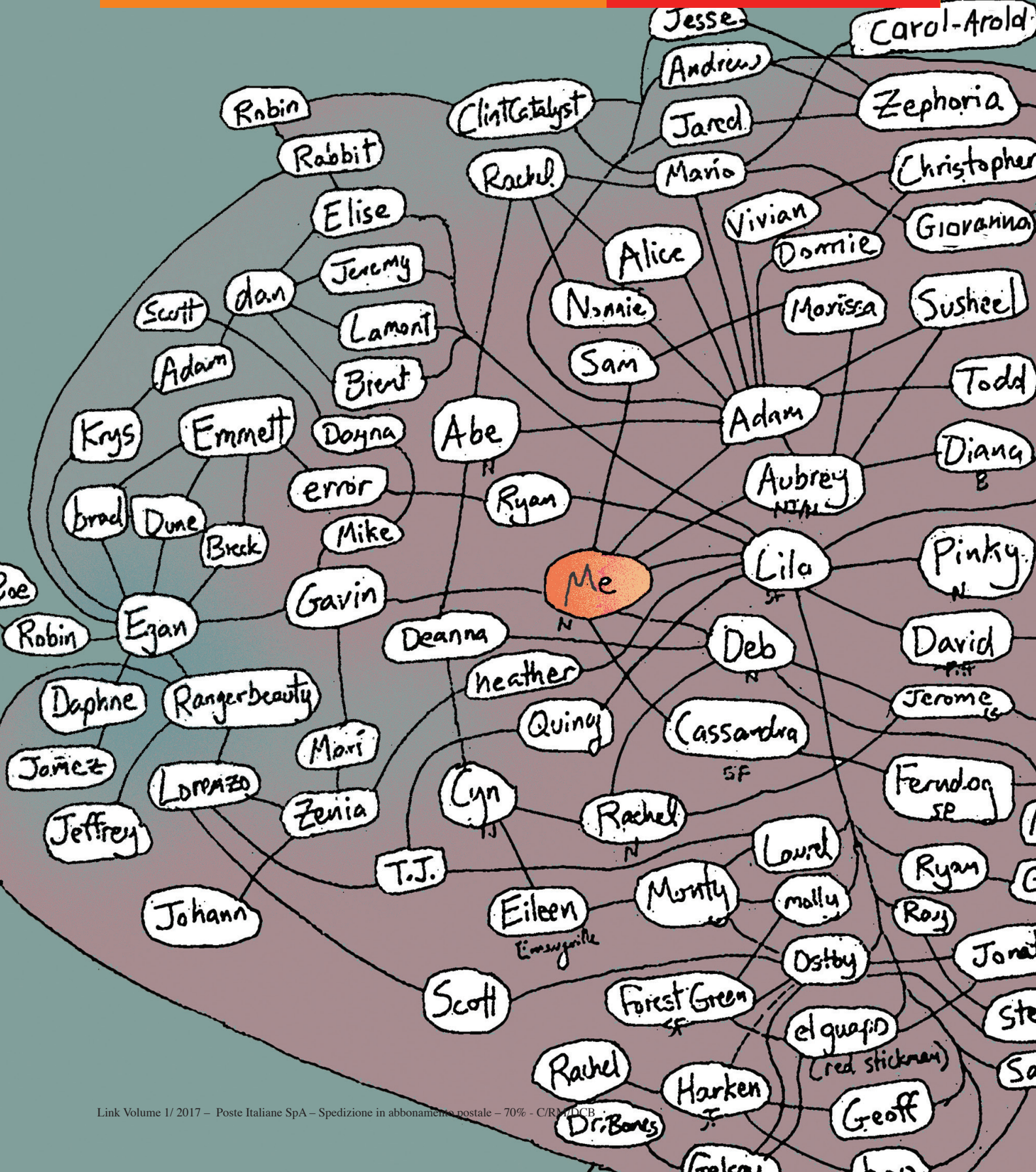
link

RIVISTA SCIENTIFICA DI PSICOLOGIA

VOLUME 1/ 2017



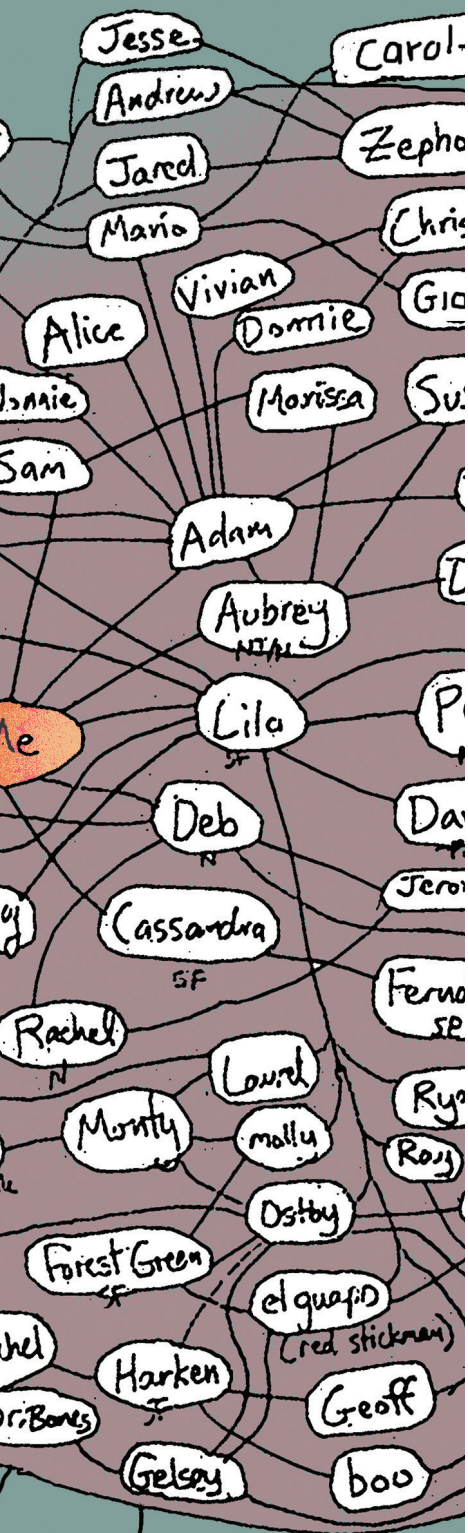
Link Volume 1/ 2017 – Poste Italiane SpA – Spedizione in abbonamento postale – 70% - C/RM/DCB

sommario

rivista scientifica di psicologia

link

VOLUME 1/ 2017



Edit

3 VITO TUMMINO

Focus

8 Salute mentale, mente e cervello: verso un nuovo paradigma
FULVIO FRATI

26 Si può andare oltre la rivalità?
MAURO BENEDETTI

Una storia

35 Breve storia della psicologia cinese: dalle origini filosofiche ai contributi della psicologia scientifica fino agli anni '70 del Novecento
GIOVANNI CAVADI, XIU FENG HUANG黄秀凤

Strumenti

55 Assessment lavorativo. Livello di burnout, clima di reparto e soddisfazione lavorativa nell'U.O.C. di Oncoematologia del P.O. "A. Tortora" di Pagani
A. CENTANNI, G. CAIAZZA, D. DELLA MURA, T. OLIVETO, G. TORRE

61 La transizione dall'università al mondo del lavoro: la sfida della stabilità nella società dell'incertezza
GIADA VEZZOSI

Esperienze

66 Un servizio di counselling per genitori e bambini di età 0-5
MARIA POZZI MONZO E BEVERLEY TYDEMAN

78 I bias cognitivi nella schizofrenia delirante: teorie, valutazione, interventi
VALERIA CASTOLDI

Un caso clinico

93 Un percorso terapeutico con l'EMDR di una paziente con disturbo somatoforme: i sentieri dell'attaccamento, della regolazione affettiva e della riparazione del sé
ANGELA FUNARO, STEFANIA ALFANO, IOLANDA MARTINO

Società

101 Un modello per la prevenzione del disagio giovanile, la riorganizzazione dello schema corporeo nel caso di disabilità e per vivere l'integrazione: Ecologia della mente e dello sport
GIOVANNI LODETTI, ALESSANDRA COVA

107 Il trattamento della depressione post-partum: il ruolo dello Psicologo
MARTA OSTINELLI, FRANCESCA CAMARDA

Riflessioni

110 Lo "stato mentale" del terapeuta. La "quota" processuale nella relazione psicoterapeutica: aspetti formativi, etici ed epistemologici
CATELLO PARMENTOLA

