terapia centrato sul cliente adattato a bambini ed adolescenti. Si concentra sulla costruzione di una relazione sicura tra il terapeuta e l'utente al fine di suggerire la possibilità di esprimersi autenticamente in ogni momento, onorando così il loro mondo fenomenologico. Considerando la relazione di supporto come la chiave per la crescita e la guarigione, il terapeuta utilizza il gioco per entrare in contatto col mondo del bambino in modo sicuro [8]. Alla base della Play Therapy ci sono concetti chiave di (a) l'importanza della relazione terapeuta-cliente; (b) la convinzione nel potenziale innato di un cliente di crescita auto-diretta, indipendentemente dall'età; (c) considerare che il concetto di Sé sia un processo con-

tinuo. Utilizzando attività esperienziali, il cliente è incoraggiato, supportato e stimolato a esprimere e a dare un senso alle proprie emozioni interne [9]. Ciò si traduce in un' esplorazione non direttiva, relazionale, fenomenologica del modo incarnato del cliente di essere nel mondo.

La capacità di giocare in qualsiasi fase della vita massimizza la nostra capacità di apprendere cose nuove. Il gioco ci aiuta a superare le aree problematiche della nostra vita che altrimenti potremmo evitare perché troppo dolorose. Ravviva il nostro viaggio e ci insegna a trasformare gli stati di disordine personale in ordine creativo. Il gioco infonde la scoperta di sé con leggerezza e conferisce un elemento di eccitazione e avventura - persino piacere - a quello che può essere un percorso doloroso e serio. La Play Therapy sostiene che l'apprendimento e il gioco siano indissolubilmente legati dalle prime fasi della vita attraverso il legame tra madre e bambino grazie a sorrisi, solletico e discorsi. La ricerca sulle neuroscienze ora supporta la teoria secondo cui questo tipo di interazione tra madre e figlio aiuta a sviluppare le connessioni cerebrali sociali nel bambino. Youell [10] nota che la giocosità si verifica all'interno delle relazioni e, sebbene sia possibile essere giocosi anche da soli, dobbiamo averlo sperimentato prima con un altro essere. La capacità di giocare è una fase di sviluppo così importante che le osservazioni sulle inibizioni nel gioco possono essere utilizzate come strumento diagnostico nel valutare lo sviluppo emotivo, psicologico e cognitivo dei bambini. Youell sostiene che i bambini che non sono stati introdotti a interazioni ludiche avranno difficoltà a stabilire connessioni con le persone nella vita ed hanno maggiori probabilità di affrontare nuove situazioni con livelli più elevati di ansia. Brown [11] distingue tra diversi tipi di gioco: corpo, oggetto, ruvido e tumulto, spettatore, rituale e gioco immaginativo; tutti forniscono uno stimolo specifico al cervello per migliorare lo sviluppo neurale nei bambini. Nella Play Therapy, il terapeuta è in grado di utilizzare tutti questi diversi tipi di gioco all'interno del processo terapeutico al fine di supportare il processo di sviluppo. L'immaginazione e la fantasia formano naturalmente la base di molti tipi di giochi nei bambini e negli adolescenti, dai duelli di pirati alla pittura con le dita o alla festa da tè della principessa ai salvataggi di supereroi: più il processo è incarnato, più il gioco è animato [12].

Collegamenti tra Arteterapia e Play Therapy

La terapia della Gestalt è influenzata dalla psicologia esistenziale e umanistica e vede il Sé come un concetto continuo guidato dal processo che incorpora il contesto socioculturale da cui emerge. Questa comprensione olistica del Sé ha alla base una prospettiva fenomenologica, intersoggettiva e relazionale. L'enfasi nell'incontro terapeutico differisce da alcune terapie parlanti nell'inclusione del processo corporeo [13].

Questa visione dell'Io come processo continuo incorpora anche l'approccio umanistico ed esistenziale all'io nell'idea di integrazione e esperienza di se stessi [14]. Tale integrazione fornisce un'illusione di prevedibilità all'interno del processo in corso e dell'esperienza di noi stessi. Philippon [15] suggerisce che è attraverso il manteni-

mento e l'espressione di un senso prevedibile di noi stessi che si allevia l'ansia esistenziale di quel processo continuo. Questo sentimento si riferisce all'incarnazione della nostra esperienza vissuta e al processo attraverso il quale lo facciamo e indica una conoscenza più intuitiva e implicita di noi stessi.

All'interno di questo framework, Play Therapy ed Arteterapia possono essere visualizzati come diversi rami dello stesso albero, condividendo le stesse radici filosofiche. Entrambi derivano da un processo fenomenologico, non interpretativo ed esperienziale che si svolge nel qui-ed-ora. In combinazione con lo sviluppo di un senso di sé più radicato, attraverso una relazione terapeutica incarnata, può emergere la capacità di un bambino-adolescente di auto-attualizzazione. I due approcci condividono anche il concetto di relazione Io-Tu [16], che sottolinea l'interconnessione e il dialogo ed è caratterizzato da un incontro autentico e dalla creazione di una relazione di supporto e di guarigione [17].

Esperimenti in Arteterapia e in Play Therapy

La creatività e la psicoterapia sono interconnesse a un livello fondamentale: trasformazione, metamorfosi e cambiamento. La terapia creativa è un incontro, un processo di crescita, un evento di risoluzione dei problemi, una forma speciale di apprendimento ed un'esplorazione dell'intera gamma delle nostre aspirazioni alla metamorfosi e all'ascensione.

All'interno dell'Arteterapia, gli esperimenti sono presentati come modi per i clienti di provare qualcosa di nuovo. Questi possono essere visti come il processo di riproduzione creativa incorporato nella Play Therapy. Ogni interazione, ogni momento di connessione fa parte del processo di gioco che sostiene lo sviluppo psicologico del bambino-adolescente. Sia in Arteterapia che nella Play Therapy, ciò richiede che il terapeuta lavori fenomenologicamente nel qui-ed-ora e risponda in modo autentico e creativo a ciò che emerge nel mezzo [18]. Il gioco deve essere creato attorno alla figura emergente nel momento presente e riflettere l'autonomia del bambino-adolescente. Consentire a questi soggetti di giocare al proprio ritmo è vitale: è necessario prestare molta attenzione alle loro risposte nel respiro, nella loro energia e nei loro movimenti per consentire l'integrazione di nuove esperienze derivanti dal processo di gioco [19].

L'essenza di ogni esperimento in Arteterapia è fornire ai clienti una nuova consapevolezza di come interagiscono nelle relazioni con chi li circonda. Analogamente nella Play Therapy, il gioco fornisce al bambino-adolescente un modo di elaborare le proprie emozioni e funge da mezzo attraverso il quale interagisce con il terapeuta, che è quindi in grado di comprendere la loro esperienza. Lo spazio terapeutico consente ai soggetti di testare nuovi modi di essere in relazione, di provare le cose e di provare nuovi sentimenti. Gli esperimenti offrono ai clienti le scelte e consentono di assumere attivamente e chiaramente la responsabilità e la proprietà delle scelte che fanno (che possono quindi essere tradotte nella loro vita reale al di fuori dello spazio terapeutico) [20]. Analogamente nella Play Therapy, quando un bambino-adolescente sceglie di

giocare con qualcosa o in un certo modo, si da loro la possibilità di sentire l'impatto di una scelta rispettata dall'altra persona. È attraverso il gioco che possono esplorare e comprendere il proprio mondo interno in modo più significativo. In Arteterapia l'opera creata offre all'adolescente una vita, respirando "altro" come mezzo per esprimersi mentre proiettano i loro pensieri e sentimenti.

Autenticità, congruenza e coerenza psicofisiologica in gioco

L'atteggiamento della sperimentazione richiede di essere aperti verso l'ignoto e di trovare ciò che viene offerto nel momento presente e sul campo. Improvvisare, come nel jazz o nel teatro improvvisato, è pura sperimentazione. Nessun esperimento potrà mai essere pianificato in anticipo. Yalom sostiene che il terapeuta sia trasparente nella sua incertezza o nei suoi dilemmi in termini di considerazioni concorrenti o punti di scelta all'interno della sessione. Ciò consente al cliente di relazionarsi con il terapeuta come una presenza autentica e apre loro le porte per assumere più responsabilità e scegliere la direzione con cui si vuole procedere. Questo punto di vista è sostenuto dalla Synergetic Play Therapy, un approccio che è informato dalla ricerca neuroscientifica sulla regolazione del sistema nervoso e che ha una base filosofica esistenziale, umanistica e gestaltica. Questo modello afferma che l'espressione autentica del terapeuta consente al bambino-adolescente di esplorare ed espandere la propria tolleranza emotiva. Inoltre, la capacità del terapeuta di regolare e modellare il proprio sistema nervoso (ed i propri stati emotivi) rappresenta la base per i clienti che consente loro di imparare a gestire il proprio. Ciò è supportato da Cozolino [21] il quale spiega che nella ricerca neuroscientifica è stata trovata risonanza emotiva associata alla capacità del bambino di regolare meglio le proprie emozioni e di aumentare la propria competenza nel discutere e descrivere le proprie esperienze interne agli altri.

L'Istituto HeartMath conduce vari studi relativi alla variabilità della frequenza cardiaca (HRV). Questi sono schemi di ritmo cardiaco correlati agli stati emotivi e possono essere misurati come impulsi elettromagnetici. McCraty, Bradley e Tomasino [22] affermano che il cuore genera il campo elettromagnetico più potente ed esteso del corpo, quasi 60 volte maggiore di quello prodotto dal cervello. Gli studi iniziali lo hanno dimostrato.

Emozioni negative, come frustrazione o rabbia, sono associate a uno schema irregolare, incoerente e disordinato nei ritmi del cuore. Le emozioni positive invece, come l'amore o l'apprezzamento, sono associate a un modello regolare, ordinato e coerente. Più specificamente, è stato dimostrato che le emozioni positive sostenute sembrano dare origine a un modo distinto di funzionamento, che si chiama coerenza psicofisiologica.

Inoltre la ricerca ha anche trovato prove del fatto che il campo elettromagnetico del cuore sia in grado di trasmettere informazioni tra le persone, permettendo alle persone di sincronizzare i ritmi cardiaci da una distanza di un metro. Ciò supporta ulteriormente l'importanza dell'autenticità e della congruenza del terapeuta.

Risultati e conclusioni

Questo articolo ha esaminato i concetti chiave all'interno dell'Arteterapia e della Play Therapy ed ha affermato che si tratta di modalità compatibili per lavorare con gli adolescenti. Le connessioni tra i due approcci possono essere individuate nella loro struttura filosofica di vedere il Sé come un processo incarnato e relazionale e nel considerare l'importanza del gioco e della sperimentazione non solo all'interno dell'incontro terapeutico ma anche come opportunità di sviluppo. Entrambi gli interventi pongono la qualità della relazione terapeutica al centro del processo di guarigione e confidano che il ragazzo sia in grado di auto-dirigere la propria crescita e l'apprendimento attraverso un'esperienza fenomenologica ed incarnata del gioco. Arteterapia e Play Therapy possono attingere alla ricerca sulle neuroscienze per dimostrare l'importanza della congruenza, dell'autenticità e della coerenza (sia del terapeuta che del ragazzo) nella costruzione della relazione terapeutica. Ne consegue che l'Arteterapia può essere integrata nell'approccio della Play Therapy, fornendo così un ambiente di sviluppo e di supporto per l'adolescente.

BIBLIOGRAFIA

1. Green, A. (2002). *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*, Paris, PUF;(2002). *La pensée clinique*, Paris, Odile Jacob.
2. Ferrari, A. B. (1992). *L'eclissi del corpo: una ipotesi psicoanalitica*. Borla.
3. Romano, F. (2013). *La parola nel linguaggio analitico*. Bergerone, Radano.
4. Grignoli, L. (2008). *Percorsi trasformativi in arteterapia: fondamenti concettuali e metodologici, esperienze cliniche e applicazioni in contesti istituzionali*. F. Angeli.
5. Sudres, J. L. (1998). *L'adolescent en art-thérapie*. Paris: Dunod.
6. Fedida, P. (1978). L'objet. Objet, jeu et enfance. L'espace psychothérapeutique. *L'absence*, 97-195.
7. Axline, V. M. (1969). *Play therapy* (Vol. 125). Ballantine Books.
8. Bratton, S. C., Ray, D. (2002). Humanistic play therapy. In Cain, D. J. (Ed.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 369-402). Washington, DC: American Psychological Association.
9. Oaklander, V. (2001). Gestalt play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10(2), 45.
10. Youell, B. (2008). The importance of play and playfulness. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 10(2), 121-129.
11. Brown, S. (2008). Play is more than just fun. *Stuart Brown. Recuperado en Junio, 21, 2014*.
12. Lee, R. G., & Harris, N. (Eds.). (2017). *Relational Child, Relational Brain: Development and Therapy in Childhood and Adolescence*. Taylor & Francis.
13. Totton, N. (2003). *Body psychotherapy: An introduction*. McGraw-Hill Education (UK).
14. Hoffman, L., Stewart, S., Warren, D., & Meek, L. (2009). Toward a sustainable myth of self: An existential response to the postmodern condition. *Journal of Humanistic Psychology*, 49(2), 135-173.
15. Philippon, P. (2013). Gestalt Therapy in Britain. *Gestalt Therapy Around the World*, 113-126.
16. Buber, M. (1958). *I and thou* (Smith, RG, Trans.). *New York: Charles Scribner's Sons*.
17. Robinson, S. (2011). What play therapists do within the therapeutic relationship of humanistic/non-directive play therapy. *Pastoral Care in Education*, 29(3), 207-220.
18. Yalom, I. D. (2002). *The gift of therapy: Reflections on being a therapist*. London: Piatkus.
19. Zinker, J. (1977). *Creative process in Gestalt therapy*. Brunner/Mazel.
20. Parlett, M. (2003). Creative abilities and the art of living well. In *Creative License* (pp. 51-62). Springer, Vienna.
21. Cozolino, L. (2006). *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment And the Developing social Brain*. New York: WW Norton&Company.
22. McCraty, R., Bradley, R. T., & Tomasino, D. (2004). *The Resonant Heart Shift: At the Frontiers of Consciousness*.

ARTICOLO DI OPINIONE

Theory, practice and technique: Self-supervision in Gestalt psychotherapy

Teoria, tecnica e pratica: Auto-supervisione nella psicoterapia della Gestalt

Paolo Quattrini¹, Alessandro Cini¹

¹ I.G.F. - Istituto Gestalt Firenze



Citation

Quattrini P., Cini A. (2020).
Theory, practice and technique:
Self-supervision
in Gestalt psychotherapy
Phenomena Journal, 2, 78-88.
<https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.55>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Paolo Quattrini
quattrini.paolo2@gmail.com

Ricevuto: 19 luglio 2019

Accettato: 20 maggio 2020

Publicato: 22 maggio 2020

ABSTRACT

The stumbling blocks that a therapist experiences working with his clients are both technical and personal. This paper would like to be a “reminder” to help the therapists leaning on the theoretical postulates underpinning the phenomenological-existential gestalt therapy. In addition, we propose a self-evaluation method through which the therapist can monitor his experience (comprised by what the therapist is experiencing about him/herself, about the client and the therapeutic relationship) during each session. The aim is to practice a kind of self-supervision, to bring out the potential crux hindering the therapeutic process.

We propose to look to the therapeutic treatment from the therapist’s point of view. For this purpose, we suggest to the therapist to write his experience session by session, in order to create a sort of journal that will be used for analysis using the phenomenological-existential methodological framework.

We expect that what emerges from the above-mentioned analysis could be faced referring to the pillars of phenomenological-existential Gestalt therapy, highlighting the infinite dialogue between practice and theory and the continuous rebound between what happens inside and what exists outside the inner world of the therapist and his practice.

KEYWORDS

Psychotherapy, Gestalt, Phenomenological existential method, supervision, self-evaluation.

ABSTRACT IN ITALIANO

Gli ostacoli e gli inciampi che il terapeuta sperimenta durante il suo lavoro sono di natura sia “tecnica” che “personale”. Con questo articolo si vuole da una parte dettare una sorta di “reminder” per aiutare il terapeuta ad appoggiarsi su quelli che sono i postulati teorici fondanti della pratica gestaltica a orientamento fenomenologico esistenziale, dall’altra suggerire un metodo di autovalutazione che permetta al terapeuta di monitorare come si evolve, tra una seduta e un’altra, il suo sentire nei confronti di se stesso, del paziente e della relazione. Lo scopo è quello di praticare una sorta di auto-supervisione, che aiuti a far emergere quali sono i nodi che ostacolano il processo terapeutico. In definitiva, ci si propone di analizzare il percorso terapeutico dal punto di vista del terapeuta. A tal scopo suggeriamo al terapeuta di scrivere e descrivere la sua esperienza di seduta in seduta, al fine di creare così una sorta di diario che sarà analizzato utilizzando la metodologia fenomenologico esistenziale. Ci aspettiamo che ciò che emerge dall’analisi dei dati possa essere messo in relazione a quelli che sono i pilastri della psicoterapia Gestalt fenomenologica esistenziale, evidenziando l’infinito dialogo tra pratica e teoria, illuminando il continuo rimbalzo che c’è tra ciò che succede dentro e ciò che esiste al di fuori del mondo interno del terapeuta e del suo fare.

PAROLE CHIAVE

Psicoterapia, Gestalt, metodo fenomenologia esistenziale, supervisione, autovalutazione.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

Introduzione

L'approccio gestaltico si concilia male con la parola "tecnica", che implica un ripetersi di fenomeni uguali: questo non è conciliabile con il sostrato teorico che è la fenomenologia. Per questo qui la parola "tecnica" si indica fra virgolette, in quanto metafora non di riferimenti digitali e costanti, ma di connessioni analogiche che evocano somiglianze e chiamano libere associazioni utili per la creazione di nuove modalità comportamentali.

In realtà non sempre i comportamenti lasciano trasparire il proprio sostrato emozionale, e tenere l'attenzione sul panorama istintuale della specie (fame fuga territorio e sesso) aiuta a intravedere il senso di quello che sta succedendo alle persone in questione: i comportamenti possibili sono oggetto di creazione e quindi sono infiniti, e non sempre rivelano il proprio senso esistenziale, non sempre infatti le invenzioni sono funzionali allo scopo di partenza, e gli esseri umani si affezionano a ciò che è proprio a prescindere dalla sua utilità.

Parafrasando Winnicott [1], le tecniche devono essere masticate e reinventate da chi le utilizza. Nello psicoterapeuta insomma la tecnica e la sensibilità personale devono quindi trovare il modo di stare insieme, e appoggiarsi "morbidamente" a quella teoria sulla quale le tecniche si fondano, creando così un terreno stabile sul quale edificare il "come" della propria pratica terapeutica.

Evidenze della letteratura

La Gestalt è un approccio esistenziale, esperienziale e sperimentale che si basa su ciò che esiste piuttosto che su quello che dovrebbe essere. Alcuni fondamentali presupposti teorici su cui si appoggia sono l'intenzionalità [2], l'empatia [3], la psicologia della Gestalt [4], la fenomenologia [2, 5, 6], l'espressione delle emozioni [7], l'esistenzialismo [8, 9, 10], la teoria del campo [11], la dinamica di contenuto e forma nel dionisiaco e apollineo [12], la molteplicità interiore [13], la trascendenza del conflitto [9], l'olismo [14], l'indifferenza creativa e il vuoto fertile [15], l'autoregolazione organismica [16, 17], il costruttivismo [18], la responsabilità esistenziale [19].

Questi sono i capisaldi della Gestalt fenomenologico-esistenziale, sono le basi su cui poggiano i piedi del terapeuta, e sono veri e propri "strumenti" che lo aiutano durante il suo lavoro.

Ipotesi di studio

Con questo articolo si intende proporre un metodo di auto-supervisione. L'idea alla base è che il terapeuta rintracci all'interno del suo sentire e del suo fare riferimenti alle aree della pratica e della teoria riportate nella tabella 1.

Insieme a questo, al terapeuta è richiesto di mettere sotto verifica quello che succede in seduta. In altre parole il terapeuta deve cercare i collegamenti tra il suo vissuto e le domande presenti nella tabella 2.

L'ipotesi è che gli inciampi che il terapeuta incontra nel lavoro siano in parte ricon-

ducibili a ostacoli nell'area emotiva e/o tecnica. Mettere in dialogo mondo interno e tecnica, pratica e teoria, aiuta il terapeuta a sciogliere i blocchi che incontra nel processo e nel percorso terapeutico.

Riferimenti epistemologici del modello

I riferimenti epistemologici sulla base dei quali abbiamo costruito la tabella 1 sono sintesi di postulati logici, biologici, neurofisiologici, filosofici, clinici e qualitativi.

Postulati logici

1) Il primo principio di incompletezza di Gödel. Ogni teorizzazione matematica strutturata permette affermazioni che non possono essere dimostrate vere o false nella teorizzazione stessa [20]. Gödel dimostrò così che l'aritmetica stessa risulta incompleta: vi sono cioè delle realtà non dimostrabili.

2) Il punto di vista olistico [14]. L'olismo (dal greco ὅλος *hòlos*, cioè "totale", "globale") è una posizione scientifica basata sull'idea che le caratteristiche dell'insieme non dipendono solo dalla somma delle sue parti, in quanto, come dimostrò Cantor, l'insieme ha più funzioni di quelle delle sue parti [22].