118 Attualità dell'approccio centrato sulla persona di Carl Rogers
SEBASTIANO CIAVIRELLA

123 Il complesso di Ajase
GIOVANNI CAVADI

Emozioni

127 L'emozione del viaggio
MARICETA GANDOLFO

Recensioni

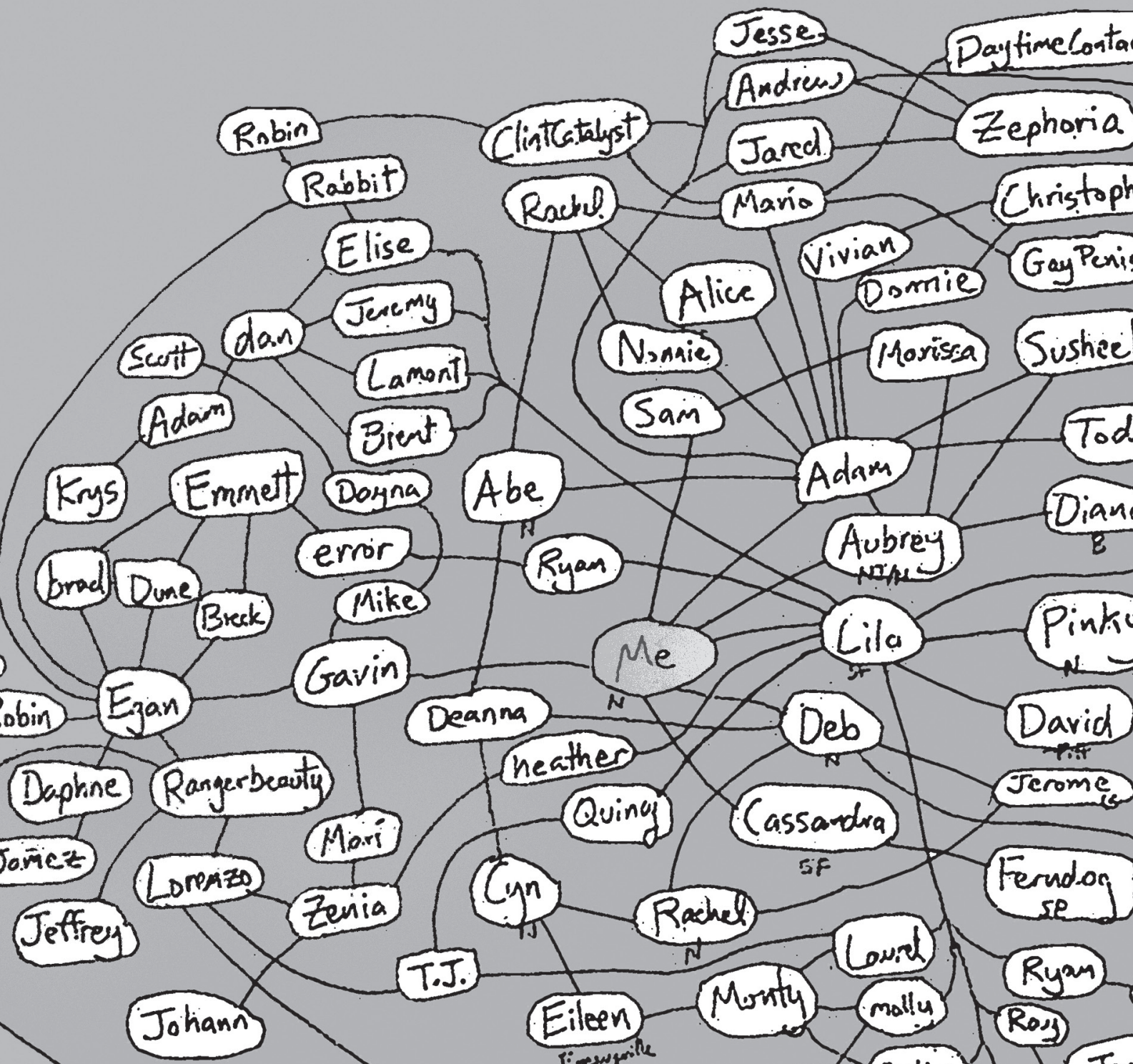
130 A CURA DI GIOVANNI CAVADI

Link Art

134 Tra immaginazione e realtà: Treasures from the Wreck of the Unbelievable di Damian Hirst
ROSA DE ROSA

link

VOLUME 1/ 2017



link

Direttore responsabile
Mario Sellini

Redazione
Vito Tùmmino (Presidente Federazione Società Scientifiche di Psicologia, FISP),
Giovanni Cavadi (Docente Università degli Studi di Brescia)

Francesca Camarda, Valeria Castoldi, Alessia D'Agostino, Stefania Medico, Luca Milani, Marta Ostinelli, Nadia Peduzzi, Eleonora Riva, Sara Scacchetti, Vanessa Scatti, Erica Segat, Matteo Tagliaferri

Segreteria
Eleonora Riva, Sara Scacchetti

Comitato scientifico
Anita Caruso (Vicepresidente Federazione Società Scientifiche di Psicologia – Direttivo SIPO, Società di Psiconcologia), Isabel Fernandez (Presidente EMDR Eye Movement Desensitation Recognition), David Lazzari (Direttivo SIPNEI - Società Italiana di Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia), Antonio Loiacono (Presidente SIPS - Società Italiana di Psicologia), Oliviero Rossi (Presidente FEIG - Federazione Italiana Gestalt), Mario Sellini (Presidente Società scientifica Form AUPI)

Redazione Como
Studio di Psicololgia
Via Rusconi 21
22100 Como
e-mail: redazionelink2@gmail.com

Redazione Roma
Sede FormAupi
Via Arenula 16, 00186 Roma,
tel. 06.6873819,
fax 06.68803822

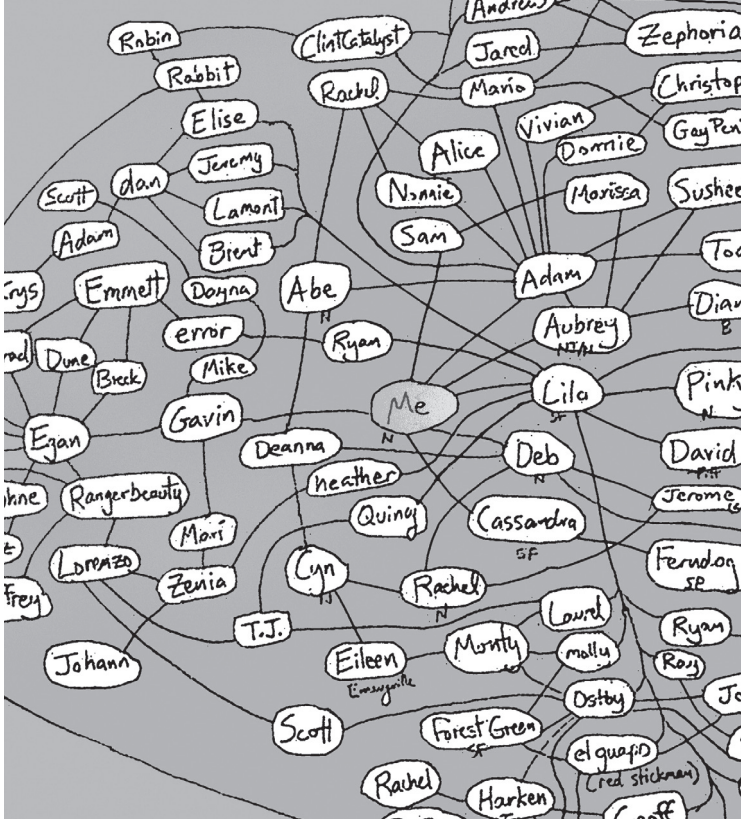
Art director
Andrea Rosso
(andrearossocomo@gmail.com)

Grafica e impaginazione
Natura e comunicazione/ Como

Amministrazione
Via Arenula 16, 00186 Roma,
tel. 06.6873819, fax 06.68803822
e-mail: formaupi@aupi.it

Stampa
Poligraf Srl Pomezia
tel. 06.9106822

Link Volume 1/ 2017 – Poste Italiane SpA – Spedizione in abbonamento postale – 70% - C/ RM/DCB



LINK È UNA PUBBLICAZIONE PRODOTTA DALLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE DELLA FISP

Link non è in vendita, viene inviata agli iscritti di FORMAUPI e delle altre Società scientifiche FISP.

VOLUME 1/ 2017

NORME PER GLI AUTORI

I manoscritti inviati per pubblicazione su ***Link*** devono essere indirizzati via e-mail a Vito Tummino (vitummino@gmail.com) e al responsabile di redazione (Giovanni Cavadi, cavadi@libero.it).
I contributi presentati per la pubblicazione non devono essere già stati pubblicati o contemporaneamente sottoposti ad altre riviste. Nel caso di contributi di particolare interesse già editi, la redazione si riserva ogni decisione in merito. La redazione segnalerà all'autore eventuali modifiche da apportare al testo.

NORME REDAZIONALI
La Rivista *Link* è articolata nelle seguenti sezioni:
Focus, *Una storia*, *Esperienze*, *Società*, *Strumenti*, *Recensioni*, *Una storia clinica*, *Emozioni*, *Link art*.
Per le rassegne e gli articoli di ricerca si raccomanda di non superare le 12 cartelle dattiloscritte, comprese tabelle, figure e bibliografia.
Gli articoli di ricerca dovranno contenere una precisa, anche se breve introduzione al problema trattato, nella quale verranno specificati anche gli scopi della ricerca; seguiranno sezioni riguardanti metodo e tecniche (in cui saranno chiaramente indicati disegno della ricerca, campione, strumenti e procedure per la raccolta delle informazioni, modalità di elaborazione dei dati), risultati, discussione, conclusioni e bibliografia.
Tutti i contributi saranno corredati da un riassunto in italiano ed uno in lingua inglese, con un massimo di 200 parole. Anche il titolo del contributo sarà presentato nelle due lingue.
Tutti i contributi devono essere corredati di 3/5 parole chiave in lingua italiana e inglese.

BIBLIOGRAFIA
La bibliografia va stesa secondo le norme dell'*American Psychological Association*. Essa deve essere in ordine alfabetico. Ecco alcuni esempi:
Beck A.T. & Freeman A. (1990) *Cognitive therapy of personality disorders*.The Guilford Press, New York. (trad. it. Terapia cognitiva dei disturbi di personalità, Mediserve, Milano, 1993).
Costantino G., Malgady R. G., Rogler L. H. & Tsui G. (1988) *Discriminant analysis of clinical autpatients and public school children by TEMAS: A thematic apperception test for Hispanics and Blacks*, Journal of Personality Assessment, 52, 670-678.
Crotti N., Di Leo S. & Viterbori P. (1998) *Dalla paura al cambiamento*, in Crotti N. (edt), Cancro: percorsi di cura, Meltemi, Roma, 27-49.
Zani B. & Cicognani E. (1999) *Le vie del benessere. Eventi di vita e strategie di coping*. Carocci, Roma.

edit

Il nostro Parlamento ha approvato una legge attesa da anni che individua la responsabilità della professione sanitaria, in linea con la legislazione europea. La Legge Gelli segna il passaggio dalla cultura della sanzione e punizione alla cultura della responsabilità e della prevenzione. Per la completa attuazione della Legge 24/2017 sono necessari alcuni importanti passaggi, tra cui l'elenco delle società scientifiche accreditate presso il Ministero della salute e la pubblicazione delle Linee Guida (a cura delle Società Scientifiche). Infatti la legge sopracitata impone che un elenco completo ed esaustivo delle stesse buone pratiche e linee guida sia istituito e regolato con Decreto ministeriale e inserito nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG). Tutta la professione sanitaria, medici, psicologi, farmacisti e biologi con le loro società scientifiche, gli avvocati, magistrati, istituzioni, compagnie assicurative, cittadini, si stanno confrontando con il nuovo scenario che questa legge pone. La legge ("Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie") introduce e regola la complessa relazione tra atto sanitario, rischio clinico e conseguenze, con l'obiettivo principale di garantire una maggiore tutela dei cittadini e, d'altro canto, restituisce ai sanitari la possibilità di esercitare con serenità la professione fondandola sulla relazione di fiducia professionista sanitario-cliente.
Essa anzitutto chiarisce (articolo 1) che la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute, la quale assume così un vero e proprio valore costituzionale, alla luce dell'art. 32 della Costituzione Italiana.
Un assunto fondamentale della legge è che, qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge, ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico–assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto.

Un'importante vittoria della psicologia quest'anno è stata l'introduzione della branca specialistica Psicologia e Psicoterapia nei LEA, con le annesse prestazioni erogate dagli psicologi e finanziate dal Sistema Sanitario Nazionale.
Nella fase precedente la pubblicazione dei LEA, la Fisp aveva richiesto al Ministero di inserire tra le prestazioni sanitarie la "prima visita psicologica" e la "visita psicologica di controllo".
La posizione del Ministero, in specifico sulla richiesta avanzata dalla FISP, è stata quella di chiarire sia alla Fisp sia a tutte le altre società scientifiche, soprattutto ai fini delle prescrizioni mediche e delle prenotazioni, di utilizzare le prestazioni specialistiche; pertanto tutte le branche specialistiche ai fini delle prenotazioni che non sono specificate nei LEA (es. prima visita medicina interna) possono utilizzare i codici LEA che compaiono nella casella delle Branche riportate come "Altre".
Inoltre, il direttore del Ministero referente del gruppo sulle Branche dei Lea ha chiarito che le richieste delle Società scientifiche di aggiungere branche specialistiche sono state decine ma che la scelta del ministero è stata quella di attenersi all'esistente: unica eccezione l'inserimento della branca Psicologia e Psicoterapia, grazie alla presenza della Psicologia e Psicoterapia nel Sistema Sanitario.
Questo nuovo scenario ci impone importanti sfide tra cui la stesura di linee guida della pratica professionale psicologica e psicoterapeutica secondo la disciplina, l'orientamento scientifico, l'area di intervento, e/o il settore psicologico, nonché la Scuola psicologica di riferimento, per la buona pratica professionale. Questo rappresenta da un lato il riconoscimento dell'instancabile lavoro svolto da molti decenni dalla FISP, dall'altro una grande opportunità per la visibilità della Psicologia che insieme alle altre professioni sanitarie vuole ridurre i rischi connessi all'erogazione delle prestazioni sanitarie e migliorare la qualità di vita e il benessere dei pazienti.

L'importante novità di queste disposizioni si trova nell'esclusione della colpa grave del professionista sanitario qualora egli abbia rispettato le raccomandazioni previste dalle linee guida e dalle buone pratiche clinico-assistenziali emanate dalle Società Scientifiche iscritte nel registro del Ministero della Salute; l'articolo 6 ne prevede la registrazione sul territorio nazionale.
La Legge rappresenta dunque un cambiamento dell'orientamento del legislatore, sia nella direzione della tutela dei professionisti sanitari che operano per offrire la cura migliore ai propri pazienti, sia nel fornire quelle certezze che permettono di combattere efficacemente l'inappropriatezza e la *malpractice*.

Un altro importante riconoscimento per la FISP è l'istituzione presso il Ministero dell'Università e della Ricerca di un Tavolo Tecnico per la Psicologia nel sistema formativo, a cui la Federazione è stata chiamata a partecipare.
Il Ministro ha ritenuto opportuno e necessario istituire uno specifico Tavolo di lavoro per elaborare progetti e proposte legislative volte alla promozione di azioni, informazione e consulenza orientate al benessere nella scuola, al successo formativo, alla prevenzione del disagio giovanile, del bullismo e dei comportamenti a rischio, nonché al rischio e allo stress lavorativo correlato. In questo ambito si proporranno azioni sperimentali riconducibili ai più qualificati orientamenti specifici della Psicologia scolastica, della Psicologia del lavoro e delle organizzazioni, per la promozione del benessere, anche organizzativo nella scuola, per l'elaborazione di modelli di sviluppo e per la crescita della persona, con l'obiettivo di contrastare al meglio il disagio giovanile e la dispersione scolastica.

Un ulteriore risultato importante conseguito dalla FISP insieme alle Società medico scientifiche è il Decreto 2 agosto 2017 che istituisce l'Elenco delle società scientifiche e delle Associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie.
Ai fini dell'iscrizione nell'elenco, le Società scientifiche e le Associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie devono essere in possesso dei seguenti requisiti:
a) rilevanza di carattere nazionale, con sezione ovvero rappresentanza in almeno dodici regioni e province autonome, anche mediante associazione con altre società o associazioni della stessa professione, specialità o disciplina;
b) rappresentatività di almeno il 30% dei professionisti non in quiescenza nella specializzazione o disciplina, previste dalla normativa vigente, o nella specifica area o settore di esercizio professionale.
La Fisp sarà impegnata in prima persona a promuovere le Società scientifiche di psicologia al fine di essere presenti nell'elenco previsto dal decreto.

***

In questo numero di *Link* troverete, nella sezione "Focus", gli articoli di Fulvio Frati (*Salute mentale, mente e cervello: verso un nuovo paradigma*) e di Mauro Benedetti (*Si può andare oltre la rivalità?*). Il primo, attraverso una meta-analisi, che comprende anche elementi di storia del pensiero scientifico, descrive il punto di vista dell'autore sullo stato dell'arte riguardo al contributo della psicologia clinica nell'ambito della salute mentale: sappiamo oggi che è possibile modificare con opportune tecniche psicologiche il metabolismo del cervello nella direzione di stimolare le aree cerebrali al recupero degli stati di benessere. Esempi importanti sono le psicoterapie per la cura di traumi relativi alle esperienze negative di vita del bambino, quali abuso (emozionale, fisico e sessuale), grave trascuratezza affettiva, emozionale e/o fisica, gravi disfunzioni familiari. Questa concezione apre, a detta di Frati, un nuovo paradigma scientifico al fine di cure più efficaci.
L'articolo di Mauro Benedetti riflette invece sugli incroci culturali della positività "naturale" (Darwin) e della negatività "naturale" (istinto di morte, Freud) quali cause della rivalità; da questi incroci discende che i gruppi sociali la cui organizzazione è basata su principi morali avranno una evoluzione migliore rispetto alle litigiose bande di pirati. A sostenere questa posizione, la biologa statunitense Lynn Margulis (1986), ricapitolando i 4 miliardi di anni dell'evoluzione biologica sul pianeta, ha messo in luce come gli organismi più complessi si siano originati dalla simbiosi e dalla collaborazione con altri organismi. Contrariamente a quanto si crede, la ribellione

non può liberare dalla sottomissione in quanto è parte del sistema della rivalità: ci si ribella con l'intenzione di sottomettere l'altro il quale a sua volta vorrà ribellarsi; c'è un modo per andare oltre la rivalità ed è quello di trascenderla, altrimenti ci si trova in una strada senza uscita, con disastrose conseguenze personali e sociali.
È necessario trovare una nuova prospettiva che si riassume nella "crescita condivisa": in un villaggio africano, un giovane insegnante statunitense propose a un gruppo di ragazzi di fare una corsa fino a raggiungere un albero distante un centinaio di metri. Al primo che fosse arrivato all'albero, l'insegnante avrebbe regalato una scatola di caramelle. I ragazzi rimasero perplessi, si guardarono e al via si strinsero per mano correndo insieme.

La "Storia" di cui ci parla in questo numero Giovanni Cavadi è dedicata alla psicologia cinese, a partire dalla storia del pensiero scientifico, da Confucio al periodo degli Stati Combattenti fino al 221 a.C., periodo in cui fiorirono le "Cento scuole di pensiero" in cui si confrontavano i pensatori riguardo ai modelli di buon governo e organizzazione dello Stato, ai principi etici di condotta dell'individuo e all'essenza della natura umana. Lungo la storia del Novecento cinese e dei grandi cambiamenti rivoluzionari, la Psicologia è stata relegata nell'ambito del mondo accademico e non c'è stata nessuna possibilità di sviluppare la pratica psicologica professionale in quanto considerata dalla rivoluzione maoista scienza occidentale borghese e quindi messa al bando: solo la ricerca psicologica sopravviveva nelle nicchie della psicologia sperimentale, senza successi né scoperte. Finalmente oggi la professione di psicologo in Cina sta muovendo i primi passi e si sta affermando velocemente.

In "Strumenti" troviamo due articoli: *Assessment lavorativo. Livello di burnout, clima di reparto e soddisfazione lavorativa nell'U.O.C. di Oncoematologia del P.O. "A. Tortora" di Pagani* e *La transizione dall'università al mondo del lavoro: la sfida della stabilità nella società dell'incertezza*.
Il primo (di A. Centanni, G. Caiazza, D. Della Mura, T. Oliveto, G. Torre) ci mostra come determinare i fattori legati allo stress lavoro correlato e le strategie utilizzate per farvi fronte presso il Presidio Ospedaliero "A.Tortora" di Pagani, nel reparto e nel Dh di Oncoematologia. Gli strumenti: con il test di Maslach è stato valutato il livello di Burnout; con interviste semi strutturate sono stati analizzati il tipo di organizzazione lavorativa (leadership, sviluppo e valorizzazione di ruolo e professionalità) e il "clima di reparto" (soddisfazione lavorativa, modalità relazionali e comunicative con i colleghi).
Il secondo articolo (a cura di Giada Vezzosi) è un grido di allarme sul grande disastro generazionale che la nostra società sta vivendo: la disoccupazione giovanile e l'assenza di prospettive lavorative per i giovani laureati.
L'analisi dei dati empirici dimostra come la maggior parte degli studenti universitari viva questo periodo con particolare ansia, nervosismo, stress e apprensione che, se non adeguatamente compresi e gestiti, in seguito alle forti delusioni e ai continui fallimenti cui i soggetti vanno incontro, possono sfociare in una profonda depressione e altri disturbi ad essa correlati.