3) La differenziazione di tre forme della logica: formale [23], dialettica [24], paradossale [25]. Nella logica aristotelica vige la legge di non contraddizione, quella di identità e quella del terzo escluso: X o è uguale ad A o è diverso da A. Nella logica dialettica [24] il procedimento è invece quello della sintesi degli opposti, che non sono più ostacoli reciproci, ma strumenti per la creazione di nuove realtà. Il paradosso [26] è poi un'altra forma di ragionamento, che in primo luogo impedisce e poi di conseguenza obbliga e permette alternative meno raggiungibili, che necessitano uno sforzo ma portano più lontano: per questo la logica paradossale permette di formulare ingiunzioni che non possono essere ignorate, come succede nell'approccio sistemico.

Postulati biologici

1) L'indagine etologica dei comportamenti degli esseri viventi permette di connetterli con le modalità e le trasformazioni atte alla sopravvivenza: l'essere umano è un organismo [27] e risponde alle leggi biologiche, fra cui quelle sugli istinti, come teorizza appunto l'etologia [28].

2) L'espressione delle emozioni, come descritto da Darwin, è una funzione organica indirizzata alla sopravvivenza dell'individuo e della specie [7]. Le emozioni sono caratterizzate dalla possibilità di espressione, che come definito in "Intelligenza emotiva" [29], ha la funzione di aiutare l'uomo a orientarsi davanti a situazioni complesse e difficili.

Postulati neurofisiologici

1) Il cervello ha due emisferi: il sinistro è specializzato nel linguaggio digitale, che

spiega e categorizza, e il destro in quello analogico, che evoca e connette [30]. La creatività si deve al fatto che i due emisferi lavorano di concerto. Per esempio, si è visto in studi recenti che bambini ritenuti capaci di esprimere grandi potenzialità creative presentavano un alto grado di connessione tra i due emisferi [31]. Nell'approcciare e risolvere problemi matematici, a differenza di quanto accade nei cosiddetti "bambini normali" dove è evidente l'attivazione prevalentemente dell'emisfero sinistro, nei bambini creativi non viene registrata la classica asimmetria emisferica, bensì un'attivazione di entrambi gli emisferi. Parrebbe quindi che un correlato neurofisiologico della genialità e della creatività sarebbe da imputare al fatto che i due emisferi dialogano efficacemente, e che questo si traduca in una maggiore produzione di ipotesi, strategie ed idee per collegare i problemi a possibili soluzioni. A livello di processo, questa attivazione bilaterale evidenzia una spiccata propensione alla ricerca, al recupero e alla selezione di tutta una serie di informazioni che si trovano nella memoria a lungo termine, e allo stesso tempo si riflette in una certa abilità di combinare e associare le idee. Nella teoria della cosiddetta mente bicamerale [32], in un passato remoto la mente degli esseri umani sarebbe stata caratterizzata da una preponderanza dell'emisfero destro che avrebbe prodotto comandi interiori indotti dalle libere associazioni, quasi oniriche, e avrebbe dato più spazio alle visioni, alla dimensione magica e al divino.

2) Le emozioni hanno un sostrato biochimico e un andamento sinusoidale che ne configura l'espressione. Le diverse parti del sistema neurologico, infatti, comunicano tra loro grazie a molecole, definite neurotrasmettitori e neuropeptidi [33]. L'ipotesi alla quale giunge Reich è che l'essere umano sia "pulsante", cioè che l'esistenza di ogni organismo sia un continuo susseguirsi di momenti di contrazione e momenti di espansione [34].

Postulati della conoscenza

1) L'articolazione del linguaggio digitale si appoggia su un'epistemologia costruttivista. Il concetto di autopoiesi, teorizzato da Maturana, si basa sul fatto che gli esseri viventi possano essere immaginati come dei sistemi chiusi, vale a dire come un complesso circolare che produce e si autoproduce. Questo da una parte delimita e allo stesso tempo specifica i processi che, all'interno del sistema stesso, interagiscono tra di loro e con la totalità del sistema, producendo ciò di cui l'organismo ha bisogno per mantenersi vivo. Dall'altra parte questi processi mantengono comunque aperta la possibilità di scambiare energia e materia con l'ambiente che si trova al di fuori del sistema [18].

2) Il linguaggio analogico si articola appoggiandosi sulla fenomenologia, sull'esistenza di fenomeno primario e secondario, e sulla teoria del riferimento intenzionale di Brentano. La *logia* dei fenomeni è l'arte del sentire, cioè l'organizzazione dell'esperienza in insiemi dotati di senso esistenziale [2, 35].

3) I dati percepiti vengono organizzati automaticamente dall'organismo secondo regole specifiche. Con le ricerche portate avanti da Wertheimer, si iniziò a vedere la

percezione come emergente dall'organizzazione globale e dall'interazione generale delle informazioni presenti nella scena percepita, superando così la concezione puramente elementaristica. La scuola della psicologia della Gestalt, abbracciando e sostenendo ciò che la corrente filosofica della fenomenologia proponeva, ha teorizzato una serie di leggi percettive innate indipendenti dall'apprendimento, leggi che di fatto organizzano l'esperienza percettiva sulla base della separazione della figura, ciò che è in primo piano, dallo sfondo, attraverso la trama, il colore, la densità, il contorno [4].

4) La psicologia è un campo determinato dall'empatia. Kohut afferma che se l'ambiente fisico può essere indagato con vari sussidi meccanici, per conoscere il nostro mondo interiore possiamo fare affidamento solo sull'introspezione e la sua forma vicaria: l'empatia [3, 36].

Postulati filosofici

1) Con un'ottica esistenzialista, la categoria di riferimento fondamentale qui non è il verbo essere, ma il verbo esistere [10]. Sartre sottolineava l'originarietà dell'esistenza, sostenendo che l'uomo esiste prima di essere e che, in seguito a ciò non può decidere di non esistere [19].

2) L'attribuzione fondamentale dell'uomo non è il destino ma il libero arbitrio [19], in un senso relativo alle sue limitazioni organismiche. La questione del libero arbitrio e della libertà del volere, sulla quale si interrogò Leibniz, non è tanto se l'essere umano sia libero o meno di fare ciò che vuole, piuttosto se sia capace di attingere a una certa quota di indipendenza quando esercita la sua volontà [37]. Popper, all'interno di una prospettiva dualista, ha sostenuto che l'esistenza del libero arbitrio è garantita dal fatto che, tra i fenomeni fisici e i fenomeni mentali, esiste e resiste un alto grado di incertezza. Di fatto Popper difende l'autonomia della mente e il suo influsso causale sul cervello e sulle sue determinanti genetiche, opponendosi alla sociobiologia, al neodarwinismo e al determinismo genetico [38].

Postulati della pratica clinica

1) L'esperienza è fonte del senso della vita. Con l'affermarsi e il diffondersi della teoria evoluzionistica di Darwin [7] si contrapposero due teorie: quella storicistica, che si fonda sul pensiero di Hegel, secondo la quale lo spirito umano nasce e si sviluppa a seconda delle condizioni storiche nelle quali vive e opera, e quella naturalistica, secondo la quale anche quelle che vengono considerate proprietà innate dell'intelletto in effetti sono il risultato di un'evoluzione naturale.

2) La pratica del contatto è fonte dell'esperienza. Ogni qualvolta la figura appare scialba, confusa, completamente priva di grazia e di energia (Gestalt debole), questo è dovuto a una mancanza di contatto, a un determinato blocco nella situazione ambientale, all'impossibilità a esprimersi di qualche vitale bisogno organico [16].

Postulati della qualità

1) Valore logico (logiche e creatività): i Greci hanno sempre coltivato, accanto all'analisi sistematica delle teorie aristoteliche del ragionamento, una sorta di gusto "dionisiaco" per il paradosso e per le contraddizioni che di volta in volta capitava loro di incontrare sulla strada dell'indagine della coerenza linguistica e semantica di enunciati e teorie che pretendono di parlare della realtà. I Greci erano, insomma, ben coscienti del valore creativo di un approccio antinomico ai problemi logici.

2) Valore etico (comprensione empatica): "Il valore etico non si insegna. Se si potesse, attraverso una teoria, spiegare l'essenza dell'etico, l'etico perderebbe istantaneamente tutto il valore che ha" [39].

3) Valore estetico (relazione fra le forme): nella Critica del Giudizio, Kant pone al centro della valutazione estetica la "sensazione del bello", afferma cioè che l'esperienza estetica viene veicolata dall'effetto che le opere esercitano sullo spirito [40].

In un approccio psicoterapeutico fondato su questi postulati non si considera la qualità della vita semplicemente come una tendenza naturale o un'esperienza soggettiva. L'effetto della terapia dovrebbe essere che la persona assuma la capacità di apprezzare che la qualità trascende la natura, e che richiede uno sforzo di attenzione per essere percepita. In altre parole che la persona possa dare valore a:

- la percezione dell'insieme;
- il vantaggio di considerare le parti dell'ambiente interconnesse, perché in questo senso i problemi appaiono risolvibili;
- l'utilità dell'autoregolazione organismica, e il fatto che ognuno ha sempre delle intenzioni;
- l'esprimere, che, essendo relativamente reversibile, permette di manifestarsi senza avere effetti distruttivi;
- la vita che riguarda l'esistere piuttosto che l'essere;
- la conoscenza come una co-costruzione con l'altro;
- il concetto di buono come ciò che ha a che fare con il valore e non con il semplice apprezzamento;
- il conoscere che si basi su sentire;
- il percepire come costruzione di parti in insiemi che le trascendono.

Metodologia

Ispirandosi al metodo fenomenologico-esistenziale di Giorgi [41, 42], il disegno di ricerca prevede che il terapeuta dia vita ad una sorta di diario dove descrive il suo vissuto seduta per seduta, focalizzandosi sul suo sentire nei confronti di se stesso, del paziente e della relazione che c'è tra i due. Si tratta di riportare in forma scritta il racconto della relazione terapeutica, dalla prospettiva del terapeuta. Questi, ogni 8 sedute, metterà insieme i resoconti, in modo tale dare vita a una narrazione che riassume la relazione che ha vissuto con il paziente durante questo periodo.

Il terapeuta dovrà approcciarsi a questo collage di resoconti come se fosse il racconto della sua esperienza completa, rileggere l'intera narrazione cercando prima di tutto di cogliere il senso dell'insieme, per poi estrapolarne le unità di senso, mettendo insieme parole, valori, attitudini, periodi che, pur riferendosi all'intero, possano essere ragionevolmente separati da esso.

Si tratta di perseguire un approccio esplorativo alla ricerca di quegli elementi che trascendono la singola situazione riportata nella descrizione. Il terapeuta deve giocare con la sua attenzione, tirarsi fuori da sé e poi rivedere l'intero processo evidenziando il senso che emerge dalla totalità della sua esperienza. Questo sarà poi messo in dialogo con ciò che comportano i postulati su cui si appoggia la psicoterapia della Gestalt, appoggiandosi alle domande riportate nella tabella 2.

Risultati attesi

Costruire passo passo il diario di ciò che sperimenta durante le sedute, e dell'effetto che gli fa, analizzarlo secondo il metodo di ricerca fenomenologico-esistenziale fa sì che il terapeuta possa accorgersi di ciò che gli succede, cosa che in un approccio psicoterapeutico fenomenologico-esistenziale è di fondamentale importanza, dato che la relazione, anche quella terapeutica, è data dall'incontro di due soggetti [9]: due mondi fatti di sensazioni, emozioni, pensieri, fantasie, scelte e azioni.

Quello che ci si aspetta dall'applicazione di questo metodo di auto-supervisione è che il terapeuta possa agevolmente ricondurre e collegare ciò che succede lungo il percorso terapeutico ai temi riportati nella tabella 3.

Approcciarsi al racconto che il terapeuta fa di sé lungo le sedute come fosse un fenomeno da interrogare, spostando il punto di vista dal paziente a se stesso fa sì che il terapeuta stabilisca una distanza abitabile [43] con la descrizione degli effetti che lo attraversano, e che la sua pratica possa così sganciarsi da quegli intoppi affrontabili rifacendosi alla teoria e alla tecnica.

Conclusioni

La verifica fenomenologica richiede una partenza dell'indagine dal punto di vista fenomenologico: l'altro non è un oggetto messo di fronte a un soggetto, ma un altro soggetto. Questo impedisce qualunque approccio oggettivo, e obbliga a un rapporto intersoggettivo, dove non si possono attribuire caratteristiche all'altro, ma solo scambiare feedback del proprio vissuto. La verità diventa qui un fatto dinamico, non statico: non si possono fare affermazioni sull'altro, ma scambiare vissuti finché si vuole, osservando l'effetto che questo fa sulla propria esperienza e arricchendosi di questa conoscenza. Intersoggettivo è anche il rapporto con se stessi, che – per le stesse ragioni – non può essere interpretativo e richiede di considerarsi come due soggetti a confronto che si scambiano reciprocamente feedback: è un approccio molto diverso da quello razionalista, e necessita di una attenzione continua e dettagliata all'interlocutore, a se stessi e alle basi del proprio pensiero, che devono essere postulati esterni al pensiero stesso.

Applicare il metodo di ricerca fenomenologico-esistenziale all'analisi del proprio vissuto è utile al terapeuta per una serie di ragioni, come il fatto che per applicarlo si deve per forza di cose staccare da sé, approcciarsi, paradossalmente, alla sua esperienza "come se fosse" la sua esperienza, come se fosse qualcosa che succede piuttosto che come qualcosa che è. Riferire poi i nodi che emergono dall'utilizzo di questa metodologia ai postulati teorici della psicoterapia della Gestalt fenomenologico-esistenziale, collegare la propria esperienza alla pratica permette di sganciarsi da quello che può essere vissuto come difficile o impossibile, di guardare agli ostacoli come se fossero opportunità di cucirsi addosso il proprio fare terapeutico.

BIBLIOGRAFIA

1. Winnicott, D. W. (1974). *Gioco e realtà*, tr. it. Armando, Roma.
2. Brentano, F. (1874). *La psicologia dal punto di vista empirico, vol. I,II,III*. Ed. Laterza, Roma-Bari.
3. Stein, E. (1917). *L'empatia*. A cura di M. Nicoletti. Milano: Franco Angeli, 1986.
4. Wertheimer, M. (1923). Untersuchungen zur Lehre von der Gestalt. II. *Psychological Research*, 4(1), 301-350.
5. Husserl, E. (1931). *Meditazioni cartesiane e discorsi parigini*, trad. it. F. Costa, Bompiani, Milano.
6. Husserl, E. (1950). *Idee per una fenomenologia pura e una filosofia fenomenologica*. G. Einaudi.
7. Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. University of Chicago Press.
8. Kierkegaard, S. (1843). *Aut aut*, in *Opere* (trad. it.), Sansoni, Milano.
9. Buber, M. (1958). *I and thou* (RG Smith, Trans.). *New York: Scribner*, 11.
10. Heidegger, M. (1927). *Essere e tempo*. Longanesi, Milano, 1976.
11. Lewin, K. (1936). *Principles of topological psychology*. New York: McGraw-Hill.
12. Nietzsche, F. (1873). La nascita della tragedia. In *Opere* (trad. it.), Adelphi, Milano 3(1).
13. Polster, E., Polster, M. (1986). *Terapia della Gestalt integrata: profili di teoria e pratica*. M. S. Lobb (Ed.). Giuffrè.
14. Smuts, J.C. (1926). *Holism and Evolution*. New York: Viking Press.
15. Friedlaender, S. (1918) *Schöpferische Indifferenz*. G. Müller, München.
16. Perls, F., Hefferline, R. F. & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. New York.
17. Perls, F. S. (1980). *La Terapia Gestaltica: Parola Per Parola*. Astrolabio.
18. Maturana, H. R., Varela, F. J. (1985). *Autopoiesi e cognizione: la realizzazione del vivente*. Marsilio editori.
19. Sartre, J. P. (1948). Existentialism and Humanism. *Philosophy: Key Texts*, 115.
20. Gödel, K. (1931). Über formal unentscheidbare Sätze der Principia Mathematica und verwandter Systeme. *Monatshefte für mathematik und physik*, 38(1), 173-198.
21. Winnicott, D. W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente* (trad. it.). Armando editore, Roma.
22. Cantor, G. (1992). La formazione della teoria degli insiemi. Saggi, a cura di G. Rigamonti, Sansoni, Firenze.
23. Colli, G. (1955). *Aristotele*. Organon. G. Einaudi.
24. Hegel, G. W. F. (1807). *La fenomenologia dello spirito* (trad. it.), a cura di G. Garelli, Einaudi, Torino.
25. Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1975). *Paradosso e controparadosso*. Feltrinelli, Milano.
26. Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio, Roma.

27. Goldstein, K. (1934). *The organism*, Zone Books, New York.
28. Lorenz, K. (1978). *L'etologia* (trad. it.), Bollati Boringhieri, Torino.
29. Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
30. Sperry, R. (1969). Organizzazione cerebrale e comportamento. In V. Somenzi (a cura di), *La fisica della mente*, Bollati Boringhieri, Torino, pp. 232-250.
31. Besançon, M., Zenasni, F., & Lubart, T. (2010). Le haut potentiel créatif. *Enfance*, 1, 77-84.
32. Jaynes, J. (1976). *Il crollo della mente bicamerale e l'origine della coscienza* (trad. it.), Adelphi, Milano.
33. LeDoux, J. (1996) *The Emotional Brain. The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. New York, Simon & Schuster.
34. Reich, W. (1933). On Character Analysis. *The Psychoanalytic Review* (1913-1957), 20, 89.
35. Quattrini, G. P. (2013). *Per una psicoterapia fenomenologico-esistenziale*. Giunti Editore.
36. Kohut, H. (1959). Introspection, empathy, and psychoanalysis an examination of the relationship between mode of observation and theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7(3), 459-483.
37. Leibniz, G. W. (1703). *Nuovi saggi sull'intelletto umano* (1800), Laterza, Bari.
38. Lenzi, L. (2005). *Neurofisiologia e teorie della mente*, 3. Vita e Pensiero.
39. Wittgenstein, L. (1967). *Lezioni e conversazioni sull'etica, l'estetica la psicologia e la credenza religiosa*, Adelphi, Bologna.
40. Kant, I. (1790). *Critica del Giudizio* (trad. it.), Bompiani, Milano, 2004.
41. Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. *Phenomenology and psychological research*, 1, 23-85.
42. Castro, A. D. (2003). Introduction to Giorgi's existential phenomenological research method. *Psicología desde el Caribe*, 11.
43. Rovatti, P. A. (2007). Abitare la distanza. *Per una pratica della filosofia*. Raffaello Cortina.

APPENDICE

Tab. 1. Area della teoria e area della pratica

AREA DELLA TEORIA	AREA DELLA PRATICA
L'intenzionalità [2]	La percezione è intenzionale: non c'è emozione senza oggetto dell'emozione
La sospensione del giudizio [6]	Il sentire viene prima di pensare
Il campo [11]	Tutto sta dentro lo stesso campo energetico
L'incompletezza [20]	I ragionamenti sono necessariamente appoggiati su postulati
Lo spazio transizionale [21]	Lo spazio dell'esprimere, non dell'agire
Il circolo ermeneutico [10]	La conoscenza intersoggettiva è dinamica
Essere nel tempo [10]	Il contesto: qui e ora, o lì e allora
Io e tu [9]	Conflitto e contatto: sintomo, compromesso, sintesi
Il valore etico [8]	Il valore etico si ricerca perché si vuole, non perché è migliore oggettivamente
Vuoto fertile e indifferenza creativa [15]	Nella mente vuota compaiono fenomeni: le scelte non sono giuste o sbagliate, ma hanno conseguenze
L'autoregolazione organismica [16]	L'organismo è in grado di decidere anche senza il controllo dell'io
L'olismo [14]	L'insieme è più della somma delle parti
La responsabilità [19]	Ognuno è responsabile di quello che fa con cosa gli succede
L'organizzazione dei dati percepiti: [4]	le regole principali di organizzazione dei dati percepiti sono: <u>figura-sfondo</u> (le parti si possono leggere sia come primo piano che come sfondo); <u>somiglianza</u> (tendenza a raggruppare gli elementi simili); <u>prossimità</u> (gli elementi sono raggruppati in funzione delle distanze); <u>destino comune</u> (se gli elementi sono in movimento, vengono raggruppati quelli con uno spostamento coerente); <u>buona continuità</u> (tutti gli elementi sono percepiti come appartenenti ad un insieme coerente e continuo); <u>buona forma</u> (la struttura percepita è sempre la più semplice).

DOMANDE CHE IL TERAPEUTA STESSO È TENUTO A FARSI DURANTE IL LAVORO, CHE TROVERANNO POI RISPOSTE PIÙ APPROFONDITE NELLA SUPERVISIONE.

Tab. 2. Domande di verifica del modello

Nel dialogo con il paziente, la base del conoscere è per te il sentire o viene prima il pensare?
Trovi che il tuo percepire accade meccanicamente, o c'è un'intenzione che lo muove?
Se immagini di avere sempre delle intenzioni, la tua esistenza in che modo se ne avvantaggia?
Che differenza sperimenti fra osservare una persona dalla tua posizione o metterti nei suoi panni?
Ti è più facile affrontare i problemi del paziente ritenendo che non ti riguardano, o avendo la sensazione che sono anche tuoi?
Nell'indirizzare il lavoro, preferisci che il tuo organismo operi regolandosi naturalmente con i propri bisogni, o vuoi decidere tu cosa è più importante fare col paziente?
Ritieni che il paziente sia responsabile di ciò che sente o di ciò che ne fa?
Trovi soddisfazione nell'espressione verbale delle emozioni o solo nell'agito?
Trovi più importante guardare all'essere, che appare assoluto e infinito, o guardare al fare, che si mostra contingente e finito?
Pensi che il paziente è responsabile dell'amministrazione della sua vita o che questa dipende dal destino che gli è toccato?
Se non è semplicemente quello che ti piace, allora cosa è buono per te che il paziente faccia?
Preferisci conoscere oggettivamente il paziente o convenire con lui su cosa è la verità?
Preferisci far trionfare il tuo punto di vista o inventare un modo di collaborare con il paziente a una visione esistenziale comune?