Nella sezione "Esperienze" ospitiamo l'articolo di Maria Pozzi Monzo e di Beverley Tydeman sulla presentazione di *Un servizio di counselling per genitori e bambini di età 0-5*. Questo metodo di trattamento familiare non pone l'attenzione essenzialmente sui sintomi dei bambini quanto piuttosto sui processi inconsci della comunicazione, espressi dai resoconti dei genitori, dai disegni e dai giochi dei bambini e dal comportamento esplicito di tutti i membri della famiglia durante le sedute: grazie a questo diverso approccio terapeutico non è solo il comportamento sintomatico del bambino a cambiare, ma anche il funzionamento psicologico profondo dell'intera famiglia.
L'articolo di Valeria Castoldi su *I bias cognitivi nella schizofrenia delirante: teorie, valutazione, interventi* descrive come la patologia schizofrenica comporti massicci errori cognitivi che si traducono in una errata valutazione della realtà; presenta inoltre un'ampia rassegna di test psicologici per misurare i deficit cognitivi conseguenti al delirio.

Per la sezione "Caso Clinico" Angela Funaro, Stefania Alfano e Iolanda Martino ci descrivono il percorso terapeutico con la tecnica dell'EMDR di una paziente con disturbo somatoforme: i sentieri dell'attaccamento, della regolazione affettiva e della

riparazione del sé. Il processo terapeutico dell'EMDR agisce sulle impronte neurobiologiche, favorendo la disattivazione delle vecchie procedure patogene che cessano così di essere attivate. Indagando sulle relazioni di attaccamento si propongono nuove esperienze costruttive, trasformatrici del modello di attaccamento disorganizzato/insicuro ereditato dalla storia della paziente.

Giovanni Lodetti e Alessandra Cova ci propongono, nella sezione "Società", un modello di Psicologia dello Sport per la prevenzione del disagio giovanile. La psicologia clinica dello sport, e di conseguenza il modello "Ecologia della mente e dello sport", si propongono di consentire ad ogni persona di intraprendere un percorso di crescita olistica nel pieno rispetto della singola individualità.
Segue un contributo di Marta Ostinelli e Francesca Camarda sul trattamento della depressione post-partum in Italia rispetto alle evidenze presenti in letteratura auspicando la regolartà della cura psicologica nel trattamento della depressione post-partum, affinché le puerpere possano beneficiare di uno spazio di ascolto in un momento così delicato di cambiamento identitario verso il ruolo di madre.

Ospitiamo tre contributi nella sezione "Riflessioni": sullo "stato mentale" del terapeuta. (Catello Parmentola), sull'approccio centrato sulla persona di Carl Rogers (Sebastiano Ciavirella) e sul complesso di Ajase (Giovanni Cavadi).
Nel primo Parmentola ci guida in una riflessione sulla "mente" del terapeuta nella difficile interazione con la "mente" del paziente in un susseguirsi di significati da svelare e che necessitano, dal punto di vista del terapeuta, di un'etica della responsabilità da esercitare riguardo ad un'azione spontanea e ad uno stato mentale con essa coerente rispetto a paradigmi delicatamente e complessamente soggettivi.
Ciavirella ci offre invece una scheda sulle ricerche multidisciplinari di Carl Rogers (in ambito psicologico-clinico ma anche nella pedagogia, nella formazione degli adulti, nella promozione della salute in ambito socio-sanitario e del benessere nelle organizzazioni).
Infine Cavadi ci racconta di come si è fatto strada un "complesso di Edipo" narrato nella cultura orientale: il complesso di Ajase affrontato da Kosawa Heisaku (1897-1968), medico e psichiatra giapponese, formatosi all'Istituto Psicoanalitico di Vienna negli anni '30. La teoria di questo autore è che la società orientale è pervasa da una "legge materna" del legame che rende la società giapponese molto più coesa e disciplinata (femminile) in relazione alla "legge del padre" occidentale con un Super Io (maschile).

Nella sezione "Emozioni" trovate una riflessione di Mariceta Gandolfo sulla metafora del viaggio come percorso più importante della meta e si discutono le differenze profonde tra "turista" e "viaggiatore".

Rosa De Rosa in "Link Art" ci fa conoscere l'artista inglese Damian Hirst, presente a Venezia per la Biennale 2017 (dal 13 maggio al 26 novembre): emozioni di incredulità, in oscillazione tra realtà e fantasia, genialità e artificio, verità e immaginazione, senza limite tra storia e performance. La messa in scena di un ritrovamento di una nave affondata nel II secolo d.C. con scenari di miti greci, romani, egizi, maya; gigantesche sculture, teste di faraoni, sfingi, Buddha, gioielli, monete, oggetti preziosi, animali, opere leggendarie (come lo scudo di Achille) e qualche piccola intrusione creativa dell'artista nell'oggi: un Mazinga d'oro massiccio e Pippo e Topolino, ricoperti di incrostazioni marine.

Vito Tummino

link

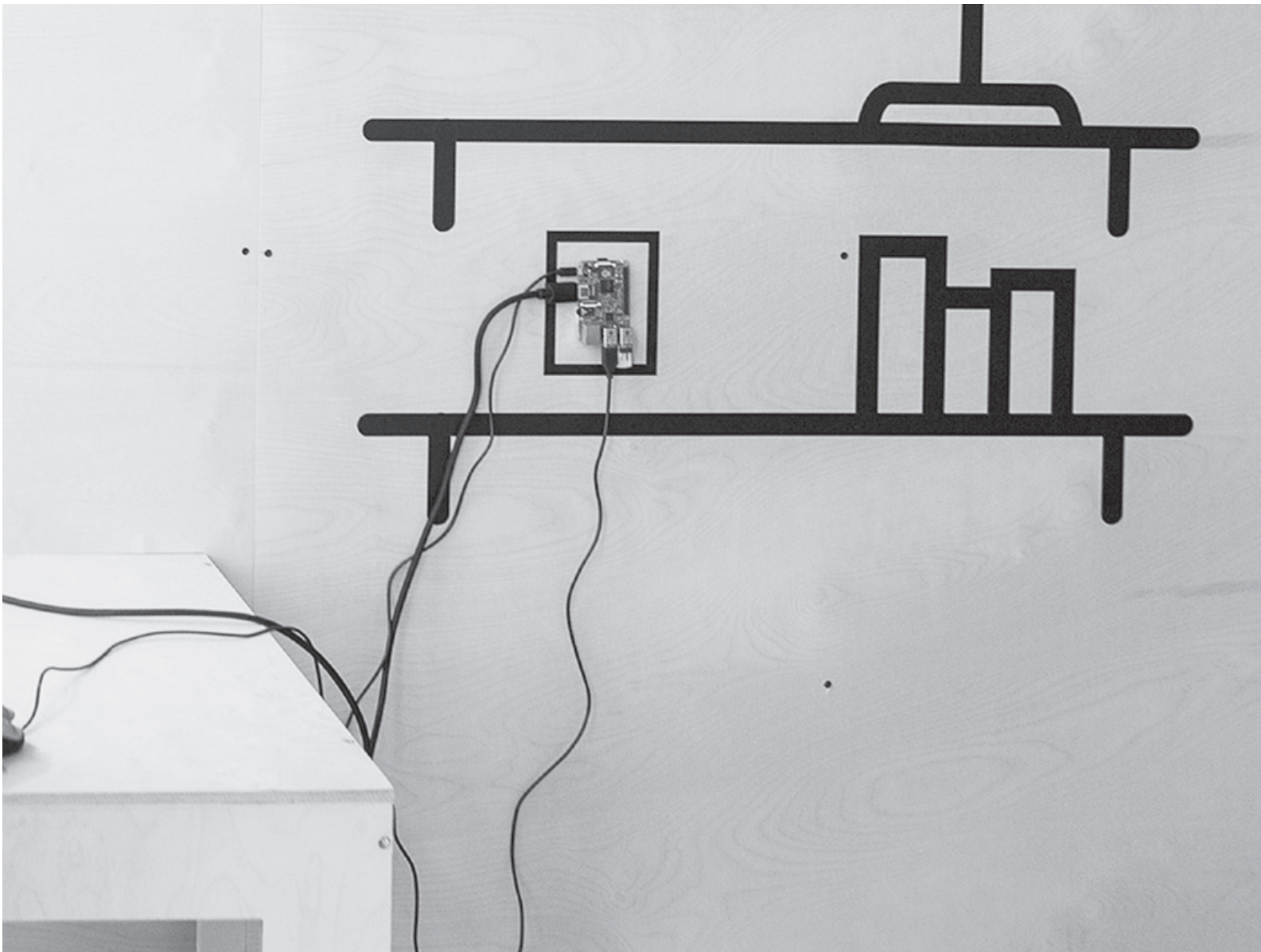
focus

Salute mentale, mente e cervello: verso un nuovo paradigma

FULVIO FRATI

Si può andare oltre la rivalità?

MAURO BENEDETTI



Salute mentale, mente e cervello: verso un nuovo paradigma

Alla loro nascita come discipline scientifiche, la Psicologia, la Psichiatria e la Psicoanalisi hanno ideato, nel tentativo di perseguire l'individuazione di nuove metodologie atte a sviluppare la salute mentale negli individui e nelle popolazioni in generale, modelli fondati sostanzialmente sulla presenza in ciascun essere umano di una "personalità individuale", intesa come modalità funzionale specifica di una "mente" (e cioè di un'attività squisitamente psichica) sviluppata dal substrato biologico del corpo, ed in particolare dal Sistema Nervoso Centrale e soprattutto dal cervello. Tale substrato biologico veniva a sua volta visto in continua relazione con un "ambiente" fisico ed umano, nella cui costante interazione esso si sviluppava e si modificava durante il corso di tutta la vita individuale. Oggi tale paradigma appare superato o almeno in via di superamento, in quanto le numerose dicotomie su cui esso si fondava si rivelano sempre meno credibili ed accettate dalla Comunità scientifica internazionale, e ciò sta producendo significative modificazioni anche negli ambiti della psicopatologia e della psicoterapia

FULVIO FRATI *

PAROLE CHIAVE: Cervello, Mente, Paradigma, Salute, Salute mentale

Definizione di "salute" (O.M.S. – W.H.O.)

L'Atto costitutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.-W.H.O.), firmato a New York il 22 luglio 1946, approvato dall'Assemblea Federale di tale Ente il 19 dicembre 1946 ed entrato in vigore il 7 aprile 1948, fornisce la seguente definizione di "salute":

«La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in assenza di malattia o di infermità».

Afferma inoltre tale documento al riguardo:

«Il possesso del migliore stato di salute possibile costituisce un diritto fondamentale di ogni essere umano, senza distinzione di razza, di religione, di opinioni politiche, di condizione economica o sociale. La salute di tutti i popoli è una condizione fondamentale della pace nel mondo e della sicurezza; essa dipende dalla più stretta cooperazione possibile tra i singoli e tra gli Stati. I risultati raggiunti da ogni Stato nel miglioramento e nella protezione della sanità sono preziosi per tutti».

A sua volta, l'articolo 32 della Costituzione della Repubblica Italiana sancisce che: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

Inoltre, secondo una definizione dell'O.M.S. più recente, la salute è «uno stato di benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia o infermità, è un diritto umano fondamentale» (Alma Alta, URSS, 6-12 settembre 1978).

Nella "Conferenza Internazionale sulla promozione della salute" (Ottawa, Ontario, Canada, 17-21 novembre 1986) si ribadisce infine che:

Un cervello sano dal punto di vista anatomo-patologico e neurologico costituisce la base fondamentale per la "salute del cervello" al livello funzionale, e quindi anche per la "salute della mente". Mantenere sano il cervello dal punto di vista neurologico attraverso stili di vita adeguati è, quindi, una prima condizione necessaria, ma non sufficiente, al fine del perseguimento e dell'ottenimento di una sufficiente "salute mentale". Affinché vi sia un'adeguata "salute della mente", tuttavia, non è sufficiente una condizione neurologica priva di evidenti disturbi, danni o patologie.

«...La promozione della salute è il processo che mette le persone in grado di aumentare il controllo sulla propria salute e migliorarla...»
«...Le persone non possono raggiungere il loro pieno potenziale di salute se non sono capaci di controllare quei fattori che determinano la loro salute...»
«...I prerequisiti e le aspettative per la salute non possono essere garantiti solo dal settore sanitario... Le persone di ogni ceto sociale sono coinvolte come individui, famiglie e comunità...».
«...La promozione della salute sostiene lo sviluppo individuale e sociale fornendo l'informazione e l'educazione alla formazione, e migliorando le abilità per la vita quotidiana. In questo modo si aumentano le possibilità delle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e sui propri ambienti e di fare scelte favorevoli alla salute...».
«...La salute è creata e vissuta dalle persone all'interno degli ambienti organizzativi della vita quotidiana: dove si studia, si lavora, si gioca, si ama...».
Per tutte queste ragioni, da circa una ventina d'anni si è andata sviluppando anche nel nostro Paese un'Area specialistica della Psicologia, peraltro già in precedenza sorta negli Stati Uniti ed in vari altri Paesi occidentali, denominata "Psicologia della salute".

Definizione di "salute mentale" (O.M.S. – W.H.O.)
Con l'espressione "salute mentale", secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.-W.H.O.), si fa riferimento ad uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive ed emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni.
Nella "Dichiarazione di Helsinki sulla Salute Mentale" (2005), i Paesi ad essa aderenti affermano e sottoscrivono quanto segue:
«Sottoscriviamo l'affermazione secondo la quale non c'è salute senza salute mentale. La salute mentale è una delle componenti centrali del capitale umano, sociale ed economico delle nazioni e deve pertanto essere considerata come parte integrante e fondamentale di altre politiche d'interesse pubblico, quali quelle relative ai diritti umani, all'assistenza sociale, all'educazione e all'impiego.
Pertanto, noi, i ministri responsabili della salute, conformemente alle responsabilità e alle strutture costituzionali nazionali, ci impegniamo a riconoscere l'esigenza di adottare politiche per la salute mentale basate su esaustive evidenze scientifiche, e a prendere in esame modalità e mezzi di sviluppo, realizzazione e sostegno di tali politiche nei nostri rispettivi Paesi».
La Dichiarazione di Helsinki sulla Salute Mentale (2005) sostiene quindi, in estrema sintesi, che "Non c'è salute senza salute mentale".
Ma "salute mentale" e "salute del cervello" sono sinonimi? Cioè, in altri termini: che relazione c'è tra "salute del cervello" e "salute della mente"?
Sicuramente, un cervello sano dal punto di vista anatomo-patologico e neurologico costituisce la base fondamentale per la "salute del cervello" al livello funzionale, e quindi anche per la "salute della mente". Mantenere sano il cervello dal punto di vista neurologico attraverso stili di vita adeguati è, quindi, una prima condizione necessaria, ma non sufficiente, al fine del perseguimento e dell'ottenimento di una sufficiente "salute mentale". Affinché vi sia un'adeguata "salute della mente", tuttavia, non è sufficiente una condizione neurologica priva di evidenti disturbi, danni o patologie. Sono anzi ben note, nella nosografia psichiatrica, tutta una serie di problematiche anche molto gravi nelle quali non si registra, anche con l'ausilio delle tecniche diagnostiche più efficaci oggi a disposizione, nessun tipo di problematica neurologica.
"Salute del cervello" e "salute mentale" sono, pertanto, due variabili in parte collegabili, ma anche in parte indipendenti. Esse debbono cioè essere esaminate congiuntamente, ma anche analizzate in modo indipendente l'una dall'altra.

Lo stato della salute mentale e neurologica in Europa
Lo stato della salute mentale e neurologica in Europa è l'oggetto, tra gli altri, di uno specifico studio recentemente pubblicato dall'Accademia Europea di Neuropsicofarmacologia (European College of Neuropsychopharmacology, E.C.N.P., 2011), il quale indica come i disturbi mentali e neurologici siano diventati la maggiore sfida per la

salute degli Europei nel XXI secolo. La ricerca ha preso in esame 30 Paesi (l'Unione Europea, Svizzera, Islanda e Norvegia), per una popolazione complessiva di 514 milioni di persone. Ecco quindi, in sintesi, i principali risultati di questo studio:
Ogni anno, il 38,2% della popolazione europea – vale a dire, all'incirca, 164.800.000 persone – va incontro a qualche significativo disturbo mentale. I problemi più frequenti sono rappresentati da disturbi d'ansia (14,0%), insonnia (7,0%), depressione maggiore (6,9%), disturbi somatoformi (6,3%), dipendenza da alcool e droga (più del 4%), deficit di attenzione e iperattività (ADHD, circa il 5% nei bambini) e demenza (con una prevalenza dell'1% per la fascia d'età fra i 60 e i 65 anni e del 30% tra gli ultra ottantacinquenni).
In generale, questa ricerca non ha evidenziato variazioni di rilievo in base al tipo di cultura o alla nazione di appartenenza per quasi tutti questi tipi di patologie, ad eccezione dei disturbi da abuso di sostanze e da ritardo mentale. **S**oprattutto, non sono stati rilevati indizi di un aumento complessivo dei disturbi mentali rispetto al precedente analogo studio condotto nel 2005**,** che tuttavia aveva preso in esame solo adulti limitatamente a 13 possibili tipi di diagnosi; la sola eccezione è costituita dall'aumento dei casi di demenza, e questo dato è probabilmente una conseguenza della maggiore "aspettativa di vita".
Rispetto ai dati del 2005 non è stato però rilevato alcun miglioramento nei tassi di trattamento dei disturbi mentali, che restano quindi abbastanza bassi: solo un terzo di tutti i casi riceve infatti un trattamento. Chi segue una cura specialistica la ottiene inoltre in genere con notevole ritardo – spesso anche di diversi anni – rispetto all'insorgenza del disturbo, e solo raramente vengono somministrate le terapie più recenti e risultano seguiti i protocolli di cura più aggiornati.
Se ai disturbi squisitamente psichiatrici si aggiungono quelli di tipo neurologico (ictus, traumi cerebrali, morbo di Parkinson, sclerosi multipla ecc.), i disturbi al cervello ed alla sua corretta funzionalità rappresentano il maggior peso economico relativo alla morbilità complessiva di tutta l'Unione Europea, in quanto assorbono circa il 26,6% delle risorse destinate alla Sanità. Al momento attuale, le quattro condizioni psicopatologiche più invalidanti risultano essere la depressione, le demenze, l'uso di alcool e l'ictus.

I traumi psichici provocano sicuramente danni cerebrali
Se è sicuramente vero che i danni neurologici incidono negativamente, pur se in varia misura, sulle funzioni psichiche, e se è altrettanto vero che esistono disturbi delle funzioni psichiche in assenza di danni neurologici attualmente rilevabili, è vero anche che i traumi psichici provocano sicuramente danni cerebrali, soprattutto (molto probabilmente) se essi avvengono durante l'età evolutiva, ma anche in età adulta.
Un effetto assolutamente devastante sul tessuto organico cerebrale durante l'età evolutiva sembra essere ormai sicuramente riconducibile alla diretta azione di tre tipi di esperienze negative di vita del bambino, vale a dire quelle che si verificano nelle condizioni di:
Abuso (emozionale, fisico, sessuale);
Grave trascuratezza affettiva, emozionale e/o fisica (il cosiddetto "*Neglect*");
Gravi disfunzioni familiari.