TEMI IMPORTANTI CHE EMERGONO DALLE DOMANDE DI VERIFICA

Tab. 3. Temi emergenti nella pratica gestaltica

L'intenzionalità, come ciò che muove ogni nostro percepire e ogni nostro atto.
L'esistenza, come flusso e occasione di cambiamento.
Il valore del fare esperienza.
Il dialogo, come verità esperienziale e relazionale.
La fenomenologia, come metodo per leggere l'esperienza.
L'empatia, come via maestra dell'etica.
La creatività e la co-costruzione.
Sentire, pensare, agire: un percorso responsabile.

ARTICOLO ORIGINALE

Psicoterapia e Neuroscienze: il Modello Strategico ad Orientamento Neuroscientifico e il Metodo Mente-Corpo

Mauro Cozzolino¹, Giovanna Celia²

¹ Professore di Psicologia Clinica, Direttore del Laboratorio di Ricerca Clinica e Sperimentale "Ernest Lawrence Rossi" sulla Genomica Psicosociale, le Neuroscienze Traslazionali e l'Ipnosi, Università degli Studi di Salerno

² Presidente della Società Italiana di Psicoterapia Integrata Strategica (SIPIS); Direttrice del Centro Internazionale di Psicologia e Psicoterapia Strategica (CIPPS), Salerno



Citation

Cozzolino M., Celia G. (2020).
Psicoterapia e Neuroscienze:
il Modello Strategico ad Orientamento
Neuroscientifico
e il Metodo Mente-Corpo
Phenomena Journal, 2, 89-101.
<https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.22>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Mauro Cozzolino
mcozzolino@unisa.it

Ricevuto: 22 maggio 2019

Accettato: 11 maggio 2020

Publicato: 23 maggio 2020

ABSTRACT

In this paper we illustrate an innovative and effective model called Neuroscientific Strategic Psychotherapy. This model originates from the combination of integrative-strategic and psychosocial and cultural genomics approaches in psychotherapy. From a holistic perspective of human functioning, we integrated modern neuroscientific findings in psychotherapy and genomics thus developing a therapeutic protocol called the Mind-Body Transformations Therapy. We also developed an interdisciplinary research method that aims to investigate the translational mechanisms which have shown interesting connections between mind-body interventions and the immune system. Mind-body interventions have proven to be effective in reducing the expression of pro-inflammatory genes associated with stress. In line with these studies, our research team has explored the genomic-molecular basis of our protocol by means of bioinformatic software and DNA microarray. After a single session of Mind-Body Transformations Therapy, we found patterns of experience-dependent gene expression that are associated with stem cell activation, and a reduction of inflammation, cell stress and epigenetic variations. Along this line of research, we are implementing the Psychosocial Genomics Research Program in Oncology. This program aims to evaluate the effects of the Mind-Body Transformations Therapy on cancer patients. Through the study of human genome, we also aim to understand the mechanisms underlying the therapeutic effectiveness of our protocol. From the clinical and empirical results we have obtained so far, we can state that combining strategic psychotherapy with neuroscientific findings has allowed us to develop an evidence-based model that facilitates mind-body healing and helps the treatment of several mental and psychosomatic conditions.

KEYWORDS

Psychosocial genomics, Mind-Body Transformations Therapy, neuroscience.

ABSTRACT IN ITALIANO

Questo articolo presenta un modello psicoterapeutico innovativo ed efficace denominato Psicoterapia strategica a orientamento neuroscientifico, che nasce dal connubio fra la prospettiva strategica integrata in psicoterapia e l'approccio della Genomica Psicosociale e Culturale. In una prospettiva olistica del funzionamento dell'individuo, abbiamo integrato le più moderne conoscenze nel campo neuroscientifico, della psicoterapia e della genomica, sviluppando un approccio terapeutico denominato Mind-Body Transformations Therapy ed un metodo di ricerca interdisciplinare finalizzato a indagare i meccanismi traslazionali connessi alla guarigione mente-corpo-geni. Di recente, vari studi di genomica funzionale hanno mostrato interessanti connessioni fra gli interventi mente-corpo e il sistema immunitario, evidenziando come queste terapie siano in grado di ridurre l'espressione dei geni pro-infiammatori associati allo stress. In linea con questi studi, il nostro team di ricerca ha utilizzato software bioinformatici e il DNA microarray per esplorare le basi genomico-molecolari del nostro protocollo. In risposta a una sola sessione di Mind-Body Transformations Therapy, abbiamo riscontrato pattern di espressione genica esperienza-dipendenti associati all'attivazione di cellule staminali, riduzione dell'infiammazione, dello stress cellulare e variazioni di tipo epigenetico. In questa prospettiva, stiamo implementando il programma Psychosocial Genomics Research Program in Oncology al fine di valutare i possibili effetti che il trattamento Mind-Body Transformations Therapy può avere sui pazienti oncologici. Ci prefiggiamo di valutare la potenziale efficacia clinica di questo metodo terapeutico mente-corpo e di comprendere i meccanismi sottostanti il suo possibile effetto terapeutico attraverso lo studio del genoma. Grazie ai risultati clinici ed empirici finora ottenuti, possiamo affermare che aggiornare in chiave neuroscientifico la psicoterapia strategica sta consentendo lo sviluppo di un modello *evidence-based* che facilita la guarigione mente-corpo, contrastando in maniera efficace diversi disturbi sia all'interno del contesto della salute mentale sia in campo psicosomatico.

PAROLE CHIAVE

Genomica psicosociale, Mind-Body Transformations Therapy, neuroscienze.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

Introduzione

Il modello di psicoterapia strategica a orientamento neuroscientifico è un approccio innovativo che nasce dall'integrazione del modello strategico-integrato in psicoterapia [1] con la prospettiva della Genomica Psicosociale e Culturale [2, 3]. Esso si struttura come modello clinico, di formazione e ricerca e si avvale delle conoscenze più recenti in campo neuroscientifico, psicoterapeutico e genomico con l'obiettivo di integrare differenti discipline e campi di studio all'interno di una comune cornice epistemologica. La Genomica Psicosociale promuove una prospettiva integrata dell'individuo, al fine di favorire una visione multilivello degli interventi di cura.

L'approccio proposto rappresenta un nuovo paradigma epistemologico, un metodo di ricerca interdisciplinare articolato su differenti livelli di analisi ed un innovativo metodo integrato di cura per il trattamento di patologie mente-corpo e la risoluzione di problemi complessi [4].

Come evidenziato dalla letteratura [4, 5, 6, 7, 8] risulta fondamentale un approccio integrato alla salute e la sua traslazione in termini di efficacia clinica. Pertanto, è diventato essenziale sviluppare approcci terapeutici *evidence-based* che integrino conoscenze scientifiche e pratica clinica all'interno di un'unica cornice di riferimento. Nel nostro modello portiamo avanti prospettive di ricerca multidisciplinare con la finalità di trasferire le conoscenze scientifiche più recenti all'interno della pratica clinica. Questo obiettivo è da noi perseguito sia attraverso la verifica sperimentale dell'efficacia clinica del nostro intervento terapeutico sia attraverso la contemporanea analisi dei meccanismi attraverso i quali le esperienze psicosociali sono in grado di modulare l'espressione genica facilitando il cambiamento del comportamento e la guarigione a più livelli, dalla dimensione psicologica a quella molecolare-genomica. L'obiettivo del presente contributo è quindi quello di descrivere le basi del nostro approccio terapeutico sul piano teorico-epistemologico ed empirico. Saranno pertanto presentati i principi su cui si fonda il modello, gli studi effettuati, quelli in corso con l'obiettivo di evidenziare che in psicoterapia non è più possibile separare l'ambito della ricerca da quello dell'intervento clinico, con l'intento di sviluppare modelli di cura integrati, personalizzati ed efficaci che promuovano il benessere e facilitino la guarigione mente-corpo.

L'evoluzione neuroscientifica del modello strategico in psicoterapia

Il modello strategico ad orientamento neuroscientifico nasce con la fondazione del Centro Internazionale di Psicologia e Psicoterapia Strategica di Salerno nel 2012 dall'integrazione della psicoterapia strategico-integrata con il paradigma della Genomica Psicosociale e Culturale.

Il modello strategico-integrato nasce come approccio di ricerca e intervento clinico, partendo dagli assunti dell'approccio strategico, già creato e sviluppato negli Stati Uniti dal gruppo del Mental Research Institute di Palo Alto [9] e poi ulteriormente sviluppato, con l'obiettivo di adattare le procedure d'intervento alle specifiche necessità del paziente fornendo una risposta maggiormente efficace e integrando in

un'unica cornice i contributi scientifici e metodologici provenienti dai principali approcci terapeutici [10].

L'integrazione della dimensione neuroscientifica nella prospettiva strategico-integrata ad opera dei contributi di E.L. Rossi e della Genomica Psicosociale [2, 4, 11] hanno poi dato vita all'approccio strategico ad orientamento neuroscientifico consentendo lo sviluppo di un modello d'intervento innovativo ed efficace.

Rossi ha di fatto realizzato un'evoluzione neuroscientifica dell'approccio ericksoniano in cui l'aspetto centrale della terapia è rappresentato dall'utilizzo dei naturali ritmi biologici del paziente per attivare processi di guarigione mente-corpo [11, 12], con una forte e intensa collaborazione da parte degli autori, ha empiricamente studiato le relazioni mente-cervello-gene, aprendo un nuovo modo di concepire la psicoterapia partendo da uno studio scientifico rigoroso delle intuizioni del suo maestro M.H. Erickson relative al funzionamento mente-corpo e all'ipnosi terapeutica, grazie all'avvento delle nuove tecnologie e allo sviluppo di nuovi ambiti di ricerca come le neuroscienze e la genomica [1, 3, 4, 5, 8].

La straordinarietà dell'approccio di Rossi risiede proprio nell'aver considerato contemporaneamente le interrelazioni che avvengono su livelli multipli del nostro funzionamento: molecolare-genomico, ormonale, neurale ed esperienziale. Partendo dagli studi di Rossi, l'International Psychosocial Genomics Team, di cui gli autori sono esponenti di fama internazionale, ha promosso un nuovo modo di fare psicoterapia, scaturito dal paradigma della Genomica Psicosociale. Questi lavori sperimentali stanno dimostrando l'efficacia dei modelli psicoterapeutici ereditati da Erickson e ulteriormente sviluppati dallo stesso IPSGT [4, 6, 13, 14]. In un'accezione più ampia che supera il tradizionale e ormai obsoleto dualismo tra mente e corpo, la malattia viene compresa nei suoi molteplici aspetti e la cura inquadrata alla luce del "*principio di utilizzazione biologica*" [1] dei ritmi naturali. Questo principio consente la facilitazione dell'espressione genica, la plasticità cerebrale e un nuovo livello di coscienza, ottimizzando i processi di *problem solving* nella vita quotidiana, promuovendo la resilienza e stimolando la messa in campo di risorse utili per la salute, la guarigione e la riabilitazione.

Il nostro modello assume una prospettiva che integra mente, corpo, ricerca e intervento e che inquadra il funzionamento umano come insieme di fattori biologici, psicologici e sociali, con l'obiettivo di sviluppare modelli terapeutici *evidence-based*. In particolare, lo scopo è mettere a punto protocolli innovativi che consentano di intervenire efficacemente su disturbi tradizionalmente di stampo psicologico, quali ansia, depressione, abuso di sostanze, stress e PTSD, ma anche su specifiche malattie infiammatorie, croniche e neurodegenerative quali fibromialgia, sclerosi multipla, morbo di Parkinson e Sensibilità chimica multipla (MCS), al fine di migliorare la salute e la qualità della vita dei pazienti [4].

Il modello strategico ad orientamento neuroscientifico che gli autori hanno contribuito a sviluppare in modo decisivo, ha avuto un importante sviluppo negli ultimi anni, come sottolineato da prestigiosi riconoscimenti in campo internazionale, come

il premio *Distinguished Investigator Achievement Award* attribuito nel 2015 dal *Psychosocial Genomics Research Institute* (USA) per il lavoro di ricerca, formazione e clinica svolto in ambito genomico. A partire dal 2014, gli autori hanno fondato *The International Journal of Psychosocial Genomics, Health & Consciousness Research* (www.psychosocialgenomics.com), la prima rivista internazionale totalmente dedicata a questo approccio. La rivista accoglie lavori teorici e di ricerca, scritti da studiosi provenienti da tutto il mondo e vanta corrispondenti in quattro continenti.

La relazione tra terapie mente-corpo ed espressione genica: le evidenze sperimentali

Da alcuni anni diversi studi si sono orientati alla valutazione dell'efficacia dei trattamenti integrati mente-corpo; allo stesso modo, le malattie croniche, le condizioni patologiche legate allo stress e i disturbi psichiatrici sono sempre più inquadrati all'interno di interazioni multifattoriali tra geni e ambiente.

È stato ampiamente documentato che i geni interagiscono con l'ambiente per modulare il comportamento e la cognizione in condizioni di malattia e di salute [15] attraverso meccanismi complessi che ne regolano l'attività, così come è stato mostrato che queste interazioni coinvolgono una particolare classe di geni, frequentemente definiti come geni attività o esperienza-dipendente, che possono essere attivati da segnali provenienti dall'ambiente fisico e psicosociale modulando complesse funzioni fisiologiche e psicologiche dell'organismo [2, 16, 17, 18].

Gli stressor psicosociali sembrerebbero avere effetti dinamici esperienza-dipendenti sull'espressione genica attraverso il coinvolgimento di numerosi circuiti interrelati (l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, il sistema nervoso autonomo e i messaggeri delle risposte infiammatorie e del sistema immunitario) che mediano gli effetti dello stress psicosociale sulla fisiologia, la biologia cellulare e infine sull'espressione genica [19].

Come mostrato dalle ricerche che hanno utilizzato il profilo trascrizionale del genoma dei leucociti, sembrerebbe possibile, relativamente allo stress e alle malattie, identificare un pattern comune legato all'aumento dell'espressione di geni pro-infiammatori.

Alcuni studi, tra cui quelli condotti dal nostro team, hanno formulato l'ipotesi che le esperienze psicosociali positive, tra cui gli interventi psicoterapeutici, possono migliorare la salute mente-corpo attraverso un'adeguata negoziazione dei *pathway* di risposta allo stress [20, 21, 22].

Queste ricerche evidenziano come l'applicazione di specifici protocolli terapeutici mente-corpo sia in grado di modificare le dinamiche trascrizionali dei leucociti in persone ammalate. Per esempio, alcune terapie mente-corpo sono in grado di ridurre l'espressione di geni associati alla risposta infiammatoria e ai *pathway* legati allo stress [23]. Nel caso dei pazienti oncologici, per esempio, gli effetti legati a questi interventi sono in grado di contrastare processi rilevanti per la crescita e la progressione del cancro attraverso la riduzione dell'infiammazione e l'aumento della risposta

immunitaria [24]. Questi processi si traducono in una migliore qualità della vita e un aumento delle possibilità di sopravvivenza per i pazienti [25].

In linea con questi studi, anche le evidenze finora prodotte dalle nostre ricerche hanno documentato cambiamenti significativi nell'espressione di geni correlati alla riduzione di sintomi legati alle patologie da stress e alla guarigione mente-corpo [4, 6, 14].

In particolare, attraverso l'utilizzo della tecnologia dei DNA microarray sui leucociti, abbiamo verificato che in seguito alla messa in atto di una singola sessione del protocollo terapeutico mente-corpo (*Mind Body Transformations Therapy* – MBT-T) si è registrato un aumento dell'espressione dei geni esperienza-dipendenti associati all'attivazione di cellule staminali, della riduzione dello stress cellulare e della riduzione dell'infiammazione. Le analisi bioinformatiche condotte per approfondire lo studio dei geni differenzialmente espressi hanno inoltre mostrato che tra i *pathway* coinvolti emergono soprattutto quelli legati alla crescita cellulare, all'apoptosi, ai processi infiammatori, alla risposta immunitaria [3].

Successivamente, abbiamo condotto un'ulteriore ricerca con l'obiettivo di studiare il rapporto tra il modello terapeutico mente-corpo (MBT-T) ed i possibili effetti epigenetici [4]. L'ipotesi è stata quella di verificare se accanto alla modulazione di espressione genica già osservata nei precedenti studi, potevano essere riscontrate anche variazioni di tipo epigenetico in rapporto al nostro intervento terapeutico.

L'impiego di particolari indagini biomolecolari e l'uso di specifici approcci biostatistici di tipo bayesiano ci hanno consentito di verificare, in un gruppo di 20 soggetti, la presenza di una risposta epigenetica correlata al trattamento [4].

Nello specifico, le analisi condotte rivelano che se prima del trattamento i soggetti evidenziano un certo livello di variabilità epigenetica (si raggruppano in tre meta-popolazioni), un'ora dopo il trattamento e in misura maggiore a 24 ore da questo si manifesta un significativo aumento dell'omogeneità del profilo epigenetico espressa dal progressivo raggruppamento di tutti i soggetti (tranne uno) in un'unica meta-popolazione. Questi risultati evidenziano come l'intervento terapeutico MBT-T di gruppo sia in grado di influenzare lo status epigenetico dei soggetti sottoposti a questo tipo di terapia.

Ipotesi di studio e ricerca in ambito oncologico

Come già descritto e in linea con altri studi condotti nel campo della genomica, delle neuroscienze, della psicoterapia e dei trattamenti mente-corpo, la nostra principale ipotesi di studio e ricerca è che così come lo stress è in grado di attivare specifici pattern infiammatori, in direzione opposta anche le esperienze psicosociali positive, la psicoterapia e i trattamenti mente-corpo possono migliorare le condizioni di salute mentali e fisiche delle persone attraverso la modulazione dei pattern coinvolti nella risposta allo stress, riducendo il livello di espressione dei geni pro-infiammatori.

Nei primi studi, il nostro team si è posto l'obiettivo di verificare empiricamente l'ipotesi appena descritta, dimostrando che il nostro protocollo d'intervento terapeutico è

in grado di innescare meccanismi molecolari-genomici che facilitano l'attivazione di cellule staminali, la riduzione dell'infiammazione cronica e dell'ossidazione cellulare, promuovendo la guarigione mente-corpo.

A partire dai risultati ottenuti e con l'obiettivo di ampliare le conoscenze sui meccanismi genomici alla base delle terapie integrate mente-corpo, sono stati condotti ulteriori studi finalizzati a valutare differenti aspetti del protocollo di terapia (MBT-T) e la sua applicazione con diverse patologie.

Anche in questa nuova fase di ricerca, l'ipotesi formulata segue i precedenti studi e intende verificare empiricamente se il protocollo di trattamento mente-corpo (MBT-T) sia in grado di modulare l'espressione di geni attività-esperienza dipendenti per ridurre l'attivazione dei *pathway* infiammatori, migliorare la qualità della vita e facilitare una migliore risposta di salute mente-corpo anche in patologie specifiche come quelle neurodegenerative (Parkinson) e nel trattamento integrato del cancro (cancro al seno).

In quest'ottica, abbiamo recentemente avviato un importante progetto di ricerca in ambito oncologico: *the Psychosocial Genomics Research Program in Oncology – PSGPO* [1, 26]. Questo studio, indirizzato a una particolare popolazione di pazienti oncologici (donne con tumore al seno) ha l'obiettivo di integrare le conoscenze psicologiche e biomediche insieme con le evidenze neuroscientifiche, la ricerca genomica e la medicina mente-corpo, per esplorare se un nuovo approccio terapeutico mente-corpo come l'MBT-T possa migliorare la qualità della vita delle pazienti a rischio di recidiva dopo aver portato a termine i trattamenti standard. L'obiettivo del PSGPO è promuovere crescita, conoscenza e sviluppo di prospettive di ricerca e intervento terapeutico, innovative ed *evidence-based*, basate su una metodologia sperimentale ma focalizzate su una prospettiva di integrazione mente-corpo che analizza in modo sincrono le connessioni multilivello mente-gene.

Metodologia della ricerca

Da un lato, il nostro approccio metodologico è orientato al trasferimento delle scoperte più recenti nel campo delle neuroscienze, della ricerca genomica e della medicina mente-corpo all'interno della pratica clinica e, dall'altro, alla verifica empirica dell'efficacia clinica del nostro protocollo terapeutico.