In tal senso, ad esempio, si indirizza decisamente il risultato dell'*Adverse Childhood Experiences study*, o *A.C.E*. ("Studio sulle Esperienze Infantili Avverse"): si tratta di una delle più grandi indagini mai condotte al fine di valutare le associazioni tra il maltrattamento infantile e lo stato di benessere nella vita adulta. Questa importante ricerca è il risultato di una collaborazione tra il Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (*Center for Disease Control and Prevention*) e la *Kaiser's Permanent Health Appraisal Clinic* (struttura, quest'ultima, afferente al maggiore ente americano per l'assistenza sanitaria) di San Diego, California, ed è stata condotta dal 1995 al 1997. Nel corso di tale indagine, più di 17.000 cittadini iscritti all'Organizzazione di Mantenimento della Salute (H.M.O.), sottoposti ad un esame fisico completo, accettarono di fornire informazioni dettagliate anche riguardo alle loro esperienze infantili di abuso, trascuratezza e disfunzione familiare. Le conclusioni dello studio A.C.E. suggeriscono come negli Stati Uniti certe esperienze siano importanti fattori di rischio sia rispetto alle cause principali di malattia e morte, sia relativamente ad una carente qualità di vita. Il progresso nella prevenzione e nella cura di alcuni tra i peggiori problemi di salute e sociali potrebbe pertanto sicuramente beneficiare dalla comprensione del fatto che molti di questi problemi fisici e psicologici nascono e si

Se è sicuramente vero che i danni neurologici incidono negativamente, pur se in varia misura, sulle funzioni psichiche, e se è altrettanto vero che esistono disturbi delle funzioni psichiche in assenza di danni neurologici attualmente rilevabili, è vero anche che i traumi psichici provocano sicuramente danni cerebrali, soprattutto (molto probabilmente) se essi avvengono durante l'età evolutiva, ma anche in età adulta.

sviluppano proprio come diretta conseguenza di "esperienze infantili avverse".

Le "Esperienze Infantili Avverse": i costi umani ed economici dello "*status quo*"
Lo studio sulle Esperienze Infantili Avverse (*A.C.E.)* evidenzia «una potente relazione tra le nostre esperienze emotive nell'infanzia e la salute fisica e psichica nell'età adulta: esperienze avverse in infanzia si correlano con la maggior causa di mortalità in età adulta negli Stati Uniti». Questo studio dimostra quindi sul piano epidemiologico la conversione di esperienze emozionali traumatiche nell'infanzia in malattie organiche nella vita adulta, che a seconda del loro livello di gravità possono persino condurre ad una morte prematura.

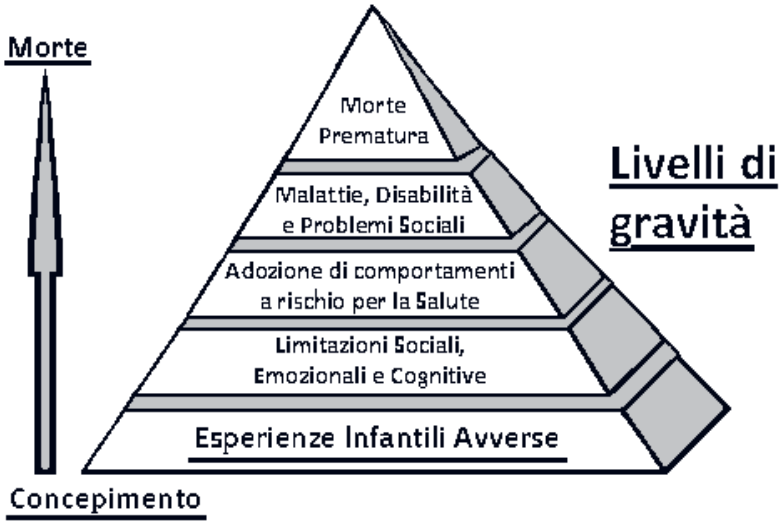


Figura 1 (dal sito web: http://www.acestudy.org/, modificato)

Nella terminologia utilizzata nello studio A.C.E. si intende per "Trauma" la conseguenza psicologica sia di ogni tipo di "Abuso" (emozionale, fisico o sessuale) così come di "*Neglect*" e di ogni altra grave "Disfunzione familiare", quale, ad esempio, la "violenza assistita" (nella quale un genitore, in genere la madre, o un altro componente del nucleo famigliare viene trattato violentemente in presenza del minore) o altri eventi intrafamigliari quali l'abuso di sostanze, la malattia mentale, la separazione, il divorzio o il carcere per uno o per entrambi i genitori. Lo studio epidemiologico A.C.E. ha, in particolare, documentato il legame tra "*stressors* violenza-correlati" da un lato e "fattori di rischio o problemi di salute in età adulta" dall'altro, dimostrando la presenza statisticamente significativa in età adulta di tre gruppi di patologie con evidenti radici nei traumi infantili:

1. Patologie psichico-comportamentali;
2. Patologie sessuali/riproduttive;
3. Patologie fisiche.

Vediamo nel dettaglio in che cosa, con maggiore frequenza, consistono questi tipi di patologie.

Patologie psichico-comportamentali:
Depressione, ansia;
Devianza, marginalità, disturbo della condotta;
Disturbi del Comportamento Alimentare (D.C.A.);
Disturbi del sonno;
Disturbo borderline di personalità;
Disturbi delle relazioni affettive;
Abuso di sostanze o di alcool;
Disturbi psicosomatici.

2. Patologie sessuali/riproduttive:
Infertilità;
Disfunzioni sessuali;
Malattie sessualmente trasmesse.

3. Patologie fisiche:
Malattie polmonari;
Malattie epatiche;
Tumori.

Si è quindi evidenziata, attraverso questa fondamentale ricerca, un'indiscutibile e significativa relazione tra le nostre esperienze emotive nell'infanzia e la salute fisica e psichica nell'età adulta: negli Stati Uniti, infatti, esperienze avverse in infanzia si correlano direttamente con le maggiori cause di mortalità in età adulta. Questo studio documenta pertanto sul piano epidemiologico la conversione di esperienze emozionali traumatiche nell'infanzia in malattie organiche nella vita adulta.

Violenza e salute: trauma nell'infanzia

Molte ricerche neurobiologiche di questi ultimi decenni documentano i correlati dell'abuso e del *neglect* a livello cellulare, biochimico e neurotrasmettitoriale come risposta biologica dell'organismo allo *stress*. *Child abuse*, *neglect* e *trauma ripetuto* si configurano cioè come esperienze che potenzialmente danneggiano, anche irreversibilmente, lo sviluppo attuale ed il funzionamento futuro del bambino. Più piccolo è il bambino (Zanotti, 2011) più i fattori ambientali sono mediati dai cosiddetti *primary care givers,* cioè dalle figure adulte che maggiormente e direttamente si prendono cura di lui. Tra gli effetti dello stress tossico sullo sviluppo cerebrale, uno dei più significativi è sicuramente rappresentato dal danno delle connessioni tra i circuiti cerebrali: elemento, questo, che può comportare una riduzione del volume dell'encefalo estremamente evidente, fino alla vera e propria "microcefalia" (AA.VV., *The Adverse Childhood Experiences Study,* 1998). La cronica attivazione della risposta biologica allo stress comporta infatti una bassa soglia allo stress con conseguente maggiore vulnerabilità, iperreattività e minore resilienza nei soggetti ad essa interessati. Contemporaneamente, aumentati livelli degli ormoni dello stress (soprattutto cortisolo e catecolamine) inibiscono la risposta immunitaria, comportando di conseguenza una maggiore vulnerabilità a malattie infettive e malattie croniche. In particolare, l'elevazione persistente del cortisolo danneggia i circuiti dell'ippocampo fino al vero e proprio danno neuronale, con conseguenti disturbi di apprendimento e di memoria. Lo sviluppo cerebrale e la salute fisica appaiono quindi oggi come costantemente modellati dalle esperienze ambientali e dai conseguenti vissuti psicologici che da esse si originano.

Rapporti tra danni cerebrali e P.T.S.D. ("Post-Traumatic Stress Disorder" o "Sindrome da Stress Post-Traumatico")

La "Sindrome da Stress Post-Traumatico" (*Post-Traumatic Stress Disorder*), è una ormai nota condizione clinica che può colpire le vittime di traumi psicologici e che – questo è stato definitivamente assodato da vari studi compiuti con tecniche di *neuroimaging* – ha sicuramente delle ricadute negative anche sul substrato biologico dell'attività psichica. Per accertare tali eventi psicobiologici sono stati ad esempio effettuati studi che hanno utilizzato tecniche come la Tomografia a Emissione di Positroni (P.E.T.), che misura in modo affidabile i cambiamenti di flusso di sangue nel cervello mostrando il ruolo specifico di ogni area coinvolta nei vari processi emotivi. Il P.T.S.D., secondo il D.S.M.-5, è infatti un disturbo da stress che colpisce alcune vittime di traumi psicologici come abusi, violenze, disastri ambientali o altri gravi incidenti. Gli effetti più frequenti sono perdita di memoria, sbalzi di umore, paura condizionata dovuta al richiamo involontario di *flash-backs* dell'evento traumatico; le condizioni biologiche alla base di tali eventi psichici sono da individuarsi soprattutto, allo stato attuale delle ricerche condotte al riguardo, nella continua ed eccessiva sensibilizzazione delle reti neurali coinvolte nella risposta alla paura ed in particolare in un deficit nell'inibizione dell'amigdala, costantemente stimolata ed attivata dalla corteccia prefrontale a causa della sensazione permanente di paura.

Vari studi, inoltre, hanno addirittura dimostrato che forti stress non solo impediscono la crescita del bambino se avvengono durante l'infanzia, ma, anche in età più avanzate, letteralmente "rimpicciolisco" il cervello. Ad illustrare il meccanismo di *restringimento cerebrale* a causa di forti emozioni negative in persone peraltro sane mentalmente e fisicamente è, ad esempio, uno studio condotto negli U.S.A. e pubblicato nel 2011 sulla rivista *Biological Psychiatry*. Questa ricerca, firmata dalla neurobiologa Rajita Sinha dell'Università di Yale e dai suoi collaboratori Emily B. Ansell, Kenneth Rando, Keri Tuit e Joseph Guarnaccia, ha esaminato 103 volontari tra i 18 e i 48 anni: i partecipanti, tutti in buona salute generale, hanno risposto a questionari sugli eventi gravemente stressanti occorsi durante la loro esistenza e si sono sottoposti a risonanza magnetica del cervello. Il rapporto rivela risultati molto chiari: la materia grigia di chi aveva subito traumi di vario tipo (in particolare, ma non solo, tra le vittime di abusi) è risultata rimpicciolita nell'area della corteccia

Vari studi hanno dimostrato che forti stress non solo impediscono la crescita del bambino se avvengono durante l'infanzia, ma, anche in età più avanzate, letteralmente "rimpicciolisco" il cervello. Ad illustrare il meccanismo di *restringimento cerebrale* ***a causa di forti emozioni negative in persone peraltro sane mentalmente e fisicamente è, ad esempio, uno studio condotto negli U.S.A. e pubblicato nel 2011 sulla rivista*** *Biological Psychiatry****.***

Le funzioni cerebrali complesse dipendono dall'interazione tra diverse regioni cerebrali organizzate in circuiti paralleli e sovrapposti. Tali circuiti sono direttamente coinvolti nell'organizzazione del movimento volontario,delle funzioni sensoriali, del linguaggio, delle funzioni attentive e sono determinati geneticamente, plasmati dall'apprendimento precoce, modulati e differenziati dall'uso e dall'attività.

prefrontale mediale (PFC), nella corteccia dell'Insula e nelle regioni sottogenuali dell'area cingolata anteriore.
Tensioni croniche profonde e veri e propri episodi traumatici, ma anche eventi stressanti intensi o prolungati quali ad esempio una separazione, un divorzio o la perdita del lavoro, sarebbero quindi in grado di far scattare nelle vittime un tangibile rimpicciolimento del cervello. La diminuzione avviene in particolare nella materia grigia dell'area cerebrale che controlla le emozioni, e regola quindi anche la pressione sanguigna e persino il livello di zuccheri, vale a dire, in primo luogo, la corteccia prefrontale.
Tuttavia, se è vero che i traumi psichici danneggiano la funzionalità del tessuto cerebrale, per fortuna appare vero anche il fatto per cui esperienze psicologiche positive possono incidere positivamente sul cervello e sulla sua struttura biologica. In Italia, ad esempio, l'I.S.T.C. (Istituto di Scienze e Tecnologie della Cognizione) ha recentemente utilizzato le tecniche di neuroimmagine per valutare gli effetti della psicoterapia applicata a casi diagnosticati come P.T.S.D.
L'I.S.T.C., in collaborazione con ricercatori dell'Università di Tor Vergata di Roma, dell'Associazione EMDR e dell'Università "La Sapienza" (Pagani M., Di Lorenzo G., Verardo A., Nicolais G., Monaco L., Lauretti G., Cogolo P., Niolu C., Ammaniti M., Siracusano A.), ha applicato queste tecniche allo studio della terapia del Disturbo da Stress Post-Traumatico (P.T.S.D.). I risultati hanno mostrato i benefici di un trattamento denominato E.M.D.R. (E*ye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy*, o *Terapia di Desensibilizzazione e Riprocessazione attraverso il Movimento Oculare*), una specifica forma di psicoterapia per i disturbi legati ai traumi. L'idea di base di tale procedimento psicoterapeutico (riservato pertanto a Medici e Psicologi) è che il movimento degli occhi "aiuti" il cervello a trovare l'energia necessaria per rielaborare un trauma. E l'effetto della terapia sembra riscontrabile anche a livello cerebrale: infatti, anche dopo ogni singola applicazione dell'E.M.D.R., il paziente si sentiva meglio, e questo è stato interpretato dai ricercatori come un piccolo ma significativo cambiamento neurale nel suo cervello.
Lo studio dell'I.S.T.C. ha quindi monitorato per la prima volta i cambiamenti neurologici durante la terapia E.M.D.R., che lavora specificatamente sulla riduzione della paura nei pazienti. Ed i cambiamenti sono stati notevoli: dopo varie sedute, l'attività elettrica prevalente del cervello si è spostata dalla corteccia prefrontale alle regioni temporali, parietali ed occipitali. Questo risultato mostra una riprocessazione cognitiva dell'evento traumatico: si tratta quindi di una scoperta promettente, sia per la terapia sia per le tecniche utilizzate per monitorarla, che, se confermata da ulteriori studi, potrebbe ovviamente avere un impatto enormemente significativo sul trattamento dei traumi.

Dalla "Equazione di Johannsen" alla "Legge dell'interazione contingente"
Tutti gli esempi concreti sopra riportati di interrelazioni reciproche tra la "mente" di ogni persona ed il substrato biologico attraverso il quale essa si esprime rendono pertanto necessarie, oltre che possibili, alcune riflessioni specifiche sulla questione della cosiddetta "plasticità cerebrale". È infatti ormai da tempo condivisa tra gli studiosi di scienze cognitive la convinzione secondo cui le funzioni cerebrali complesse dipendono dall'interazione tra multiple regioni cerebrali organizzate in circuiti paralleli e sovrapposti, e che tali circuiti sono direttamente coinvolti nell'organizzazione di:
- movimento volontario;
- funzioni sensoriali;
- linguaggio;
- funzioni attentive;
- ecc.

Questi circuiti cerebrali, responsabili in modo significativo delle nostre funzioni psichiche e del nostro conseguente comportamento, sono:
- Determinati geneticamente;
- Plasmati dall'apprendimento precoce;
- Modulati e differenziati dall'uso e dall'attività (Zanotti, 2011).

Pertanto possiamo affermare che *l'esperienza "plasma" il cervello*, sulla base di un assetto quindi solo in parte biologicamente determinato. Appare cioè ancor oggi valida la cosiddetta "Legge generale", formulata e pubblicata nel 1958 da Sinnot, Dunn

e Dobzhansky, che afferma che «Il fenotipo di un organismo è sempre il risultato dell'interazione tra un genotipo e un ambiente». Si tratta, in particolare, dell'evoluzione dell' Equazione originariamente formulata nel 1911 dal genetista danese W.L. Johannsen, per la quale

G + A = F

laddove: **G** = Genotipo; **A** = Ambiente; **F** = Fenotipo.

Essa è schematicamente rappresentata nella seguente Figura 2.

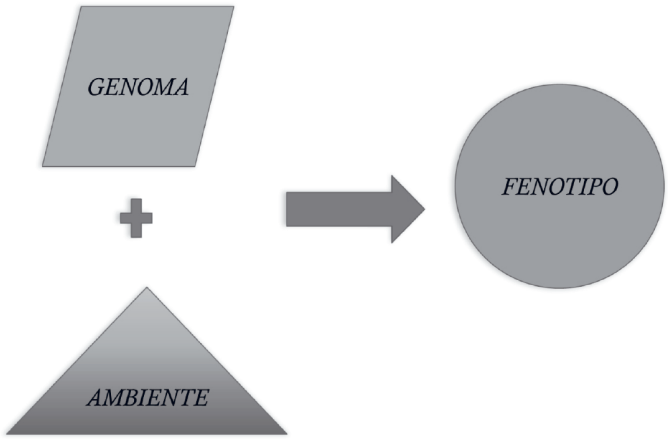


Figura 2 (Zanotti, 2011).

Se vogliamo applicare la Legge generale di Sinnot, Dunn e Dobzhansky all'ambito psicologico umano, abbiamo che:

«Qualunque fenotipo deriva dall'interazione del potenziale genetico di un organismo con il suo ambiente, e il comportamento è un fenotipo come un altro» (Barash D.P. , 1977, pag. 50 ed. it.).

Oppure, forse ancor meglio, per dirla con parole più attuali e nello stesso tempo più attente a molti tra i più recenti contributi provenienti anche dal mondo della Psicologia:

«Il fenotipo psicologico e psicofisico di un essere umano è sempre il risultato dell'interazione del suo genotipo con l'esperienza che il medesimo individuo ha sperimentato all'interno degli ambienti fisici ed umani in cui è vissuto sin dal momento del proprio concepimento come soggetto specifico» (Frati, 2012, p. 12).

Tuttavia, così formulata, questa legge non tiene sufficientemente in considerazione un fondamentale aspetto del processo di interazione, e cioè la costante retroazione del fenotipo attuale di ogni individuo sull'ambiente in cui esso vive ed agisce. Tenterò innanzitutto di rappresentare questo processo graficamente, con la sequenza espressa dalle seguenti figure 3, 4, 5 e 6.

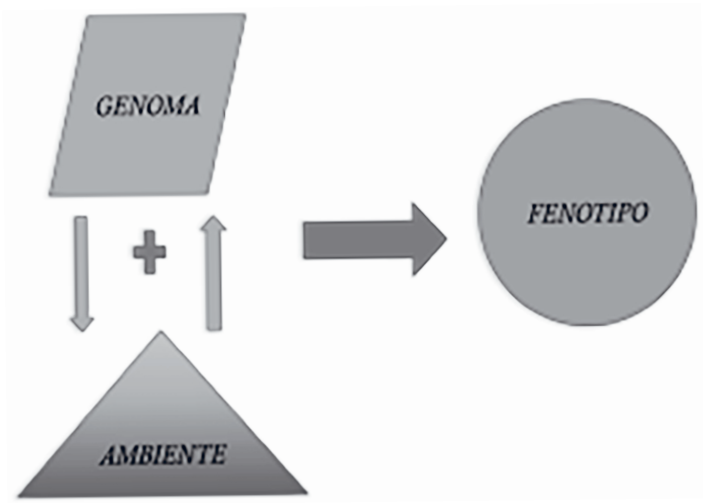


Figura 3.

Figura 4.