La *Mind Body Transformations Therapy* (MBT-T), già nota come Creative Psychosocial Genomic Healing Experience (CPGHE), è una metodica innovativa, basata su dati empirici, per il trattamento dei disordini mente-corpo. Essa è volta a promuovere la resilienza, le risorse e la creatività dell'individuo allo scopo di ridurre i sintomi dello stress e la guarigione mente corpo. È caratterizzata da un protocollo strutturato basato sul Processo Creativo a Quattro Fasi (Four-stage Creative Process) [27–29], i ritmi ultradiani, il Ciclo di Base Riposo Attività (BRAC) e la plasticità biologica e neuronale. Utilizza i nostri naturali ritmi biologici per creare le migliori condizioni di attivazione dei processi interni di guarigione mente-corpo, che sono in grado di curare le disfunzioni legate allo stress di diversi disturbi psichiatrici, psicologici e in

ambito riabilitativo [3, 6, 7, 30]. L'MBT-T è annoverata fra le terapie mente corpo (mind-body therapies, MBT) e può essere applicata in sessioni di gruppo così come individuali. Il protocollo prevede movimenti dei palmi delle mani che il terapeuta mostra al soggetto e che il soggetto rispecchierà, all'interno di ciascuna delle quattro fasi del processo creativo: fase 1- iniziazione ed attesa creativa (concentrarsi sulla coscienza); fase 2 – incubazione e accesso all'esperienza attuale (rassegna dei problemi); fase 3 – illuminazione, costruzione della mente futura (insight e problem-solving); fase 4 - valutazione, pianificazione (esame di realtà e cura di sé) [31]. Ciò consentirà di avviare un dialogo terapeutico, mente-corpo, in grado di generare nuova consapevolezza per la soluzione dei problemi. Inoltre, insieme alla persona, il terapeuta esplora “Il problema degli opposti”, avventurandosi alla ricerca della meraviglia e della gioia di una nuova consapevolezza [31].

A differenza degli approcci tradizionali in genetica, in cui solitamente si analizza il singolo gene alla ricerca del suo coinvolgimento in una particolare malattia e che eventualmente sarebbe alla base anche di specifici comportamenti disfunzionali, nei nostri studi seguiamo un approccio metodologico che persegue l'obiettivo di studiare come l'espressione genica possa essere modulata dalle terapie integrate mente-corpo, con particolare attenzione alla terapia MBT-T, e gli eventuali geni coinvolti nel successo terapeutico [1].

All'interno del programma di ricerca in ambito oncologico (PSGPO) che stiamo attualmente portando avanti in collaborazione con l'Istituto Nazionale Tumori Pascale di Napoli, è stato progettato un trial clinico randomizzato con la presenza di un gruppo sperimentale (al quale viene somministrato il protocollo di intervento terapeutico mente-corpo in aggiunta a quello standard) e uno di controllo (che viene sottoposto alle sole procedure standard), finalizzato alla valutazione del potenziale clinico del nostro approccio terapeutico mente-corpo con i pazienti oncologici e alla comprensione delle determinanti dell'*outcome* attraverso sia lo studio del genoma, sia di altre variabili psicologiche al fine di chiarire i meccanismi molecolari alla base del miglioramento della salute e del benessere. Il protocollo di ricerca prevede n. 90 soggetti, randomizzati utilizzando un software dedicato (randomizer.org) e suddivisi nei seguenti due gruppi:

A: standard follow-up (gruppo di controllo), costituito da pazienti con le stesse caratteristiche dei soggetti sperimentali, tranne per il fatto che sono sottoposti solo alla procedura di follow-up standard (decisa dall'oncologo di riferimento);

B: standard follow-up + MBT-T (gruppo sperimentale), costituito da pazienti sottoposti alla procedura standard di follow-up secondo le indicazioni dell'oncologo di riferimento, con l'aggiunta di un trattamento psicologico bisettimanale (MBT-T) per un periodo di quattro mesi (otto sessioni in totale). L'assessment psicologico prevede l'utilizzo dei seguenti strumenti di misurazione: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Beck Depression Inventory [32], Termometro del Distress, EORTC QLQ-C30 (3.0), Verbal Rating Scale (VRS), CORE-OM 2 e BFQ-2. Gli indicatori psicologici e clinici presi in esame sono: ansia e depressione relative all'ospedalizzazione (HADS), condizioni ansioso-depressive preesistenti (Beck Depression In-

ventory e CORE-OM 2), stress (Termometro del Distress), qualità della vita (EORTC QLQ-C30), intensità del dolore (VRS) e personalità (BFQ-2).

La procedura prevede che entrambi i gruppi siano valutati prima e dopo l'intervento attraverso indicatori psicologici, clinici e genomici. In linea con la metodologia adottata nelle precedenti ricerche, ad entrambi i gruppi vengono effettuati prelievi ematici prima e dopo l'intervento mente-corpo al fine di condurre analisi genomiche con l'obiettivo di investigare il coinvolgimento di particolari geni e *pathway* collegati all'infiammazione [1, 3, 4, 11, 31, 33].

Risultati sull'efficacia clinica e genomica del modello

Attraverso questo studio ci aspettiamo di validare l'efficacia dell'approccio strategico integrato mente-corpo (MBT-T) nel migliorare la qualità della vita e dell'*outcome* nella riduzione delle recidive e nel miglioramento del benessere. L'idea è quella di dimostrare empiricamente l'efficacia e la sostenibilità degli approcci integrati mente-corpo, validando scientificamente una strategia terapeutica efficace, sostenibile e personalizzata da integrare a quelle standard, riconosciute dalle linee guida internazionali.

In particolare, ci si aspetta di osservare un migliore esito terapeutico nei pazienti appartenenti al gruppo sperimentale in riferimento alla qualità della vita, al distress percepito, all'ansia, alla depressione e al dolore. Ci si aspetta, infatti, che il trattamento integrato agisca aiutando, di fatto, le pazienti a gestire più efficacemente la propria salute e aumentando le probabilità di registrare un migliore *outcome* in termini di salute al follow-up. Inoltre, le analisi condotte sul genoma delle pazienti contribuiranno a chiarire i meccanismi molecolari alla base dell'efficacia terapeutica del protocollo d'intervento. Lo studio è attualmente in corso e al momento abbiamo solo i risultati relativi a un piccolo numero di soggetti (<15 per gruppo). L'analisi statistica condotta è l'ANOVA a modello misto (entro i soggetti/tra i soggetti) utilizzando IBM SPSS V.

I risultati preliminari del CORE-10 e dell'HADS sono illustrati nelle figure 1, 2 e 3. Nonostante l'esiguità del campione, i risultati indicano che il gruppo sperimentale, rispetto a quello di controllo, mostra effetti che, seppur non statisticamente significativi, sono in linea con l'ipotesi della ricerca sia relativamente alla misura del benessere (misurata con il CORE-10) sia in quella di ansia e depressione (misurate con HADS).

Riguardo le analisi genomiche, sono stati misurati i livelli di citochine, chemochine e fattori di crescita nel siero dei pazienti. I profili dei due gruppi alla baseline erano comparabili. In particolare, l'espressione di SCGF, SDF-1a, MCP3, IL-12p40 e IL-18 era notevolmente ridotta nel siero dei pazienti raccolto dopo un solo intervento di MBT-T (T1) rispetto al gruppo di controllo (pazienti non esposti al trattamento), mentre la riduzione di MIG, MCP3 e GROa è stata osservata alla fine del trattamento. SDF-1a (CXCL12) e MCP3 sono chemochine proinfiammatorie, come anche IL-18 e IL12. SCGF è un fattore di crescita. La diminuzione di queste proteine è quindi

molto interessante. Al T2, i pazienti sperimentali hanno manifestato una riduzione delle citochine MIG, MCP3 e GROa, che sono invece aumentate nei controlli. Anche in questo caso, MIG (CXCL9), Gro-a (CXCL1), e MCP3 sono chemochine proinfiammatorie.

La tendenza osservata nei nostri risultati dell'analisi genomica ci induce a ritenere che l'intervento con MBT-T sia stato in grado di modulare il profilo del citochinoma in favore di un basso profilo infiammatorio. Pertanto, i nostri dati preliminari indicano che la MBT-T ha prodotto una significativa riduzione di diverse citochine e chemochine proinfiammatorie coinvolte nei meccanismi di resistenza farmacologica e progressione del tumore nel cancro al seno [34].

Conclusioni

Alla luce di quanto esposto è possibile affermare che l'evoluzione della psicoterapia strategico-integrata all'interno di un modello strategico ad orientamento neuroscientifico ha determinato lo sviluppo di un approccio terapeutico innovativo, efficace e in grado di produrre cambiamenti profondi e sostanziali migliorando nel complesso la risposta di salute mente-corpo.

Il modello teorico-clinico presentato, oltre a realizzare una fruttuosa integrazione tra i principali orientamenti psicoterapici, è plasmato dalla ricerca neuroscientifica sull'espressione genica e sulla plasticità cerebrale, rendendolo un modello innovativo di psicoterapia *evidence-based* in grado di trattare non solo disturbi di stampo prettamente psicologico ma anche disturbi con sintomatologia psicosomatica e/o esclusivamente corporea, promuovendo in ogni caso processi di guarigione mente-corpo e la facilitazione di un naturale dialogo mente-cervello-gene.

Le evidenze sperimentali e cliniche ottenute dagli studi condotti dal nostro International Psychosocial Genomics Team relativamente alla modulazione dell'espressione genica nei leucociti hanno mostrato come il nostro intervento clinico ad orientamento genomico può modulare l'espressione dei geni attività-esperienza dipendenti riducendo i sintomi dei disturbi correlati allo stress e facilitando la guarigione mente-corpo.

I risultati preliminari dello studio in corso, relativi alla valutazione di benessere (misurato con CORE-10), depressione e ansia (misurate con HADS), mostrano risultati molto incoraggianti come l'aumento del benessere e la diminuzione della depressione e dell'ansia nel gruppo sperimentale rispetto a quello di controllo. Questo effetto di interazione è in linea con l'ipotesi della ricerca.

I risultati preliminari relativi a queste variabili psicologiche non sono statisticamente significativi, ma probabilmente questo limite risente ancora dell'esiguità del campione per ora analizzato (<15 soggetti per gruppo). La ricerca è in corso e siamo fiduciosi che completata la sperimentazione sul campione previsto 90 donne saremo in grado di presentare risultati che abbiano anche il doveroso e richiesto supporto statistico.

Inoltre, i risultati preliminari dell'indagine genomica indicano che la MBT-T ha pro-

dotto una significativa riduzione di diverse citochine e chemochine proinfiammatorie coinvolte nei meccanismi di resistenza farmacologica e progressione del tumore nel cancro al seno [34]. I dati mostrano che l'intervento ha determinato una modulazione dei pathway infiammatori nella terapia acuta e a lungo termine. Ciò potrebbe prevenire il rischio di recidiva nelle pazienti con cancro al seno.

È possibile che anche alla luce dei dati finali si possa affermare che l'elaborazione dell'approccio terapeutico descritto possa essere considerato come una opportunità clinica di grande rilievo nel trattamento di malattie di difficile gestione, contribuendo in modo significativo al miglioramento delle condizioni di salute delle persone affette da disturbi psicologici e/o che si trovano a combattere malattie come tumori o patologie neurodegenerative.

Sebbene le ricerche condotte dal nostro team abbiano già ricevuto diversi importanti riconoscimenti tra cui essere inseriti nella prestigiosa Raccolta delle Opere di M.H. Erickson da parte della Milton Erickson Foundation come evoluzione del modello ericksoniano in chiave neuroscientifica, restano ancora molti gli studi da realizzare per comprendere a pieno la complessità del nostro funzionamento e sviluppare ulteriormente un modello integrato di trattamento mente-corpo che trasferisca le evidenze scientifiche in pratiche cliniche, aumentandone l'efficacia.

Ringraziamenti

Si ringrazia il team della ricerca psicologica, formato da Francesco De Falco, Daniela Barberio, Valentina Abate, Giovanna Celia, Laura Girelli e Deborah R. Vivo. Inoltre, si ringrazia il team della ricerca genomica, costituito da Michele De Laurentiis, Michela Piezzo, Stefania Cocco, Alfredo Baudillon, Susan Costantini, Stefano Castiglione, Francesco Guarino, Angela Cicatelli, Alessandra Calabrese e Gabriele Madonna.

BIBLIOGRAFIA

1. Cozzolino, M., & Celia, G. (2016). The neuroscientific evolution of Ericksonian approach as a metamodel of healing. *The International Journal of Psychosocial and Cultural Genomics, Consciousness & Health Research*, 2(1), 31–41.
2. Rossi, E. L. (2002). A Conceptual Review of the Psychosocial Genomics of Expectancy and Surprise: Neuroscience Perspectives about the Deep Psychobiology of Therapeutic Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45(2), 103–118. <https://doi.org/10.1080/00029157.2002.10403508>
3. Cozzolino, M., Tagliaferri, R., Castiglione, S., Fortino, V., Cicatelli, A., Guarino, F., ... Iannotti, S. (2014). The Creative Psychosocial and Cultural Genomic Healing Experience: A new top-down epigenomic psychotherapeutic protocol. *The International Journal of Psychosocial and Cultural Genomics, Consciousness & Health Research*, 1(1), 18–26.
4. Cozzolino, M., Cicatelli, A., Fortino, V., Guarino, F., Tagliaferri, R., Castiglione, S., ... Rossi, E. (2015). The Mind-Body Healing Experience (MHE) Is associated with Gene Expression in Human Leukocytes. *International Journal of Physical and Social Sciences*, 5(3), 361–374.
5. Rossi, E. L. (2009). The Psychosocial Genomics of Therapeutic Hypnosis, Psychotherapy, and Re-

- habilitation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(3), 281–298.
<https://doi.org/10.1080/00029157.2009.10401678>
6. Atkinson, D., Iannotti, S., Cozzolino, M., Castiglione, S., Cicatelli, A., Vyas, B., ... Rossi, E. (2010). A New Bioinformatics Paradigm for the Theory, Research, and Practice of Therapeutic Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 53(1), 27–46.
<https://doi.org/10.1080/00029157.2010.10401745>
7. Rossi, E. L., Cozzolino, M., Mortimer, J., Atkinson, D., & Rossi, K. L. (2011). A Brief Protocol for the Creative Psychosocial Genomic Healing Experience: The 4-Stage Creative Process in Therapeutic Hypnosis and Brief Psychotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 54(2), 133–152.
<https://doi.org/10.1080/00029157.2011.605967>
8. Cozzolino, M., Guarino, F., Castiglione, S., Cicatelli, A., & Celia, G. (2017). Pilot Study on Epigenetic Response to A Mind-Body Treatment 2017. *Translational Medicine @ UNISA*, 17(7), 40–44.
9. Haley, J. (1973). *Uncommon therapy. The psychiatric techniques of M. Erickson*. New York: Norton and Co.
10. Celia, G. (2016). L'intervento terapeutico nel modello strategico-integrato. In *La psicoterapia strategico-integrata. L'evoluzione dell'intervento clinico breve*. Milano: Franco Angel.
11. Rossi, E. L., Rossi, K. L., Yount, G., Cozzolino, M., & Iannotti, S. (2006). The Bioinformatics of Integrative Medical Insights: Proposals for an International Psycho-Social and Cultural Bioinformatics Project. *Integrative Medicine Insights*, 1(1), 7–26. <https://doi.org/10.1177/117863370600100002>
12. Rossi, E. L., & Rossi, K. L. (2008). Open Questions on Mind, Genes, Consciousness, and Behavior: The Circadian and Ultradian Rhythms of Art, Beauty, and Truth in Creativity. In *Ultradian Rhythms from Molecules to Mind* (pp. 391–411). Dordrecht: Springer Netherlands.
https://doi.org/10.1007/978-1-4020-8352-5_16
13. Rossi, E. L., & Rossi, K. L. (2006). The neuroscience of observing consciousness & mirror neurons in therapeutic hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(4), 263–278.
<https://doi.org/10.1080/00029157.2006.10401533>
14. Rossi, E., Iannotti, S., Cozzolino, M., Castiglione, S., Cicatelli, A., & Rossi, K. (2008). A pilot study of positive expectations and focused attention via a new protocol for optimizing therapeutic hypnosis and psychotherapy assessed with DNA microarrays: The creative psychosocial genomic healing experience. *Sleep and Hypnosis*, 10(2), 39–44. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/237456038_A_Pilot_Study_of_Positive_Expectations_and_Focused_Attention_via_a_New_Protocol_for_Optimizing_Therapeutic_Hypnosis_and_Psychotherapy_Assessed_with_DNA_Microarrays_The_Creative_Psychosocial_Genomic_He
15. Hsieh, J., & Eisch, A. J. (2010, July). Epigenetics, hippocampal neurogenesis, and neuropsychiatric disorders: Unraveling the genome to understand the mind. *Neurobiology of Disease*.
<https://doi.org/10.1016/j.nbd.2010.01.008>
16. Rossi, E. L. (2004). Gene Expression and Brain Plasticity Rossi, E. L. (2004). Gene Expression and Brain Plasticity in Stroke Rehabilitation: A Personal Memoir of Mind-Body Healing Dreams. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(3), 215–227. <https://doi.org/10.1080/00029157.2004.10403601>
17. Rossi, E. L., & Rossi, K. L. (2007). What is a Suggestion? The Neuroscience of Implicit Processing Heuristics in Therapeutic Hypnosis and Psychotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49(4), 267–281. <https://doi.org/10.1080/00029157.2007.10524504>
18. Lloyd, D., & Rossi, E. L. (2008). *Ultradian rhythms from molecules to mind : a new vision of life*. Springer.
19. Morita, K., Saito, T., Ohta, M., Ohmori, T., Kawai, K., Teshima-Kondo, S., & Rokutan, K. (2005). Expression Analysis of Psychological Stress-Associated Genes in Peripheral Blood Leukocytes. *Neuroscience Letters*, 381(1–2), 57–62.
20. Dusek, J. A., Otu, H. H., Wohlhueter, A. L., Bhasin, M., Zerbini, L. F., Joseph, M. G., ... Libermann, T. . (2008). Genomic Counter-Stress Changes Induced by the Relaxation Response. *PLoS ONE*, 3(7).
21. Antoni, M. H., Lutgendorf, S. K., Blomberg, B., Carver, C. S., S., L., Diaz, A., ... Cole, S. W.

- (2012). Cognitive-behavioral stress management reverses anxiety-related leukocyte transcriptional dynamics. *Biological Psychiatry*, *71*(4), 366–372.
22. Cozzolino, M. (2015). The Beyond the Controversy on Research in Psychology: The New Look of Psychosocial and Cultural Genomics and Consciousness Research. *The International Journal of Psychosocial and Cultural Genomics*, *4*(1), 4–8.
23. Bhasin, M. K., Dusek, J. A., Chang, B. H., Joseph, M. G., Denninger, J. W., Fricchione, G. L., ... Libermann, T. A. (2013). Relaxation Response Induces Temporal Transcriptome Changes in Energy Metabolism, Insulin Secretion and Inflammatory Pathways. *PLoS ONE*, *8*(5).
24. Antoni, M. H. (2013). Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, *30* (Suppl), S88–S9.
25. Andersen, B. L., Yang, H.-C., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D. M., Emery, C. F., Thornton, L. M., ... Carson, W. E. (2008). Psychological intervention improves survival for breast cancer patients: A randomized clinical trial. *Cancer*, *113*(12), 3450–3458.
26. Cozzolino, M. (2016). A Psychosocial Genomics Research Program in Oncology (PSGPO) for Verifying Clinical, Genomic and Epigenetic Effects of Mind-Body Transformations Therapy (MBT-T) in Breast Cancer Patients. *The International Journal of Psychosocial and Cultural Genomics: Health & Consciousness Research*, *2*(3), 34–41.
27. Muñoz, F. V., & Larkey, L. (2018). The creative psychosocial genomic healing experience (CPGHE) and gene expression in breast cancer patients: A feasibility study. *Advances in Integrative Medicine*, *5*(1), 9–14. <https://doi.org/10.1016/j.aimed.2018.03.001>
28. Rossi, E. L., & Rossi, K. L. (2006). The Neuroscience of Observing Consciousness & Mirror Neurons in Therapeutic Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *48*(4), 263–278. <https://doi.org/10.1080/00029157.2006.10401533>
29. Rossi, E. (2012). *Creating Consciousness: How Therapists Can Facilitate Wonder, Wisdom, Truth and Beauty: The Selected Papers of Ernest Lawrence Rossi, Vol 2*. Phoenix: AZ: The Milton H Erickson Foundation Press.
30. Rossi, E. L., Iannotti, S., Cozzolino, M., Castiglione, S., Cicatelli, A., & Rossi, K. (2008). A pilot study of positive expectations and focused attention via a new protocol for optimizing therapeutic hypnosis and psychotherapy assessed with DNA microarrays: The creative psychosocial genomic healing experience. *Sleep and Hypnosis*, *10*(2), 39–44.
31. Rossi, E. L., & Rossi, K. L. (2008). *The New Neuroscience of Psychotherapy, Therapeutic Hypnosis & Rehabilitation : a Creative Dialogue With Our Genes*. The Milton H. Erickson Institute of the California Central Coast. Retrieved from www.ernestrossi.com
32. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II, Beck depression inventory : manual*.
33. Rossi, E. L., Cozzolino, M., Mortimer, J., Atkinson, D., & Rossi, K. L. (2011). A Brief Protocol for the Creative Psychosocial Genomic Healing Experience: The 4-Stage Creative Process in Therapeutic Hypnosis and Brief Psychotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *54*(2), 133–152. <https://doi.org/10.1080/00029157.2011.605967>
34. King, M. A., Leon, L. R., Morse, D. A., & Clanton, T. L. (2017). Unique cytokine and chemokine responses to exertional heat stroke in mice. *Journal of Applied Physiology*, *122*(2), 296–306. <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00667.2016>

APPENDICE

Figura 1. Differenze medie relative al benessere

Nota. Effetto di interazione statisticamente non significativo del benessere ($F = 1.302; p = .287$). Nonostante ciò si può notare un aumento del benessere per il gruppo sperimentale ed una sua riduzione del gruppo di controllo. La non significativa statistica dei risultati è da imputarsi probabilmente all'esiguità del campione finora reclutato (<15 per gruppo).

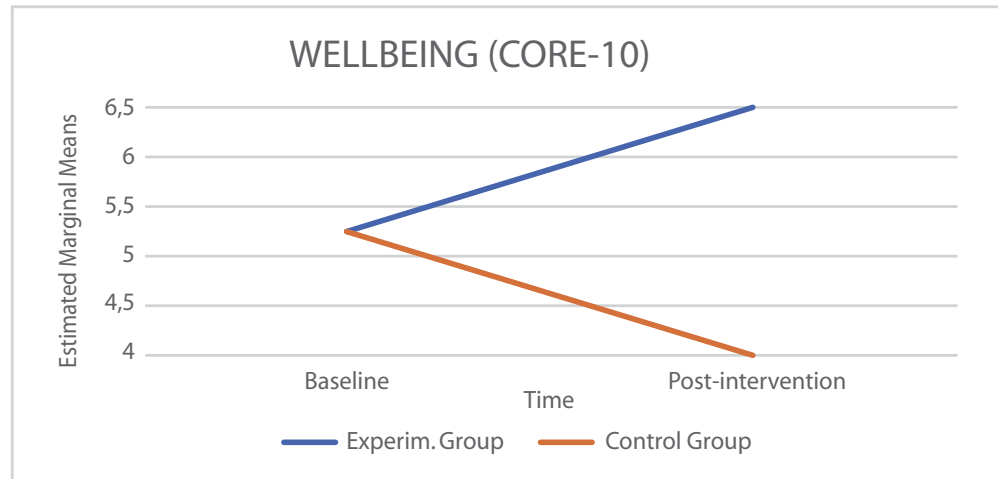


Figura 2. Differenze medie nei livelli di depressione

Nota. Effetto di interazione statisticamente non significativo della depressione ($F = 1.948; p = .188$). Nonostante ciò si può notare una riduzione della depressione per il gruppo sperimentale ed un suo aumento nel gruppo di controllo. La non significativa statistica dei risultati è da imputarsi probabilmente all'esiguità del campione finora reclutato (<15 per gruppo).

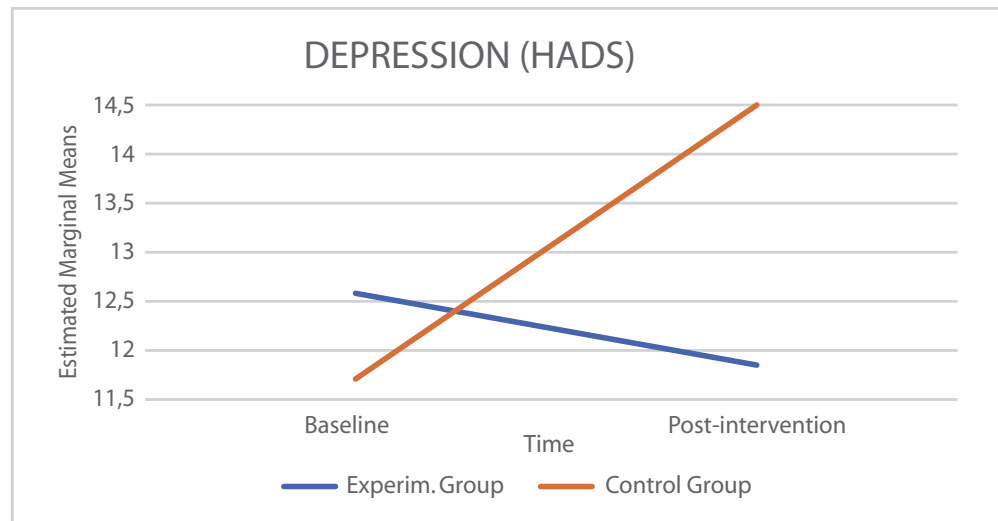
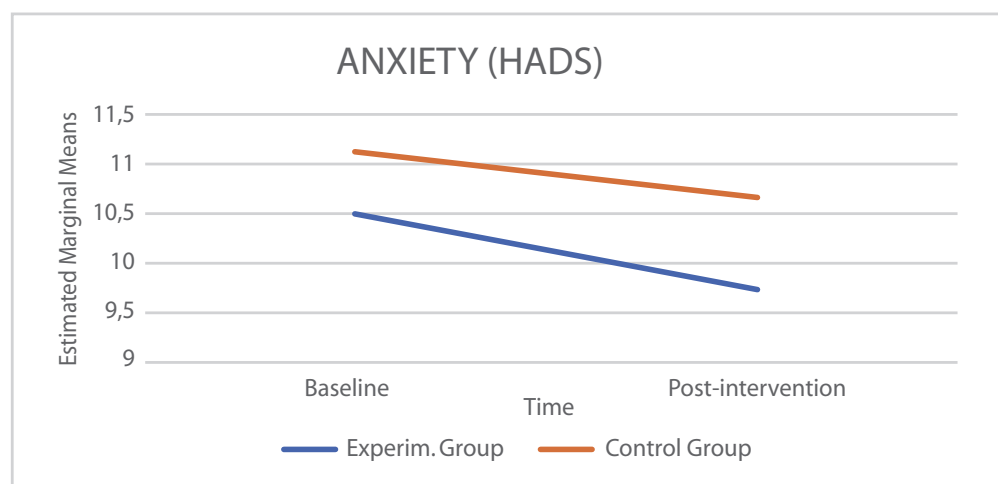


Figura 3. Differenze medie relative all'ansia

Nota. Effetto di interazione statisticamente non significativo dell'ansia ($F = 1.470; p = .249$). Nonostante ciò si può notare una riduzione dell'ansia per il gruppo sperimentale superiore a quella che vi è nel gruppo di controllo. La non significativa statistica dei risultati è da imputarsi probabilmente all'esiguità del campione finora reclutato (<15 per gruppo).



IPOTESI E METODI DI STUDIO

Migliorare l'aderenza al trattamento nelle dipendenze comportamentali attraverso un processo integrato tra motivazione al cambiamento e self-empowerment

Antonello Chiacchio¹, Rita Di Gennaro¹, Irene Fabbricino¹, Lucia Luciana Mosca¹

¹ SiPGI - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata



Citation

Chiacchio A., Di Gennaro R., Fabbricino I., Mosca L. L. (2020). Migliorare l'aderenza al trattamento nelle dipendenze comportamentali attraverso un processo integrato tra motivazione al cambiamento e self-empowerment Phenomena Journal, 2, 102-109. <https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.76>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Antonello Chiacchio
info.maranto@gmail.com

Ricevuto: 30 aprile 2020

Accettato: 25 maggio 2020

Publicato: 30 maggio 2020

ABSTRACT

The objective of this study is to demonstrate that the self-empowerment process methodology is an essential targeted motivational work for the improvement of the client's adherence - and therefore its therapeutic efficacy - during treatment of behavioral addictions (e.g. compulsive mechanisms such as food in eating disorder and play in pathological gambling).

Eating disorders and gambling are characterized, on a psychopathological level, by compulsive behavior in addiction to a condition of affective-relational ambivalence, induced by intrapsychic conflicts. Both situations lead the affected person to live in an internal torment between two opposite alternatives. In this situation, the patients feel entrapped in a cage, obsessed on a fixed thought of eating or playing, and they often are unable to go out alone or, in case they decide to want to be helped and supported, they struggle to undertake treatment because they are afraid of the change or do not feel any intrinsic motivation. The hypothesis of the study considers motivational work as a useful and functional approach for compulsive addictions. It does not aim to change the patient or teach how to change, however, through a self-empowerment methodology, allows the person to accept their condition, becomes more aware of inconsistencies of his behaviour, and thus undertakes a functional treatment for well-being and health. The theoretical framework is based on Prochaska, Norcross and Di Clemente's transtheoretical model of change, according to which the motivational process of change occurs in six phases and change is seen as a wheel that has to be covered several times before success can be achieved.

The goal of the work on motivation for treatment and empowerment will be an increase in patient compliance and a greater probability of success of the therapy.

KEYWORDS

Behavioral addiction, self-empowerment, motivational work.

ABSTRACT IN ITALIANO

Questo studio parte dall'idea secondo la quale per migliorare l'aderenza del cliente al trattamento delle dipendenze comportamentali (ad es. meccanismi compulsivi come il cibo, nel disturbo del comportamento alimentare e il gioco, nel Gioco d'azzardo patologico) e quindi l'efficacia terapeutica, è necessario un lavoro motivazionale mirato, utilizzando la metodologia di processo di auto-potenziamento. I disturbi alimentari e il gioco d'azzardo sono caratterizzati, a livello psicopatologico, da comportamento compulsivo e ambivalenza affettivo-relazionale, indotta da conflitti intrapsichici, che portano la persona a vivere un tormento interiore tra due alternative opposte. In questa situazione di ambivalenza, le pazienti si sentono in una gabbia ossessiva focalizzata su un pensiero fisso di mangiare o giocare e spesso non riescono a uscire da sole o, se decidono di voler essere aiutate e sostenute, resistono per avviare il trattamento perché hanno paura del cambiamento o non provano motivazione intrinseca. L'ipotesi dello studio concepisce il lavoro motivazionale come approccio utile e funzionale per le dipendenze compulsive, che non abbia lo scopo di cambiare il paziente o insegnare come cambiare, ma che, attraverso una metodologia di auto-potenziamento permetta alla persona di accettare la propria condizione, guardare le incongruenze del comportamento con maggiore consapevolezza, e così intraprendere un trattamento funzionale per il benessere. Il quadro teorico è la teoria transteoretica al cambiamento di Prochaska, Norcross e Di Clemente, per la quale il processo motivazionale di cambiamento avviene in sei fasi da percorrere più volte prima di poter arrivare al successo. L'obiettivo del lavoro sulla motivazione al trattamento e l'empowerment, sarà un aumento della compliance del paziente e una maggiore probabilità di successo della terapia.

PAROLE CHIAVE

Dipendenza comportamentale, self empowerment, lavoro motivazionale.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

1. INTRODUZIONE

Si può definire la dipendenza patologica [1] una forma morbosa sia fisica che psichica determinata dall'uso disfunzionale di una sostanza, di un oggetto o di un comportamento caratterizzata da un sentimento di incoercibilità, da risposte comportamentali e da un insieme di bisogni compulsivi di assumere la sostanza in modo continuativo o di ripetere comportamenti abitudinari incontrollabili che il soggetto non è in grado di allontanare da sé.

Anche se le ultime versioni del Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali DSM-5 e gran parte dei manuali di psicopatologia, continuano a considerare il concetto di 'dipendenza' riferito in modo esclusivo all'assunzione di sostanze ad attività psicotropa, questa viene sempre più utilizzata anche per identificare e classificare sintomi e sindromi derivanti dallo sviluppo di comportamenti compulsivi che si sviluppano in assenza dell'assunzione di qualsiasi sostanza.

L'interesse dello studio è rivolto in particolare ai disturbi del comportamento alimentare [2] e al gioco d'azzardo patologico [3]. Tali disturbi, come molte dipendenze comportamentali [4], sono caratterizzati sul piano psicopatologico da un comportamento compulsivo e da una condizione di ambivalenza affettivo-relazionale (voglio smettere di giocare ma gioco e voglio guarire ma non riesco a non abbuffarmi). Tale ambivalenza, indotta da conflitti intrapsichici, spesso porta la persona dipendente a vivere in un tormento interiore tra due alternative contrapposte, ciascuna delle quali presenta aspetti positivi attraenti e aspetti fortemente negativi.

1.1 Caratteristiche delle dipendenze

Tra i fattori significativi che determinano la condizione di una dipendenza patologica sono da tener presenti le caratteristiche di personalità, la tipologia di famiglia in cui il soggetto vive e forma la sua identità, la presenza di un contesto e uno stile di vita che favorisce lo sviluppo di un quadro psicopatologico rilevante, attraverso il quale i comportamenti compulsivi (con o senza uso di sostanze) sono un modo per compensare vissuti di sofferenze non tollerabili.

Sia le classiche dipendenze da sostanza [5], che le nuove dipendenze [6], presentano aspetti molti simili sul piano delle caratteristiche:

- il craving: l'intenso desiderio ad assumere la sostanza o a ripetere il comportamento compulsivo accompagnato ad un'intensa sofferenza nel caso in cui l'assunzione non avvenga o il comportamento (cibo nel disturbo del comportamento alimentare o gioco, nel gioco d'azzardo patologico) non venga messo in atto;
- l'instabilità dell'umore: inizialmente limitata all'inizio dell'assunzione della sostanza o del comportamento compulsivo, successivamente sempre più generalizzata ed estesa a tutti gli aspetti dell'esistenza;
- la tolleranza: la progressiva necessità di incrementare la quantità di sostanza o il tempo dedicato al comportamento per mantenere e raggiungere gli stessi effetti piacevoli, il quale tende altrimenti a esaurirsi;
- le ricadute: la frequente tendenza a riavvicinarsi alla sostanza o al comportamento

compulsivo dopo un periodo di interruzione;

- il dis-controllo: la progressiva sensazione di perdita del controllo sull'assunzione della sostanza o sull'esecuzione del comportamento;
- l'astinenza: un profondo disagio psichico e fisico quando il soggetto dipendente riduce l'assunzione della sostanza o il periodo dedicato al comportamento;
- il conflitto: la conseguenza dell'uso cronico della sostanza o del comportamento che determina evidenti ricadute sull'adattamento familiare, sociale, scolastico o lavorativo;
- la persistenza: l'esecuzione del comportamento in modo continuo e l'uso della sostanza con elevata frequenza avviene nonostante la progressiva ed evidente associazione con conseguenze negative sempre più gravi;
- I principali fattori di rischio: impulsività, famiglie caotiche con scarsi confini relazionali, devianza sociale, perdita della condizione lavorativa, precarietà della condizione economica, co-morbilità psichiatrica (depressione e personalità dipendente), basso livello di autostima e di autonomia affettivo-relazionale.

2. Evidenze della letteratura

La motivazione è definita da Atkinson come “*un insieme di fattori che sollecitano e orientano l'azione individuale ed è caratterizzata da una certa quota di eccitazione che è necessaria per iniziare e portare a termine un'azione [7]*”. Secondo l'approccio psico-fisiologico e la teoria comportamentista, la motivazione si distingue dall'emozione perché essa si colloca più sul versante dello stimolo che della risposta, mentre nell'emozione il sentimento si accompagna all'azione.

Da qualsiasi prospettiva teorica cerchiamo di interpretare questo termine, sembra che la motivazione sia una tendenza o un processo che orienta e rende dinamico un comportamento ed è strettamente correlata ai bisogni dell'individuo, alla consapevolezza di sé, alla capacità di costruire obiettivi o scopi personali. Tale motivazione è ciò che determina di iniziare ad impegnarsi in un compito ed è la scelta di spendere una certa quantità di energie per raggiungere un obiettivo prefissato.

Per costruire una motivazione al cambiamento con i pazienti dipendenti è necessario instaurare una relazione di aiuto che, nel nostro caso, si basa sui principi della teoria Trans-teoretica al cambiamento di Prochaska, Norcross e Di Clemente [8], nata dai principi Rogersiani, dai concetti di Locus of control, Motivazione e Self-efficacy [9] e dal modello di presa di decisioni (bilancia decisionale) di Janis e Mann [10] nonché dalla metodologia del self-empowerment [11] la quale si basa sull'apertura di nuove possibilità di cambiamento e l'aiuto della mobilitazione desiderante.

Il modello trans-teoretico si propone di essere un modello esplicativo completo e multilivello, perché tiene conto sia degli aspetti dinamici e processuali del cambiamento, sia perché è un processo che prevede, e si articola nel tempo attraverso una sequenza di stadi dinamicamente aperti allo stesso cambiamento comportamentale. La metodologia del self-empowerment [12] si focalizza sull'acquisizione di una nuova possibilità personale nel momento in cui il paziente è consapevole dei suoi

processi interni e inizia ad immaginare il cambiamento attraverso una pensabilità positiva.

3. Riferimenti neurobiologici e comportamentali

Le sindromi da dipendenza, comportamentali e da sostanza, potrebbero essere correlate ad un comune processo che deriva dall'alterato funzionamento dei tre sistemi funzionali:

1. motivazione-gratificazione attraverso il quale il soggetto dipendente tende a cristallizzare i meccanismi di rinforzo negativo; le dipendenze, chimiche o meno, rispondono a bisogni significativi sul piano emotivo e umano fungendo da ricompensa psicologica e strumentale;
2. regolazione degli affetti attraverso il quale il soggetto dipendente presenta una progressiva incapacità di tollerare emozioni dolorose, che vengono compensate tramite il comportamento (assume sostanze o attua comportamenti compulsivi);
3. inibizione comportamentale attraverso il quale il soggetto dipendente non è capace di interrompere l'esecuzione di un comportamento palesemente infruttuoso e auto-distruttivo [13].

4. Obiettivo del lavoro

L'obiettivo dello studio parte dall'assunto secondo il quale per migliorare l'aderenza al trattamento delle persone con dipendenze comportamentali (es. meccanismi compulsivi), e quindi l'efficacia terapeutica, sia fondamentale fare un lavoro motivazionale dettagliato e mirato, utilizzando la metodologia processuale self-empowerment. I disturbi del comportamento alimentare e il gioco d'azzardo patologico, a livello psicopatologico, sono caratterizzati da un comportamento compulsivo e da una condizione di ambivalenza affettivo-relazionale [14], indotta da conflitti intrapsichici, che spesso portano la persona colpita a vivere in un tormento interiore tra due alternative opposte, che presenta aspetti positivi interessanti e aspetti fortemente negativi. In questa situazione di ambivalenza queste persone dipendenti si sentono in una gabbia ossessiva focalizzata su un pensiero fisso di mangiare o giocare, e spesso non riescono a uscire da sole o, nel caso decidano di voler essere aiutate e sostenute, resistono per intraprendere un trattamento perché hanno paura del cambiamento o non provano nemmeno una motivazione intrinseca per il cambiamento. La nostra ipotesi è che un approccio utile e funzionale nel trattamento di queste dipendenze compulsive sia un lavoro motivazionale che non ha lo scopo di cambiare il paziente o insegnare come cambiare ma che, attraverso una metodologia di auto-potenziamento, può condurre "i pazienti dipendenti" ad accettare la propria condizione, guardare le incongruenze del comportamento con maggiore consapevolezza, e intraprendere un trattamento funzionale per il proprio benessere e la propria salute.

5. Materiali e metodi

Il quadro teorico è la teoria trans-teoretica al cambiamento di Prochaska, Norcross e Di Clemente [15], secondo la quale, il processo motivazionale di cambiamento avviene in sei fasi e il cambiamento è un ciclo che deve essere percorso più volte prima di poter avere successo.

Secondo Prochaska [16] e collaboratori, le fasi del cambiamento sono le seguenti:

Pre-contemplazione: il paziente non è consapevole di avere un problema, mentre le persone che sono vicine, se ne rendono conto. Senza riconoscimento del problema non ci può essere intenzione di cambiamento (“per quanto mi riguarda quel comportamento non necessita un cambiamento, potrebbe essere un problema per me ma non lo credo veramente”).

Contemplazione: il paziente è consapevole del problema ma non s’impegna per cercare una soluzione (“penso di essere pronto per migliorarmi in questa area e stavo prendendo in considerazione l’idea di cambiare quella parte di me”).

Preparazione: il paziente è intenzionata ad agire e ricerca attivamente una soluzione, che però non è messa concretamente in atto e inizia a pianificare le azioni (“ho deciso di voler cambiare concretamente il mio comportamento”).

Azione: il paziente mette in pratica una serie di attività che richiedono tempo ed energia per modificare concretamente il proprio comportamento (“sto finalmente facendo qualcosa per il mio problema”).

Mantenimento: il paziente attua i cambiamenti, che vengono consolidati, ma in questo stadio è ancora possibile una regressione ai precedenti stadi e alle vecchie abitudini (“mi preoccupa il fatto che potrei tornare ad avere il problema che avevo già cambiato”).

Ricaduta o termine: il paziente può ricadere e quindi ripartire in una fase contemplativa provando a superare il senso di fallimento dopo aver acquisito la necessaria maturità e la capacità di gestione del comportamento dipendente, non sente quindi più la tendenza a comportarsi come prima e non fa più nessuno sforzo nel prevenire la regressione oppure può maturare una consapevolezza consolidando, rinforzando i cambiamenti e terminando il processo di cambiamento.

Secondo questa teoria, il cambiamento è un ciclo che deve essere percorsa varie volte prima di poter arrivare al successo.

5.1 Obiettivi del lavoro motivazionale nelle diverse fasi della ruota del cambiamento

Il fatto che il lavoro motivazionale è ciclico e non lineare, riflette la realtà che in quasi tutti i processi di cambiamento è normale per la persona percorrere il processo un certo numero di volte prima di raggiungere un cambiamento stabile.

Il terapeuta, attraverso un lavoro motivazionale di self-empowerment, che si basa sul riconoscimento delle potenzialità e capacità del soggetto, attiva un’apertura a una nuova pensabilità positiva e una focalizzazione di risorse interne necessarie per sperimentare nuove possibili scelte, può aiutare il paziente a contemplare le conseguenze

del comportamento problematico, consapevolizzare i suoi bisogni emotivi e iniziare una scelta consapevole, che può indirizzare la persona al cambiamento. I tre pilastri del processo motivazionale al cambiamento che il paziente dovrà mettere in atto, sostenuto e facilitato dal terapeuta, sono: la disponibilità (voglio), l'impegno concreto (posso) e l'azione consapevole (faccio) [tab.1]. Tutto ciò implica un lavoro metodologico fatto di domande mirate [17] che siano in sintonia con il paziente e con la fase dello stadio di cambiamento con cui si trova il cliente in difficoltà.

Es. Quello che sta facendo o pensando in che modo la può aiutare? Continuare a comportarsi in questo modo come influisce sulla sua vita di tutti i giorni? A cosa le serve fare questo? In che modo le conviene? Idealmente come vorrebbe che si mettessero le cose? Quali potrebbero essere alcuni aspetti positivi legati al cambiamento? Il lavoro motivazionale si basa sulla consapevolezza dei vari stadi del cambiamento, dagli svantaggi dello status quo fino all'azione consapevole di cambiamento, che poi deve essere mantenuta e rinforzata dal paziente. Gli obiettivi nelle diverse fasi di cambiamento sono:

Pre-contemplazione: aumentare la consapevolezza della problematica;

Contemplazione: comprendere l'ambivalenza tra gli svantaggi della dipendenza e i vantaggi del cambiamento;

Preparazione: aiutare a determinare e rinforzare l'impegno al cambiamento;

Azione: sostenere e valorizzare i cambiamenti effettuati e i successi ottenuti;

Mantenimento: prevenire le ricadute e rinforzare i comportamenti adattivi e i fattori protettivi;

Ricadute: riprendere il processo di cambiamento attraverso il lavoro motivazionale sottolineando che le ricadute fanno parte del cambiamento.

I compiti del terapeuta nelle varie fasi del cambiamento sono:

Pre-contemplazione: costruire la motivazione intrinseca verso il cambiamento (sollevare dubbi, aumentare la percezione del rischio e dei problemi del comportamento attuale, facendo leva sugli svantaggi e i rischi clinici alla salute in cui il pz dipendente va incontro);

Contemplazione: focalizzare i benefici e le conseguenze negative (dove sono e dove vorrei essere, identificare le risorse e promuovere la responsabilità);

Preparazione: rinforzare l'impegno verso il cambiamento (incoraggiare l'impegno ed elaborare obiettivi comportamentali graduali);

Azione: fortificare la relazione di aiuto (strategie per le difficoltà emergenti);

Mantenimento: rinforzare adeguatamente i comportamenti che supportano il cambiamento attuato.

Ricadute o termine: aiutare il paziente sul piano motivazionale a riavviare i processi di contemplazione, preparazione, azione oppure concludere il ciclo di cambiamento.

Si fa un buon lavoro motivazionale quando il paziente dipendente [18]:

- 1) Riconosce ed è consapevole dei rischi del problema legato alla dipendenza;
- 2) Contempla la problematica e inizia a immaginare un possibile cambiamento;
- 3) Definisce degli obiettivi terapeutici personali e si impegna a cambiare;
- 4) Fa emergere i propri bisogni affettivo-relazionali e mette in atto comportamenti

adattivi;

5) Sperimenta la fiducia in sé e nel proprio cambiamento;

6) Tende ad affidarsi agli operatori dell'equipe terapeutica.

6. Risultati attesi

Attraverso il lavoro motivazionale integrato (La teoria Transteorica al cambiamento e la metodologia processuale del self-empowerment), ci si attende che possa aumentare l'aderenza al trattamento (un indicatore potrebbe essere la presenza costante alle terapie), l'incremento dell'efficacia della terapia e che il paziente abbia maggiori abilità nel superamento delle ricadute e un incremento di consapevolezza rispetto ad esse.

7. Conclusioni

Il paziente che ha una dipendenza comportamentale, affinché possa superare le resistenze al cambiamento [19], e aumentare l'aderenza al trattamento, deve quindi imparare a:

1. Esplorare il significato dei comportamenti e i vissuti che stanno alla base della compulsività;

2. Definire gli obiettivi in termini di desiderabilità, aprendosi a nuove possibilità realistiche;

3. Sperimentare l'azione consapevole e i rischi progressivi elaborando la percezione della fiducia al possibile cambiamento desiderato.

Se il paziente resta nella fase di pre-contemplazione, non riesce a percepire l'importanza del cambiamento, non è in grado di prendere consapevolezza del problema e non si rende conto dei rischi che può portare la dipendenza comportamentale nella sua vita; se invece il paziente passa alla fase contemplativa, grazie alla metodologia del self-empowerment integrata con gli stadi cambiamento, inizia a sentire un'energia motivazionale perché potrebbe prendere consapevolezza dei rischi della dipendenza, e quindi iniziare a collaborare aumentando l'efficacia terapeutica, e soprattutto iniziare un processo di cambiamento consapevole caratterizzato da maggiore fiducia in sé, maggiore affidamento al terapeuta e conseguente maggiore determinazione nell'aderire al trattamento.

Quindi il lavoro motivazionale [20], che si basa sulla consapevolezza dei rischi del problema della dipendenza, sulla possibilità di un cambiamento terapeutico e sull'impegno e l'energia diretta verso comportamenti adattivi del paziente, è un fattore essenziale per aumentare l'aderenza al trattamento [21], per ottenere maggiori esiti terapeutici e una maggiore consapevolezza di eventuali ricadute.

Tabella 1

Svantaggi dello status quo DISPONIBILITÀ <u>VOGLIO</u>	Vantaggi del cambiamento IMPEGNO <u>POSSO</u>	Auto-efficacia cosa ti servirebbe per andare da A a B AUTOEFFICACIA FACCIO
---	--	---

BIBLIOGRAFIA

1. Calamai, G. (2018). *Dipendenze patologiche*. IPSICO, Istituto di psicologia e psicoterapia comportamentale e cognitiva, Firenze
2. Safer, D. L., Telch, C. F., Chen, E. Y., & Barone, L. (2011). *Binge eating e bulimia: trattamento dialettico-comportamentale*. Raffaello Cortina.
3. Caretti, V., & La Barbera, D. (2005). *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*. Raffaello Cortina Editore.
4. Cantelmi, T. et al. (2004). "Le dipendenze comportamentali", *Psicobiiettivo XXIV*, n. 2, 13-28
5. Dimauro, P. E., Patussi V. (1999). *Dipendenze*. Manuale teorico pratico per operatori, Carocci editore, Roma
6. Rosemberg, et al. (2015). *Dipendenze comportamentali*. Criteri, evidenze e trattamento. Casa Editrice. EDRA
7. Atkinson, J. (1973). *La Motivazione*. Edizioni il Mulino, Roma
8. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research & practice*, 19(3), 276.
9. Bandura, A. (2000). Autoefficacia: teoria e applicazioni; tr, it Erikson. Trento.
10. Janis, I. L., & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. Free press.
11. Giusti, E., & Francescato, D. (1999). Empowerment e clinica. *Integrazione di tecni-che per l'autopotenziamento*. Roma: Edizioni Kappa.
12. Brusaglioni, M. (2007). Persona empowerment. *Poter aprire nuove possibilità nel lavoro e nella vita* (Vol. 15). FrancoAngeli.
13. Marazziti, D., Presta, S., Picchetti, M., & Dell'Osso, L. (2015). Dipendenze senza sostanza: aspetti clinici e terapeutici. *Journal of Psychopathology*, 21, 72-84.
14. Chiacchio, A. (2013). *Tra Crescita Personale ed Evoluzione Professionale. Esperienze, vissuti e Riflessioni di uno psicoterapeuta lucano in memoria del papà Vincenzo.*, Ed. Scientifiche ISM, cap. 3, Motivazione al cambiamento, pp.60-65
15. Prochaska, J. O., & Di Clemente, C. C. (1994). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Krieger Pub Co.
16. Prochaska, J. O., Di Clemente, C. C., Herzen, M., Miller, P. M., & Eisler, R. (1992). Progress in behavior modification. In *Stages of change in the modification of problem behaviors*. Sycamore Publ Sycamore.
17. Spalletta, E., & Germano, F. (2006). *Microcounseling e microcoaching. Manuale operativo di strategie brevi per la motivazione al cambiamento* (Vol. 5). Sovera Edizioni.
18. Migneault, J. P., Pallonen, U. E., & Velicer, W. F. (1997). Decisional balance and stage of change for adolescent drinking. *Addictive behaviors*, 22(3), 339-351.
19. Giusti, E., & Barbuto, F. (2014). *Cambiamento e resistenza in terapia: l'aderenza veloce al trattamento*. Sovera Edizioni.
20. Rollnick, S. (1994). Il colloquio motivazionale: aumentare la disponibilità al cambiamento. *Guelfi GP, Spiller V.*, "Motivazione e stadi del cambiamento nella tossicodipendenza", *Il Vaso di Pandora*, 4.
21. Majani, G., & Rovetto, F. (2001). *Compliance, adesione, aderenza: i punti critici della relazione terapeutica*. McGraw-Hill.

RICERCA ORIGINALE

Il Metodo Psycofilm. Cinema e Psico-Oncologia

Paola Dei¹

¹ Associazione culturale Centro Studi di Psicologia dell'Arte e Psicoterapie Espressive APS

ABSTRACT

At the Valdelsa donna Association, in collaboration with the USL Toscana SudEst Campostaggia Siena, directed by oncologist dr. Angelo Martignetti, in the years 2012-2013 a Cinema-thérapy project was carried out with the Psycofilm Method, a registered trademark, developed by Paola Dei President of the Center for the Study of Art Psychology and Expressive Psychotherapy, which made use of the discovery of Neurons Mirror by Giacomo Rizzolatti and his team, of the principles of Psychology of Art, in particular by Rudolf Arnheim, to which notes of the Enneagram of Claudio Naranjo have been added sometimes. In addition, John Bowlby's Theory of Attachment has sometimes been used. The project born the need to offer life to the years of cancer patients and people who have lost loved ones, through an approach defined "aesthetic-experimental" (experimental aesthetics) has proposed to assess the importance of working through cinema in order to highlight the emotional transformations and changes in the feelings felt towards oneself and towards others within family relationships or significant relationships. This entailed the implementation of strategies which presupposed the development of creativity. The emotional reconstruction elaborated through a creative path that acted as a mirror of one's own experiences, activating it, in turn in the observer, allowed the participants to sustain painful experiences and transform them into artistic works. The work has been interpreted through scientific tests that have provided interesting result for future research developments.

KEYWORDS

Psycofilm Method, Neurons Mirror, aesthetic-experimental, Enneagram, emotional transformation, significant relationships, family relationships, Psycho-oncology.

ABSTRACT IN ITALIANO

Presso l'Associazione Valdelsa donna, in collaborazione con la USL Toscana SudEst Campostaggia Siena, diretta dall'oncologo dott. Angelo Martignetti, negli anni 2012-2013 è stato realizzato un progetto di Cinema-terapia con il Metodo Psycofilm, marchio registrato, elaborato da Paola Dei Presidente del Centro Studi di Psicologia dell'Arte e Psicoterapie Espressive, che si è avvalsa della scoperta dei Neuroni Specchio di Giacomo Rizzolatti e della sua equipe, dei principi della Psicologia dell'Arte, in particolare di Rudolf Arnheim, ai quali sono state aggiunte talvolta note di enneagramma di Claudio Naranjo. Oltre a questo è stata utilizzata talvolta la Teoria dell'Attachment di John Bowlby. Il Progetto nato dall'esigenza di offrire vita agli anni dei malati oncologici e delle persone che hanno perduto loro cari, attraverso un approccio definito "estetico-sperimentale" (*experimental aesthetics*) si è proposto di valutare l'importanza del lavoro attraverso il cinema al fine di evidenziare le trasformazioni emozionali e le modifiche dei sentimenti provati verso se stesso e verso l'altro all'interno delle relazioni familiari o delle relazioni significative. Questo ha comportato una messa in atto di strategie che hanno presupposto lo sviluppo della creatività. La ricostruzione emozionale elaborata attraverso un percorso creativo che ha funto da specchio dei propri vissuti attivandola, a sua volta nell'osservatore, ha permesso ai partecipanti di sostenere vissuti dolorosi e trasformarli in elaborati artistici. Il lavoro è stato interpretato attraverso test scientifici che hanno fornito interessanti risultati per sviluppi futuri di ricerca.

PAROLE CHIAVE

Metodo Psycofilm, Neuroni Specchio, estetico-sperimentale, Enneagramma, trasformazione emotiva, relazioni significative, relazioni familiari, psico-oncologia.



Citation

Dei P. (2020).
Il Metodo Psycofilm.
Cinema e Psico-Oncologia
Phenomena Journal, 2, 110-120.
<https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.33>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Paola Dei
centro.ricerche2000@gmail.com

Ricevuto: 23 aprile 2019

Accettato: 31 maggio 2020

Publicato: 04 giugno 2020



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

Introduzione

Nell'ambito della psico-oncologia, l'approccio attraverso le arti, (in particolare del cinema, dove si radicalizzano un insieme di punti di vista che coinvolgono l'aspetto estetico, quello sociale e quello politico), è stato verificato attraverso una metodologia teorico/esperienziale, con quello che viene denominato "approccio estetico-sperimentale" (*experimental aesthetics*). La Ricerca è nata infatti per dimostrare l'efficacia del fecondo strumento del cinema con i malati oncologici e con persone che hanno perso familiari o loro cari a causa di malattie oncologiche, al fine di valutare le positive trasformazioni a livello psicologico e relazionale con il conseguente incremento della capacità creativa e della maggiore capacità di decodificare ed esprimere le emozioni. Nell'anno 2012-2013 si sono verificate le condizioni per esperire un Progetto di Cinema-terapia che si è avvalso del Metodo Psycofilm, elaborato da Paola Dei Presidente del Centro Studi di Psicologia dell'Arte e Psicoterapie Espressive con l'Associazione Donne Valdelsa in collaborazione con il Reparto Oncologico della Usl Toscana SudEst Campostaggia-Siena diretta dal Dottor Angelo Martignetti, che ha partecipato a momenti fondamentali della ricerca, mentre si occupava dell'aspetto medico e farmacologico di coloro che ne avevano necessità. Eliminando le barriere fra le diverse aree di studio con il coinvolgimento delle neuroscienze, in particolare della scoperta sui Neuroni Specchio di Giacomo Rizzolatti e della sua equipe, unita alla Psicologia dell'Arte e agli studi sulla percezione di matrice gestaltica di Rudolf Arnheim che, con i concetti della neurofisiologia si arricchisce di sostanziali valenze scientifiche, è stato realizzato quel tutto che vale più della somma delle singole parti che è parte integrante della metodologie gestaltica. A questi capisaldi si aggiungono in questo lavoro note di enneagramma di Claudio Naranjo oltre alla Teoria dell'attaccamento di Jhon Bowlby, al fine di proporre ulteriori e possibili scenari di ricerca e lavoro psicologico.

Evidenze della letteratura

Nel lavoro proposto con il Metodo Psycofilm, ogni passaggio è stato revisionato attraverso un'analisi rigorosa che ha valutato la letteratura disponibile più significativa secondo criteri condivisi dalle scienze. Nella ricerca abbiamo comparato il lavoro attraverso le arti a questo nostro effettuato attraverso il cinema avendo come polo di riferimento la definizione fornita da Rudolf Arnehim nel suo testo: *Film come Arte*. Gli studi dove sono emersi contributi importanti inerenti la creatività e la domanda al quesito riguardante l'utilità del lavoro psicologico attraverso le arti vengono evidenziati nei lavori di Lange e Leonhart [1], dove vengono studiati gli effetti positivi delle arti sulla salute psicologica dell'individuo e le possibilità nella terapia. Un altro significativo studio sugli effetti positivi delle arti anche nelle situazioni in cui i contenuti sono negativi viene esposto da Van de Cruys [2], nello studio di Oatley K. [3]. Qui viene messa in luce la capacità delle arti di modificare il punto di vista delle persone. Un altro studio particolarmente significativo permette di valutare l'importanza dell'esperienza esperire del senso di appartenenza e di separatezza dal dolore di Ger-

ger [4].

Con appartenenza si intende la presa di coscienza e l'accettazione del dolore dal quale successivamente ci si separa nel momento in cui lo si trasforma in opera d'arte.

Una interessante revisione degli effetti delle arti con i malati oncologici viene evidenziata nello studio di Archer [5].

Un altro importante lavoro sempre in risposta al quesito su quanto le arti possano essere utili nel lavoro con i pazienti oncologici emerge dal lavoro di Kissane [6].

Relativamente agli studi sui Neuroni Specchio sono emersi i lavori di Jeon e Lee [7], nei quali viene evidenziata l'importanza della ricerca sull'empatia e le sue implicazioni nel lavoro socio-psicologico e psichiatrico. Una ricerca interessantissima di Guberman [8], ha evidenziato come i limiti della Gestalt Theory dei quali Wertheimer si era reso conto nei suoi studi del 1923, in quanto si fondavano su intuizioni, abbiano trovato un supporto fondamentale nella neurofisiologia, in particolare per ciò che concerne la teoria della simulazione alla luce dei neuroni specchio.

Per ciò che concerne la Teoria dell'attaccamento e l'importanza che può assumere nella decodifica degli eventi citiamo un articolo di Chambers [9], nel quale vengono messi in evidenza le importanti influenze delle relazioni ai fini della salute mentale e fisica durante tutto il corso della vita. Relativamente agli studi sull'Enneagramma la ricerca effettuata da Hur [10], ci permette di esaminare l'importanza di questa Teoria di Personalità nel contesto studentesco e valutarne l'importanza per superare i momenti di disintegrazione nelle situazioni di stress.

Anche lo studio effettuato da Lee [11], si è rivelato significativo nel mettere in evidenza come i gruppi assertivi e compiacenti abbiano dimostrato un cambiamento significativo con il processo di autoidentificazione che ha permesso loro di affrontare crisi evolutive e stressanti. L'autoidentificazione va a riallacciarsi alla ricerca sui Neuroni Specchio e al processo di identificazione con i personaggi filmici che scorrono sullo schermo attraversando i momenti di appartenenza e separatezza.

Ipotesi di Studio

Nella malattia oncologica i vissuti sono caratterizzati da pensieri ed emozioni negative legate alla morte e alla sofferenza con tutto ciò che ne consegue come:

- preoccupazione per i periodi di maggiore sofferenza,
- preoccupazione per i familiari,
- paura del distacco,
- paura degli effetti della chemioterapia,
- preoccupazione per i figli e per l'assetto familiare durante e dopo la malattia.

L'ipotesi di questo lavoro è stata formulata sulla base di un assunto fondamentale che si riporta di seguito:

- andando a stimolare aspetti della creatività attraverso l'uso di un fecondo media qual'è il cinema, (che proietta emozioni sullo schermo attraverso i personaggi), si possano sperimentare in maniera dolce vissuti di appartenenza e successivamente di

separatezza dalla sofferenza. Ipotesi che ha coinciso con il nostro obiettivo di far giungere il paziente all'esperienza di separatezza dalla sofferenza che andava a migliorare la creatività e le relazioni familiari. Durante il percorso del lavoro infatti le esperienze negative acquistano un senso e vengono trasformate in positive e hanno la possibilità di essere ri-pensate ed espresse efficacemente grazie ai mutamenti avvenuti nella percezione di sé e del mondo circostante.

Riferimenti epistemologici del modello

I fondamenti epistemologici del lavoro sulla Psicologia dell'Arte sono da riferirsi agli studi effettuati da Rudolf Arnheim relativi alla percezione di matrice gestaltica nei quali vengono riassunte le leggi percettive della Psicologia della Forma il cui postulato fondamentale è *il tutto che vale più della somma delle singole parti*.

Importanti soprattutto sono stati gli studi che definiscono il *Film come Arte* e che come tale offre possibilità di lavoro assolutamente efficaci, come abbiamo riferito anche nella sezione dedicata alle evidenze scientifiche. Tutto ciò si sposa perfettamente con quanto asserito da James Hillman quando sosteneva che "l'anima ha bisogno di bellezza".

Gli studi sulla percezione si arricchiscono con il supporto della neurofisiologia e in particolare con la scoperta dei Neuroni specchio. Le due cose insieme si sono dimostrate fondamentali nel percorso di appropriazione dei vissuti dolorosi come nel distacco da essi. Giacomo Rizzolatti e la sua équipe attraverso questa serie di Neuroni hanno spiegato molti meccanismi neurobiologici che accadono durante la visione. È stato dimostrato infatti come nel nostro cervello questa serie di neuroni si attiva sia quando un individuo esegue una azione, sia quando lo stesso individuo osserva una azione compiuta da un altro soggetto.

L'Enneagramma, si è rivelato molto utile per ampliare la percezione di sé e per l'appropriazione di parti sconosciute o poco esperite. Questo strumento fornisce un supporto fondamentale al lavoro; in particolare associato alla Teoria dell'Attachment permette una lettura a tutto tondo degli eventi.

Gli studi sulla percezione, come già riferito sopra, si arricchiscono delle parti neurofisiologiche, neurobiologiche e personologiche e permettono di esperire in maniera leggera i processi di identificazione e appartenenza.

Metodologia

La metodologia teorico/esperienziale riportata sopra è stata applicata con la costituzione di gruppi di pazienti oncologici e dei loro cari che frequentavano l'Associazione Valdelsa Donna nel periodo ottobre 2012 giugno 2013. La sperimentazione ha avuto una durata totale di nove mesi durante i quali sono stati proposti 9 film, scelti e vagliati sulla base delle esigenze dei partecipanti e sugli obiettivi che ci eravamo prefissati. A tempo 0 veniva somministrata ai partecipanti una batteria testale per

indagare i costrutti che misuravano rispettivamente:

- la consapevolezza e l'espressione delle emozioni,
- la percezione di sé e dell'altro,
- la capacità creativa nell'esprimere il proprio mondo interiore.

Il Test POMS (Profile of Mood States) [12], per lo studio delle emozioni ha permesso la conoscenza di dati obiettivi, come quelli fisiologici e comportamentali ma anche l'analisi degli aspetti soggettivi legati a sensazioni, affetti e umori, il Test di verifica FTR (Family Relation Test) [13], nella edizione italiana tradotta da Annamaria Silvana de Rosa, ha permesso di analizzare la percezione di sé e dell'altro all'interno delle relazioni familiari significative attraverso l'indagine e la valutazione degli atteggiamenti: (positivi, negativi, iper-protettivi, iper-indulgenti, di competenza genitoriale), provati dai soggetti nei confronti della famiglia d'origine al fine di elaborare e accogliere, sentimenti negativi nei confronti di sé e dell'altro. In particolare abbiamo analizzato il tipo di relazioni insoddisfacenti con padre e madre nell'infanzia che avevano avuto ripercussioni nella vita adulta: (l'attaccamento alle figure genitoriali, il senso di protezione provato, la sensazione di essere stati viziati dalla madre, la sensazione di aver avuto padri deboli, la sensazione di aver avuto madri a padri competenti nel ruolo genitoriale). In questa griglia di valutazione importante è stato il dato relativo ai legami nelle relazioni adulte: sposati, accompagnati, vedovi/e.

Il TCD (Test della creatività) [14] e del pensiero divergente di Frank Williams ha permesso di evidenziare:

- gli aspetti della curiosità;
- dell'immaginazione;
- della propensione al rischio;
- della attrazione per la complessità.

Relativamente al test sulla creatività abbiamo ritenuto di non analizzare i risultati in termini di punteggio ma in base agli elaborati dei partecipanti. In questa fase abbiamo osservato il livello di intensità dei lavori artistici ed espressivi attraverso il tratto, le frasi, l'atteggiamento assunto. Ne riportiamo un esempio nella parte dedicata alle conclusioni. In tutti i partecipanti è emersa con forza la necessità di esprimere i propri vissuti e staccarsi da sensazioni negative. Il discrimen fra il subire gli eventi e accoglierli sperimentando l'appartenenza ha permesso successivamente di esperire la separatezza sviluppando aspetti creativi e trasformando i vissuti in un prodotto artistico. Al termine del lavoro i test sono stati riproposti.

Il metodo di ri-applicazione dei test già somministrati all'inizio a tempo 0 della Ricerca (test-retest) ha permesso di rilevare i cambiamenti avvenuti durante la fase della sperimentazione. Si riportano nelle Tabelle e nei grafici allegati i significativi cambiamenti durante i 9 mesi del lavoro con il Metodo Psycofilm. Il gruppo di lavoro che ha funto da campione statistico era composto da 12 persone così distribuite: 8 affetti da malattia oncologica, di cui 3 con una aspettativa di vita di pochi mesi, 4 in cura, 1 con terapia conclusa, 2 con familiari deceduti a causa di tumore e 2 con familiari in stato avanzato della malattia. Erano presenti componenti di sesso maschile

e femminile, di varie età con un diverso livello di scolarità e con diversi tipi di responsabilità lavorative: Direttore di azienda, casalinghe, impiegate, pensionati, farmacista.

Risultati attesi

In relazione all'obiettivo finale della ricerca i risultati attesi sono riassumibili in:

- Una maggior consapevolezza del proprio mondo interiore con la capacità di esprimere i propri vissuti;
- Una trasformazione positiva in ciò che concerne la percezione di sé degli altri;
- Un aumento delle sensazioni positive;
- La scoperta o il rafforzamento della resilienza;
- L'accettazione degli eventi della vita attraverso un percorso prima di appartenenza e successivamente di separatezza dalla sofferenza.

In particolare abbiamo rilevato che il lavoro si è rivelato particolarmente utile negli stadi avanzati della malattia e nelle situazioni di maggior stress provate da persone che avevano perso familiari e persone care come riportato nei Grafici relativi alle Funzioni T e V del test POMS che si riportano a titolo esemplificativo nelle due fasi della somministrazione. In particolare viene invece evidenziato l'incremento del punteggio in ciò che concerne aggettivi che danno l'idea di vigore, esuberanza ed energia inseriti nel Fattore V del test. e come rilevato dalle Tabelle 1A e 2A del test di verifica FTR. Per ciò che concerne il dato di scolarità non ha mostrato significative differenze nei dati ottenuti, se non nella fase della produzione di un elaborato, ma abbiamo ovviato a questo aspetto fornendo a tutti i partecipanti gli strumenti necessari per esprimersi con il media ritenuto più efficace da ciascuno di loro.

Sono stati rilevati risultati positivi nella percentuale del 99% dei partecipanti con una riduzione dei punteggi relativamente agli Item compresi nel fattore Tensione-Ansia, nel fattore Aggressività-rabbia e negli item riferiti al fattore Depressione-Avvilimento.

Per ciò che concerne il Test FRT nel totale si è evidenziato un incremento del punteggio nella sezione relativa ai sentimenti percepiti verso Sé da parte di figure significative fortemente positivi in una percentuale del 48% e sentimenti moderatamente positivi in una percentuale del 50%, come riportato nelle Tabelle. Relativamente alla parte inerente ai sentimenti verso gli altri, il punteggio ha evidenziato sensibili modificazioni anche nelle situazioni in cui il rapporto con le figure genitoriali aveva avuto caratteristiche di ostilità durante il corso della vita. Abbiamo rilevato che il livello di coinvolgimento risultava aumentato in una delle partecipanti nei confronti delle figure genitoriali. Una maggior consapevolezza del proprio mondo interiore con la capacità di esprimere i propri vissuti Una trasformazione positiva in ciò che concerne la percezione di sé degli altri Un aumento delle sensazioni positive. La scoperta o il rafforzamento della resilienza L'accettazione degli eventi della vita attraverso un percorso prima di appartenenza e successivamente di separatezza dalla sofferenza mentre contemporaneamente aumentavano i sentimenti positivi come si

rileva dalle Tabelle e dalle Figure in Appendice.

Conclusioni

Al termine del lavoro tutti i partecipanti hanno evidenziato un miglioramento della qualità della vita, una accettazione della malattia ed una maggiore comprensione sul senso dell'esistere oltre ad aver acquisito strumenti utili per decodificare i propri bisogni e le proprie emozioni riuscendo ad esprimerle. Una delle partecipanti del gruppo, che in quel momento aveva una aspettativa di vita di pochi mesi, ha trovato nel lavoro attraverso i film la possibilità per elaborare rapporti insoddisfacenti della propria storia ne ha scritto pochi giorni prima di morire il pensiero che si riporta di seguito a dimostrazione di quanto avesse trovato una serenità interiore.

Di seguito la prosa scritta dalla paziente che abbiamo denominato per convenzione Artemisia G.

Una cosa bella che mi è capitata oggi casualmente, mentre stavo guidando in direzione Staggia, è di aver visto Mangiafuoco. Mangiafuoco è un uomo da me soprannominato così perché ricorda tanto il personaggio di Mangiafuoco della storia di Pinocchio. È uguale a lui. Capelli lunghi incolti che incorniciano un viso allegro e simpatico dalle paffute guance rosse e il naso lungo e avvinazzato. Mangiafuoco dalla incolta barba, quella mattina vestiva una tuta da meccanico impataccata fino all'orlo e, nonostante ci fosse ancora la brina sui prati, portava una maglietta a maniche corte bianco sporco. Mangiafuoco per me personifica il ritratto della salute, sprigiona forza e allegria. È riuscito soltanto guardandolo, ad alleggerirmi i pensieri, tanto da permettermi persino di canticchiare. Mangiafuoco è un flusso energetico che mi sale lungo la colonna vertebrale e si irradia a tutto il corpo... poi fino alla coscienza scaldandola... e tutto questo... Mangiafuoco non lo sa... come Alice nella canzone di De Gregori.

Da questo e dai risultati ottenuti con tutti i partecipanti se ne deduce che il lavoro attraverso il Metodo Psycofilm ha mostrato la sua efficacia in un contesto dove una malattia invalidante come il cancro condiziona la vita fisica e psicologica e sconvolge il normale assetto della quotidianità. I risultati maggiori sono stati ottenuti con i pazienti con un livello superiore di stress.

BIBLIOGRAFIA

1. Lange, G., Leonhart, R., Gruber, H., & Koch, S. C. (2018). The Effect of Active Creation on Psychological Health: A Feasibility Study on (Therapeutic) Mechanisms. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 8(2), 25. <https://doi.org/10.3390/bs8020025>
2. Van de Cruys, S., Chamberlain, R., & Wagemans, J. (2017). Tuning in to art: A predictive processing account of negative emotion in art. *The Behavioral and brain sciences*, 40, e377. <https://doi.org/10.1017/S0140525X17001868>
3. Oatley, K. (2017). Art as emotional exploration. *The Behavioral and brain sciences*, 40, e372. <https://doi.org/10.1017/S0140525X17001807>
4. Gerger, G., Ishizu, T., & Pelowski, M. (2017). Empathy as a guide for understanding the balancing of Distancing-Embracing with negative art. *The Behavioral and brain sciences*, 40, e361. <https://doi.org/10.1017/S0140525X17001698>
5. Archer, S., Buxton, S., & Sheffield, D. (2015). The effect of creative psychological interventions on psychological outcomes for adult cancer patients: a systematic review of randomised controlled trials. *Psycho-oncology*, 24(1), 1–10. <https://doi.org/10.1002/pon.3607>
6. Kissane, D. W., Grabsch, B., Clarke, D. M., Christie, G., Clifton, D., Gold, S., Hill, C., Morgan, A., McDermott, F., & Smith, G. C. (2004). Supportive-expressive group therapy: the transformation of existential ambivalence into creative living while enhancing adherence to anti-cancer therapies. *Psycho-oncology*, 13(11), 755–768. <https://doi.org/10.1002/pon.798>
7. Jeon, H., & Lee, S. H. (2018). From Neurons to Social Beings: Short Review of the Mirror Neuron System Research and Its Socio-Psychological and Psychiatric Implications. *Clinical psychopharmacology and neuroscience: the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*, 16(1), 18–31. <https://doi.org/10.9758/cpn.2018.16.1.18>
8. Guberman, S. (2017). Gestalt Theory Rearranged: Back to Wertheimer. *Frontiers in psychology*, 8, 1782. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01782>
9. Chambers J. (2017). The Neurobiology of Attachment: From Infancy to Clinical Outcomes. *Psychodynamic psychiatry*, 45(4), 542–563. <https://doi.org/10.1521/pdps.2017.45.4.542>
10. Hur, Y., & Lee, K. H. (2011). Analysis of medical students' enneagram personality types, stress, and developmental level. *Korean journal of medical education*, 23(3), 175–184. <https://doi.org/10.3946/kjme.2011.23.3.175>
11. Lee, J. S., Yoon, J. A., & Do, K. J. (2013). *Journal of Korean Academy of Nursing*, 43(5), 649–657. <https://doi.org/10.4040/jkan.2013.43.5.649>
12. Farnè, M., Sebellico, A., Gnugnoli, D., & Corallo, A. (1991). POMS: *Profile of Mood States*. Giunti OS, Organizzazioni Speciali.
13. Bene, E., & De Rosa, A. S. (1991). *FRT: family relations test*. Giunti OS, Organizzazioni Speciali.
14. Williams, F. (1994). TCD. *Test della creatività e del pensiero divergente*. Edizioni Erickson.

Appendice: Tabelle e Grafici

Tabella 1A. Distribuzione dei sentimenti della paziente denominata Artemisia G. durante la somministrazione del Test FRT dell'ottobre 2012. Percezione dei sentimenti da parte del padre, della madre e di altre figure significative

	Positivi verso l'altro	Negativi verso l'altro	Positivi verso sè	Negativi verso sè	Grado di coinvolgimento
Padre	1	4	0	5	6
Madre	0	5	0	5	6
Compagno	0	5	0	5	7
Figlio 1	5	0	3	2	9
Figlio 2	5	0	3	2	9

Tabella 2A. Distribuzione dei sentimenti della paziente denominata Artemisia G. durante la somministrazione del Test FRT del giugno 2013. Percezione dei sentimenti da parte del padre, della madre e di altre figure significative

	Positivi verso l'altro	Negativi verso l'altro	Positivi verso sè	Negativi verso sè	Grado di coinvolgimento
Padre	3	2	4	1	7
Madre	2	3	3	2	7
Compagno	0	5	0	5	7
Figlio 1	5	0	5	0	9
Figlio 2	5	0	5	0	9

Figura 1. riferita ad ottobre 2012 di Artemisia G.

Sentimenti positivi verso l'altro	11	Sentimenti positivi verso il Sè	6
Sentimenti negativi verso l'altro	14	Sentimenti negativi verso il Sè	19

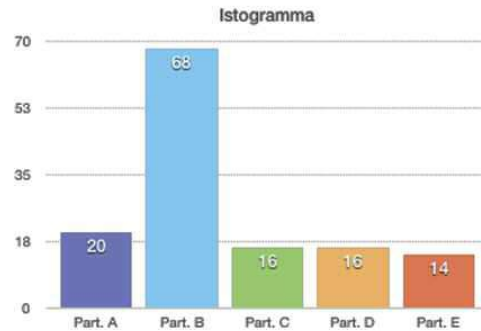
Figura 1. riferita a giugno 2013 di Artemisia G.

Sentimenti positivi verso l'altro	15	Sentimenti positivi verso il Sè	17
Sentimenti negativi verso l'altro	10	Sentimenti negativi verso il Sè	8

Si può notare come il livello di coinvolgimento nei confronti del padre e della madre aumenta con l'aumentare dei sentimenti positivi, mentre quello con il marito resta invariato. Quello per i figli ha sempre ottenuto un punteggio di coinvolgimento molto alto.

Gli istogrammi, i grafici a barre, e grafici a torta mettono a confronto i valori di una singola categoria, come il punteggio ottenuto durante la prima somministrazione del Test POMS Mese di Ottobre 2012

Fattore V: Vigore-Attività

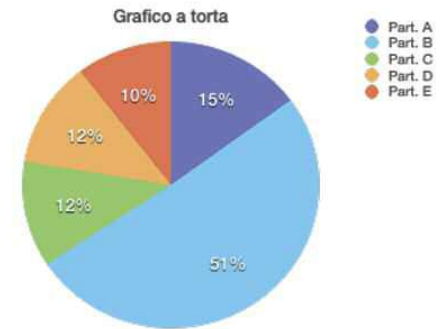


Legenda:

- Part. A. = Partecipanti in stadio avanzato di malattia N. 3
- Part. B. = Partecipanti in cura N. 4
- Part. C. = Partecipanti con cura conclusa N. 1
- Part. D. = Partecipanti con familiari deceduti N. 2
- Part. E. = Partecipanti con familiari in stadio avanzato di malattia N. 2

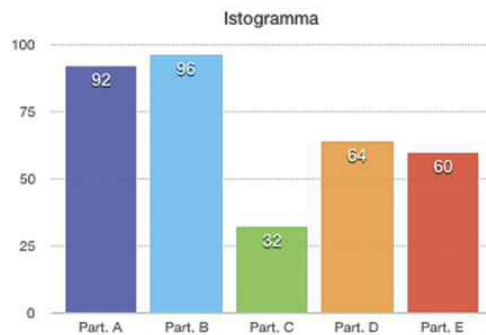
Risultati raccolta fondi per venditore

PARTECIPANTI	PUNTEGGI OTTENUTI
Part. A	20
Part. B	68
Part. C	16
Part. D	16
Part. E	14



Gli istogrammi, i grafici a barre, e grafici a torta mettono a confronto i valori di una singola categoria, come il punteggio ottenuto durante la prima somministrazione del Test POMS Mese di Giugno 2013

Fattore V: Vigore-Attività

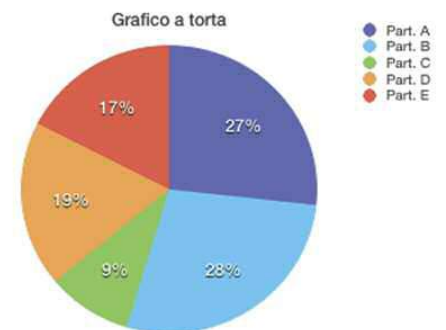


Legenda:

- Part. A. = Partecipanti in stadio avanzato di malattia N. 3
- Part. B. = Partecipanti in cura N. 4
- Part. C. = Partecipanti con cura conclusa N. 1
- Part. D. = Partecipanti con familiari deceduti N. 2
- Part. E. = Partecipanti con familiari in stadio avanzato di malattia N. 2

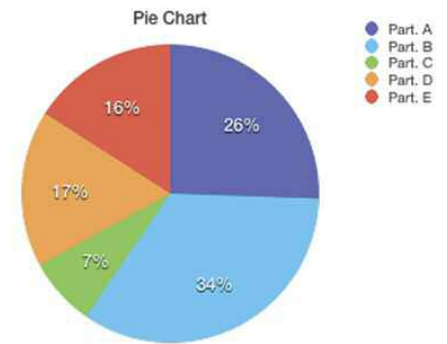
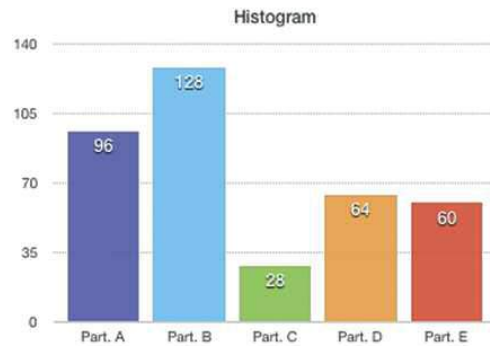
Risultati raccolta fondi per venditore

PARTECIPANTI	PUNTEGGI OTTENUTI
Part. A	92
Part. B	96
Part. C	32
Part. D	64
Part. E	60



The Histogram, bar graph, and pie chart confront the data of each category as the score obtained during the first distribution of the POMS Test October 2013
T Factor: Tension/Anxyety

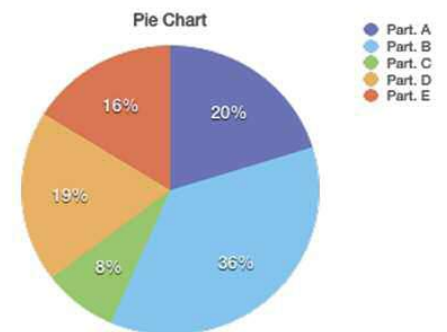
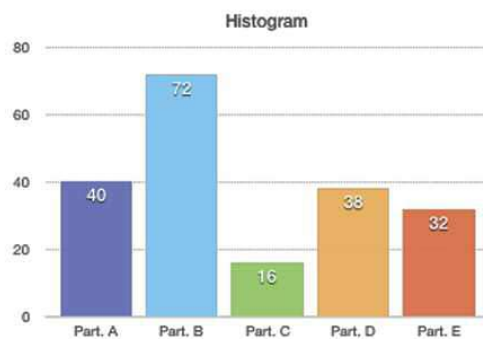
PARTECIPANTI	PUNTEGGI OTTENUTI
Part. A	96
Part. B	128
Part. C	28
Part. D	64
Part. E	60



Key:
Part. A. = Participants in the advanced state of illness **N. 3**
Part. B. = Participants in treatment **N. 4**
Part. C. = Participants who concluded the treatment **N. 1**
Part. D. = Participants with deceased relatives **N. 2**
Part. E. = Participants having relatives in the advanced state of the illness **N. 2**

The Histogram, bar graph, and pie chart confront the data of each category as the score obtained during the first distribution of the POMS Test June 2013
T Factor: Tension/Anxyety

PARTECIPANTI	PUNTEGGI OTTENUTI
Part. A	40
Part. B	72
Part. C	16
Part. D	38
Part. E	32



Key:
Part. A. = Participants in the advanced state of the illness **N. 3**
Part. B. = Participants in treatment **N. 4**
Part. C. = Participants who concluded the treatment **N. 1**
Part. D. = Participants with deceased relatives **N. 2**
Part. E. = Participants having relatives in the advanced state of the illness **N. 2**

IPOTESI E METODI DI STUDIO

La natura dell'amore tra oggettività e soggettività. Una proposta di ricerca in chiave neurofenomenologica

Lucia Luciana Mosca¹, Francesco Marino¹, Fulvio Cassese², Flora Vitale¹, Salvatore Di Donna¹, Maria Zeccato¹, Daniela Costa¹

¹ SiPGI - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata

² SIPP - Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica



Citation

Mosca L. L., Marino F., Cassese F., Vitale F., Di Donna S., Zeccato M., Costa D. (2020).
La natura dell'amore tra oggettività e soggettività.
Una proposta di ricerca in chiave neurofenomenologica
Phenomena Journal, 2, 121-128.
<https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.81>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Lucia Luciana Mosca
moscalucialuciana@gmail.com

Ricevuto: 11 maggio 2020
Accettato: 03 giugno 2020
Pubblicato: 05 giugno 2020

ABSTRACT

Love is an omnipresent phenomenon in the human existence, a central experience that crosses all phases of the life in different ways and it defines itself as the true infrastructure of the human being, creating a field in which the different subjectivities can be identified by growing together. However, what is love? Is it really like Platone says in the myth, a reunion with the other half lost in the world or, as Freud says, is a renunciation of a part of love for the self? But, perhaps, the most interesting and least explored question is: what are the paths of love's expression? How do we love? To try to partially answer to this question it seems to be necessary to arrive to an empirical study about love, focused on romantic love, which contemplates its complexity and that can understand the dialectic between the intrapsychic and the interpsychic elements, using study parameters that go beyond the prevalent perspective.

So, our study is based on the analysis of the subjective experience of love according to the neurophenomenological methodology.

KEYWORDS

Love, neurophenomenology, subjectivity.

ABSTRACT IN ITALIANO

L'amore è un fenomeno onnipresente e totalizzante nell'esistenza degli esseri umani, una esperienza centrale che attraversa in forme diverse tutte le fasi del ciclo di vita e, nel suo carattere di onnipresenza, esso si definisce come la vera e propria infrastruttura dell'essere creando un campo in cui le diverse soggettività possono individuarsi crescendo insieme. Ma che cos'è l'amore? È realmente come dice Platone nel mito un ricongiungimento all'altra metà dispersa per il mondo o, come dice Freud, è una rinuncia ad una parte dell'amore per il sé? Ma in realtà forse la domanda più interessante e meno esplorata è: quali sono le vie di espressione dell'amore Come amiamo? Per cercare di rispondere almeno in parte a tale interrogativo sembra necessario giungere ad uno studio empirico dell'amore focalizzato nel presente lavoro sull'amore romantico che tenga conto della sua complessità e che sappia cogliere la dialettica tra gli elementi intrapsichici e quelli interpsichici, utilizzando parametri di studio che esulino dalle considerazioni puramente strumentali che finora hanno avuto spazio in questo campo. In questo senso il nostro studio si basa sull'analisi dell'esperienza soggettiva dell'amore secondo la metodologia neurofenomenologica.

PAROLE CHIAVE

Amore, neurofenomenologia, soggettività.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

1. Introduzione

L'amore è un fenomeno onnipresente e totalizzante nell'esistenza degli esseri umani: è in questo senso una esperienza centrale che attraversa in forme diverse tutte le fasi del ciclo di vita e coinvolge la persona per intero. Noi tutti abbiamo assunto da Platone l'idea e il mito romantico dell'amore come ricongiungimento con un'altra metà da cui siamo stati originariamente separati e, pertanto, sembra che ci muoviamo nel mondo alla ricerca della "metà della mela" senza che la nostra volontà o consapevolezza possa in alcun modo interferire sul coinvolgimento emotivo. Inoltre il pensiero greco ha tripartito i legami affettivi in distinte tipologie di amore: l'*eros*, cioè l'attrazione sessuale, personificato nella divinità armata di arco e frecce alla ricerca di "vittime" da colpire; la *filìa*, cioè l'affetto indiscriminato e illimitato per tutto ciò che è intorno agli uomini (relativo alle persone con la filantropia; alle cose con la bibliofilia; al pensiero astratto con la filosofia); e infine *stergo*, cioè il legame di amore alla base dei rapporti familiari. Ogni esperienza di amore autentico miscela e riassume questi aspetti in varie proporzioni, e questa tripartizione fa intendere immediatamente la complessità del fenomeno [1]. Difatti l'amore è da considerarsi quale costruito ampio e complesso che in quanto tale ha da sempre suscitato l'interesse di svariate discipline quali la filosofia, la neurobiologia, la sociologia e la psicologia; ognuna di esse ha cercato, con metodi differenti, di descrivere e di comprendere quali fossero i meccanismi che si attivano nel momento in cui ci si innamora e si crea un legame. Qualsiasi risultato, concordanti o discordanti, queste discipline abbiano potuto raggiungere resta costante l'idea di fondo dell'amore quale forza positiva perché creatrice di legami tra gli esseri umani, anche molto profondi e duraturi, e svolgente funzioni importanti [2]. Esso, ad esempio, stabilisce un corretto equilibrio tra due ruoli, intesi nel loro senso di insieme di comportamenti attesi e di aspettative circa essi, del tutto interscambiabili a seconda del momento; il primo di essi è definibile come "forte" e l'altro "debole" ed ha il compito di sorreggere l'altro nei suoi momenti di abbandono, spronandolo a dare il meglio di sé e ad essere sé stesso. Questa possibilità di sperimentarsi alternativamente in questi due ruoli, che idealmente si rifanno alla dicotomia tipica del vivere umano individuata da Fromm nella modalità dell'aver e nella modalità dell'essere [3], consente immediatamente l'annullamento della differenza tra di essi e conferisce la possibilità all'uno e all'altro di essere amato per ciò che è e non per ciò che dovrebbe essere.

È evidente che nel suo carattere di onnipresenza e pregnanza nelle vite degli esseri umani (e viventi in generale) l'amore si definisce come la vera e propria infrastruttura dell'essere perché va ad unire i molteplici destini con l'individualità esistenziale, creando un vero e proprio campo in cui le diverse soggettività possono individuarsi crescendo insieme. Infatti, se è veritiero che il significato si costruisce quando più soggettività interagiscono, il significato esistenziale di ogni soggetto ha bisogno di essere riconosciuto da una persona a cui donarsi totalmente e con cui comunicare pienamente: il bambino ha un bisogno istintivo e necessario delle carezze del *care-giver* materno, di sentire il suo corpo accanto al proprio, ed ecco allora che piangere,

ridere, guardare, indicare sono espressioni di un corpo che cerca sin dagli albori una reciprocità e una corrispondenza per dare un senso al proprio mondo [4]. Amare, da questo punto di vista, equivale a esistere: *ex-sistere*, dal latino, significa “situarsi fuori” “vivere fuori da” se stessi tendere verso l'altro. L'essere umano per ritrovare sé stesso non può che uscire da sé incontrare l'altro diventare altro da sé [*Ibid*]... e al contempo non rischiare di sacrificare la sua individualità per divenire come l'Altro!

Allora cos'è l'amore? È realmente come dice Platone nel mito un ricongiungimento all'altra metà dispersa per il mondo o, come dice Freud, è una rinuncia ad una parte dell'amore per il sé [5] Ma in realtà, forse la domanda più interessante e meno esplorata è: quali sono le vie di espressione dell'amore. *Come* amiamo?

2. Evidenze della letteratura

Gli studi compiuti fino ad oggi su questa tematica, grazie anche alle numerose scoperte in ambito neurofisiologico, sembrano essersi concentrati principalmente nell'indagare i correlati neuronali dei stati affettivi e nel caso specifico dell'amore. In seguito allo sviluppo delle tecnologie di neuroimaging difatti, si è tentato di affrontare l'argomento collegandolo al suo substrato biologico: diversi ricercatori hanno contribuito a identificare le specifiche aree cerebrali e i relativi neurotrasmettitori implicati nel vissuto amoroso con l'obiettivo di sviluppare una prospettiva che potesse essere più “oggettiva” possibile. Si è cercato cioè di passare da una prospettiva di studio in prima persona ad una in terza persona, nella speranza di poter tendere verso una visuale “universalizzante”.

Si situano all'interno di questo filone di ricerca gli studi di Semir Zeki [6], neurobiologo dell'University College di Londra, che hanno portato alla scoperta delle aree del cervello coinvolte in questo sentimento; queste ultime sono sia corticali (l'insula mediana il giro del cingolo anteriore e l'ippocampo) e sottocorticali (parte dello striato e probabilmente anche il nucleus accumbens); regioni cerebrali che fanno parte del “cosiddetto cervello emozionale, coinvolto a sua volta nel sistema della ricompensa” [7].

Anche lo studio condotto da Walum & Young [8], ha indagato i meccanismi neuronali che sottendono nello specifico alla formazione del legame di coppia. Quest'ultimo secondo gli autori sarebbe il risultato di processi di plasticità sinaptica, a sua volta regolati dall'attivazione di numerosi neuromodulatori come l'ossitocina la vasopressina e la dopamina [9]. La plasticità sinaptica è quella capacità del sistema nervoso di modificare la potenza delle sinapsi, di crearne ex novo o di eliminare quelle inutilizzate. Questo permette al sistema nervoso di modificare struttura e funzionalità in stretta relazione agli eventi sperimentati dalla persona.

In ambito neuropsicologico è stato da tempo messo in evidenza che nel cervello esistono regioni e vie dedicate all'amore tra due individui (l'amore romantico), e tra una madre e il proprio bambino (l'amore materno) che, pur essendo differenti, coincidono in gran parte e garantiscono la conservazione della specie attraverso la for-

mazione di legami stabili [10].

A nostro avviso, però, sembra che in questi studi si giunga ad un punto cieco che, in accordo con quanto sostenuto dal filosofo della scienza Bitbol [11], accomuna anche altri domini scientifici, quali la biologia evuzionista o addirittura la fisica: come coniugare il variabile e il costante, il singolare e l'universale Soprattutto nel caso dell'amore non si può non considerare quanto l'esperienza di tale sentimento sia vissuta in prima persona e tuttavia, per fare scienza bisogna cercare delle invarianti che vadano al di là dell'idiosincratico della peculiarità delle singole esistenze: *come si può, allora, essere "scientifici" senza perdere l'irrinunciabile ricchezza delle esperienze vissute in quanto esseri coscienti?* [12].

Ci sembra cioè necessario giungere ad uno studio approfondito dell'amore circoscrivendo nello specifico la nostra attenzione all'amore romantico che tenga conto della sua complessità e che sappia cogliere la dialettica tra gli elementi intrapsichici e quelli intersichici [13]. A tal fine sembra che l'approccio neurofenomenologico sia la cornice teorica di riferimento che possa offrire la metodologia e gli strumenti adatti per il conseguimento di tale obiettivo. Esso infatti si propone di coniugare la tradizione husserliana, focalizzata sulle modalità che consentono l'esperienza soggettiva con le moderne neuroscienze e le tecniche di neuroimaging, che danno la possibilità di identificare le differenti aree cerebrali corrispondenti alle diverse descrizioni fenomenologiche [14].

3. Ipotesi di studio

Sappiamo che le ricerche finora condotte si sono prevalentemente focalizzate sull'utilizzo di strumentazioni tecnologiche volte alla registrazione dell'attivazione delle specifiche aree cerebrali in seguito alla visione di uno stimolo emotivamente significativo (come il volto della persona amata) in contrapposizione ad uno stimolo neutro. Ciò ha condotto ad una lettura in terza persona dei risultati, senza che fosse previsto un confronto tra la percezione dell'esperienza e l'esperienza stessa.

Anziché capire chi o cosa, noi ci proponiamo di esplorare *come* il soggetto percepisce le sue emozioni amorose attraverso il riconoscimento di esse nell'ambito di un'ottica fenomenologica e sperimentandole in prima e in terza persona.

È necessario allora che il soggetto della sperimentazione, come lo sperimentatore, sia posto in una condizione che gli faccia esperire il senso dell'amore soggettivamente in modo che tale esperienza, spogliata dai giudizi (epoché) e tesa a una riflessione focalizzata sulla percezione nel corso dell'esperienza vissuta (riduzione fenomenologica), possa determinare delle costanti, degli elementi trasversali e essenziali dell'esperienza amorosa (variazione eidetica) coadiuvata dal confronto con altri soggetti (corroborazione intersoggettiva) [15]. La sperimentazione di tali costanti si ipotizza possa essere una dimensione dell'esperienza amorosa che varia al variare dell'età anagrafica dei soggetti.

4. Riferimenti epistemologici del modello

4.1 Fenomenologia

Il modello teorico cui si ispira la presente trattazione è dunque quello della fenomenologia, un approccio di stampo filosofico che ha avuto origine da Husserl nel XX secolo. Presupposto essenziale della fenomenologia è porre lo sguardo sull'elemento d'indagine senza prendere in considerazione quesiti trascendenti che possano allontanare dall'esperienza: il focus è sulla prospettiva in prima persona e l'esperienza viene concepita come una vera e propria struttura intenzionale, intenzionalità riconosciuta come attributo persistente della coscienza. La fenomenologia ha come scopo principale quello di fornire una cognizione e una rappresentazione della configurazione esperienziale della vita sia mentale che corporea, e non quello di produrre una spiegazione naturalistica della coscienza. Nella visione della fenomenologia, il fenomeno della percezione non si configura quale pura ricezione di informazioni, ma comprende un'interpretazione che è sempre relativa ad un contesto: l'esperienza del percepito è compresa all'interno di contesti sia sociali che culturali e la formazione del soggetto percettivo è parte degli stessi oggetti ed eventi. La struttura intenzionale della percezione consente fenomenologicamente di esplorare anche lo spazio, poiché la percezione risulta inevitabilmente incompleta in relazione ad un oggetto (fenomeno dell'incompletezza prospettica).

Dunque l'interesse è volto a cogliere come si mostrano gli elementi in quanto correlati della nostra esperienza e quindi l'indagine fenomenologica della coscienza non ha l'obiettivo di fornirle una collocazione all'interno di un riferimento materialistico o naturalistico stabilito a priori. Il processo di riflessione fenomenologico ha lo scopo essenziale di narrare il mondo e la modalità con cui esso appare; lo esamina quindi dalla prospettiva della "prima persona". La fenomenologia ingloba questa posizione come quota del suo stesso oggetto di indagine ma non si interessa né di dati esclusivamente individuali e né di processi psicologici; si interessa della possibilità e della configurazione dell'essere fenomenico, del quale desidera cercare di conoscere le strutture basilari [16]. Ma come si collegano gli aspetti fenomenologici dell'esperienza soggettiva con dei correlati neuro scientifici?

4.2 Neurofenomenologia

Francisco Varela [17] con la neurofenomenologia ha per primo tracciato un "metodo rigoroso e una pragmatica esplicita" per l'esplorazione e l'analisi dell'esperienza umana quale "campo irriducibile di fenomeni" associato all'altrettanto irriducibile campo dei fenomeni cognitivi e mentali stabiliti dalle scienze cognitive. La neurofenomenologia integra i seguenti elementi: 1) l'analisi fenomenologica dell'esperienza soggettiva 2) la teoria dei sistemi dinamici 3) la sperimentazione empirica dei sistemi biologici. La neurofenomenologia ci permette di identificare categorie descrittive, convalidate intersoggettivamente e scientificamente, utilizzate sia per spiegare che per comprendere le misurazioni oggettive del comportamento e dell'attività neurale.

5. Metodologia

La nostra metodologia si ispira direttamente ai principi dell'analisi fenomenologica e neurofenomenologica, le quali hanno la finalità di giungere alla conoscenza dei fenomeni attraverso l'assunzione di un atteggiamento il più possibile libero da pregiudizi che in genere finiscono con l'attribuire aprioristicamente dei significati all'esperienza.

I principi su cui si fonda questa metodologia di indagine sono:

- Epoché
- Riduzione fenomenologica
- Variazione eidetica
- Corroborazione intersoggettiva

L'epoché consiste nel sospendere e neutralizzare ogni atteggiamento che implica un giudizio o meglio un pre-giudizio nei confronti della realtà. Richiede un'attenzione costante del ricercatore ed un impegno persistente che garantisca la sua piena attuazione.

La riduzione fenomenologica è una parte importante dell'analisi fenomenologica che consiste nel cogliere le strutture fondamentali – stabili dell'esperienza: quelle strutture che sono intersoggettivamente accessibili e che pertanto sono facilmente sottoponibili a controllo da parte di chiunque abbia dimestichezza con la fenomenologia. La variazione eidetica consiste nell'estrarre le caratteristiche essenziali ed invarianti delle cose di cui facciamo esperienza.

Infine la corroborazione intersoggettiva è il momento finale dell'indagine fenomenologica, in cui le categorie descrittive, gli elementi essenziali ed invarianti individuati sono convalidati attraverso il confronto intersoggettivo [18].

La messa in essere dei principi appena esplicitati richiede un periodo di addestramento necessario perché ciascun soggetto possa accedere all'esperienza in modo fenomenologicamente corretto.

La procedura attraverso la quale la ricerca procederà, prevede il susseguirsi di una serie di fasi:

1. Iniziale raccolta volontaria dei soggetti di riferimento, reclutati in base ad una dichiarazione esplicita circa il loro stato "amoroso" circoscrivendo la scelta a quei soggetti che hanno una storia di amore consolidata della durata di almeno un anno. La scelta di suddetto criterio temporale viene dettata dalla necessità di superamento della fase di innamoramento cui viene idealmente riconosciuto l'estrinsecarsi proprio in tale arco di tempo. Sarà chiesto loro di scrivere un testo in cui descrivere il proprio concetto di amore e/o un episodio d'amore significativo. Verranno evidenziate le tematiche/parole chiave emerse, attraverso una analisi della frequenza delle stesse nelle diverse descrizioni.

2. Successivamente ai singoli partecipanti saranno sottoposte le audio registrazioni delle parole chiave emerse dal proprio racconto, e nel corso di suddetto ascolto verranno registrati parametri elettrofisiologici, come il tono muscolare e la variazione della frequenza cardiaca, attraverso una strumentazione elettronica apposta (Heart

Rate Variability).

3. Questa fase sarà seguita da un momento di discussione su quanto avvenuto durante l'ascolto delle parole circa le emozioni percepite e il possibile collegamento tra l'esperienza attuale e la percezione dell'esperienza originale vissuta.

4. Elaborazione delle dichiarazioni della singola persona, attraverso l'analisi qualitativa, con un confronto intersoggettivo tra i soggetti di ricerca volto ad evidenziare le tematiche comuni emerse quali elementi trasversali presenti nel costrutto in esame.

6. Risultati attesi

La ricerca potrebbe aiutarci a definire le costanti dell'esperienza amorosa presenti nella fase dell'amore consolidato; in aggiunta si potrà individuare anche come le categorie evidenziate cambino nel tempo in relazione all'età anagrafica.

7. Conclusioni

L'esplorazione del fenomeno "amore" nella sua complessità ci può consentire di trovare una nuova chiave di lettura che sia universalmente condivisibile e, al contempo sensibile alla percezione dell'esperienza soggettiva. L'amore rappresenta un aspetto importante nella vita dell'individuo al di là di ogni diversità culturale e sociale; tuttavia, può essere causa di disagio e sofferenza assumendo delle vere e proprie forme di patologia dovute a una "scissione de-umanizzante" tra sentimento e sessualità. Tra le forme attualmente studiate di "patologia dell'amore" emergono: la dipendenza affettiva l'autarchia affettiva la dipendenza dal sesso il cyber-sex. La finalità del nostro studio è quella di fornire uno strumento testistico di screening allo scopo di orientare l'intervento psicoterapeutico nella richiesta di aiuto delle persone alle prese con difficoltà nella relazione amorosa e/o con problematiche di rottura della relazione stessa.

BIBLIOGRAFIA

1. Ferrari, F. (2013). *I miti di Platone*. Bur.
2. Chalmers, D. J. (1995). Facing up to the problem of consciousness. *Journal of consciousness studies*, 2(3), 200-219.
3. Fromm, E. (1977). *Avere o essere*. Mondadori Editore, Milano.
4. Terrin, A. N. (1993). Per una fenomenologia dell'amore umano. *Credere*, 78(6), 15-28.
5. Freud, S. (2014). *On narcissism: an introduction*. Read Books Ltd.
6. Zeki, S. (2010). Splendori e miserie del cervello. *Codice, Torino. Trend: Le guide in un mondo che cambia*.
7. Bartels, A., & Zeki, S. (2000). The neural basis of romantic love. *Neuroreport*, 11(17), 3829-3834.
8. Walum, H., & Young, L. J. (2018). The neural mechanisms and circuitry of the pair bond. *Nature Reviews Neuroscience*, 19(11), 643-654.
9. Young, L. J., & Wang, Z. (2004). The neurobiology of pair bonding. *Nature neuroscience*, 7(10), 1048-1054
10. Purves, D., Augustine, G. J., Fitzpatrick, D., Hall, W. C., LaMantia, A. S., McNamara, J. O., & White, L. (2014). *Neuroscience. De Boeck, Sinauer, Sunderland, Mass*, 15-16.
11. Bitbol, M. (2008). Neurofenomenologia: una scienza che trae vantaggio dal proprio punto cieco. *Rivista di estetica*, (37), 9-20.
12. Chalmers, D. J. (1996). *The conscious mind: In search of a fundamental theory*. Oxford University Press.
13. Zeki, S. (2007). The neurobiology of love. *FEBS letters*, 581(14), 2575-2579.
14. Husserl E. (1931). *Meditazioni cartesiane*, traduzione a cura di Andrea Altobrando. Orthotes. Napoli-Salerno.
15. Gallagher, S., Zahavi, D. (2008). *La mente fenomenologica*. Traduzione di P. Pedrini. Raffaello Cortina, Milano.
16. Gallagher, S. (2003). Phenomenology and experimental design toward a phenomenologically enlightened experimental science. *Journal of consciousness studies*, 10(9-10), 85-99.
17. Varela, F. J. (1996). Neurophenomenology: A methodological remedy for the hard problem. *Journal of consciousness studies*, 3(4), 330-349.
18. Husserl, E. (2008). *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale* (Vol. 24). Il saggiatore.