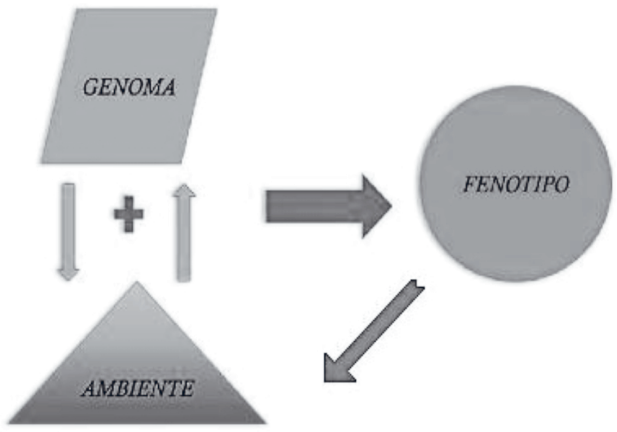


Figura 5.

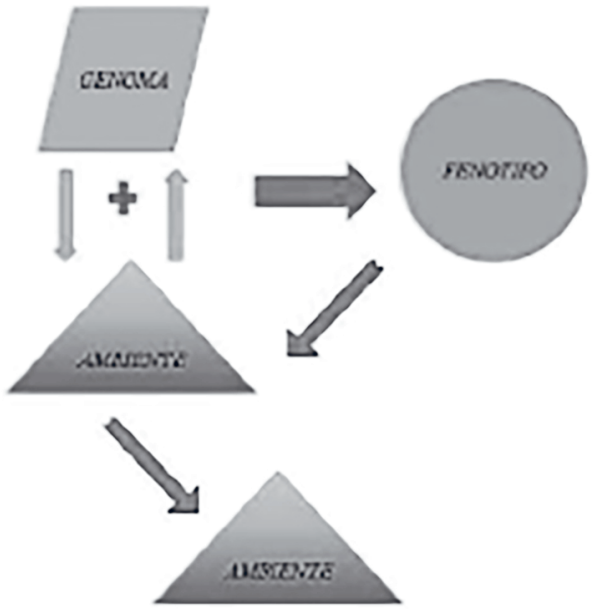
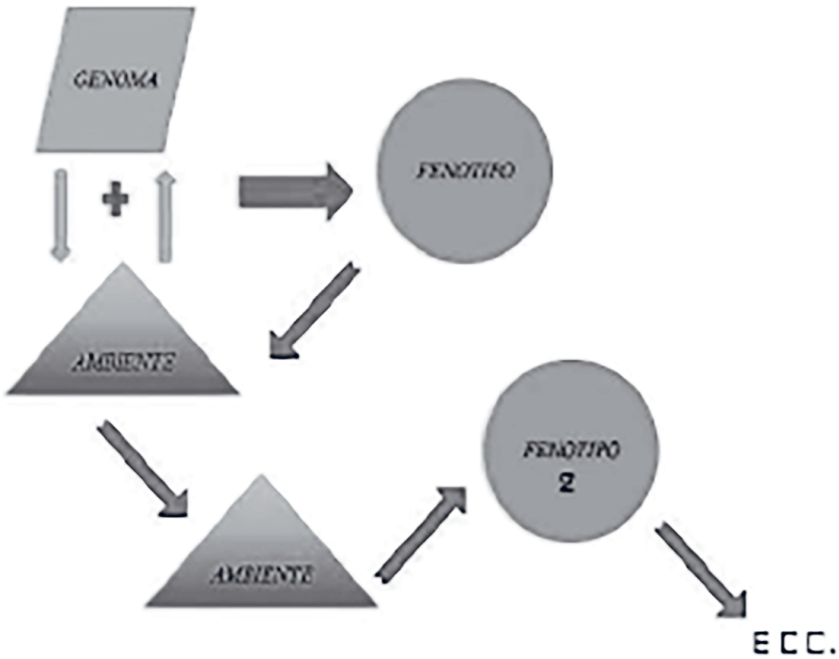


Figura 6.



Anche i due tentativi di "psicologizzazione" della Legge generale di Sinnot, Dunn e Dobzhansky precedentemente riportati (vale a dire quello di Barash ed il mio) risultano perciò evidentemente insufficienti al riguardo. Vorrei quindi tentare di formulare in proposito una nuova spiegazione che tenga conto di quest'ultimo aspetto (appena descritto graficamente), spiegazione che definirò come "Legge dell'interazione contingente".

Legge dell'interazione contingente

«La struttura e l'organizzazione psicologica e psicofisica di ogni essere umano sono sempre il risultato dell'interazione del suo corredo genetico con l'esperienza che la medesima persona ha sperimentato all'interno degli ambienti fisici ed umani in cui è vissuta sin dal momento del proprio concepimento come soggetto specifico, nonché delle variazioni casuali introdotte in tale interazione sia dalla continua modificabilità della materia biologica sia dalle specifiche ed irripetibili caratteristiche che ogni singola interazione tra tutti e tre questi fattori continuamente produce e presenta» (Frati, 2012, p. 13).

La "Legge dell'interazione contingente" rappresenta il tentativo di nuova teorizzazione fondata sull'introduzione, nella "Legge generale" di Sinnot, Dunn e Dobzhansky, di due ulteriori variabili, oltre al fenotipo, al genotipo e all'ambiente in quanto tale:

1. la "plasticità cerebrale";
2. la "plasticità ambientale".

Non possiamo però dimenticare al riguardo come la plasticità cerebrale,e più in generale di tutto il Sistema nervoso, sia massima in alcuni periodi di crescita degli individui, ed in particolare nei bambini. Questi periodi sono perciò definiti "critici", ed è proprio all'interno di queste fasi che le "cure" ed ogni altra influenza ambientale, positiva o negativa, possono esprimere il massimo effetto.

I periodi di massima plasticità e sensibilità all'intervento sono inoltre diversi per le diverse funzioni, ad esempio per la percezione, per il movimento, per il linguaggio e così via (Zanotti, 2011).

Nell'acquisizione di tutte queste funzioni, infatti, gli studi di questi ultimi vent'anni hanno costantemente dimostrato l'assoluta importanza di due fattori individuali, derivanti dall'azione combinata di elementi genotipici, ambientali e fenotipici, che possiamo rispettivamente denominare come "attenzione finalizzata" ed "attenzione congiunta". Essi risultano entrambi fondamentali per lo sviluppo delle capacità di ogni persona di interagire in maniera sufficientemente adattativa con il proprio ambiente fisico e sociale lungo il corso della propria esistenza.

Il primo di questi due fattori personali è, secondo l'opinione prevalente, non solo già presente in ogni essere umano alla nascita o nei primi giorni successivi a essa, ma condiviso dalla nostra specie con la maggior parte dei primati, anche con le scimmie non antropomorfe, e probabilmente anche con tutti i mammiferi e gran parte almeno degli uccelli, di molte altre specie tra i vertebrati e forse anche tra gli invertebrati. Esso viene considerato la base della cosiddetta "comprensione imitativa", e consiste sostanzialmente nella capacità dell'individuo di prestare attenzione al comportamento di un altro individuo conspecifico al fine di apprenderne, per imitazione, la possibilità di esecuzione autonoma.

Il secondo di questi due fattori personali, definito dagli studiosi che si sono occupati di questi temi con il termine di "attenzione congiunta", è la capacità del soggetto di coordinare la propria attenzione con quella di un'altra persona verso il medesimo oggetto (Scaife e Bruner, 1975). A differenza dell'attenzione finalizzata e della comprensione imitativa, che avvengono in un contesto sostanzialmente diadico (cioè costituito dall'individuo che apprende e dall'individuo dal quale si apprende), tale comportamento si attua in un contesto "triadico", quindi sicuramente più complesso.

Secondo gli studiosi che hanno sperimentato e analizzato i comportamenti di attenzione congiunta negli umani e nelle altre specie ad essi più vicini, in particolare i primati antropomorfi e non, esistono due differenti modalità di attenzione congiunta: l'una più semplice (che nella nostra specie sarebbe già sufficientemente stabilizzata, in media, intorno al nono mese di vita), ed una più complessa, che verrebbe invece acquisita in media dagli esseri umani intorno al tredicesimo mese di età. Entrambe queste modalità di espressione di "attenzione congiunta" sarebbero in ogni caso, secondo l'opinione oggi prevalente (si confronti ad esempio Michael Tomasello, *Le origini culturali della cognizione umana*, Ed. Il Mulino, Bologna, 2003), appannaggio esclusivo della specie umana.

Secondo gli studiosi che hanno sperimentato i comportamenti di attenzione congiunta negli umani e nelle altre specie ad essi più vicini, in particolare i primati, esistono due differenti modalità di attenzione congiunta: l'una più semplice (che nella nostra specie sarebbe già sufficientemente stabilizzata, in media, intorno al nono mese di vita), e una più complessa, che verrebbe invece acquisita in media dagli esseri umani intorno al tredicesimo mese di età. Entrambe queste modalità di espressione di "attenzione congiunta" sarebbero in ogni caso esclusive della specie umana.

Possiamo considerare l'attenzione congiunta come il mezzo attraverso il quale l'interazione contingente, descritta dalla "Legge" che da essa prende il nome, si veicola e si attua fenomenologicamente proprio attraverso le grandi possibilità di "plasticità cerebrale" che gli esseri umani presentano nei primi mesi e nei primi anni della propria esistenza.

La prima e più precoce modalità di espressione dell'attenzione congiunta consiste sostanzialmente nella capacità dell'individuo di rispondere a segnali di richiamo verso un oggetto di interesse comune (segnali che possono anche essere verbali ma che comunque si esprimono in genere anche attraverso vari canali di tipo non verbale, soprattutto quello oculare, quello mimico e quello gestuale) inviatigli da un individuo conspecifico, e di convogliare e coordinare pertanto l'attenzione dei due individui implicati in tale processo verso tale oggetto terzo di comune interesse.
La seconda modalità di espressione dell'attenzione congiunta, di successiva acquisizione nello sviluppo ontogenetico di ogni essere umano, consiste, a giudizio di Tomasello e di molti altri Autori, nella capacità non solo di rispondere a segnali di attivazione congiunta verso un oggetto terzo inviati da un altro individuo, ma di attivare in prima persona segnali di questo tipo al fine di coinvolgere un altro individuo conspecifico nel comune interesse verso un oggetto terzo.
Possiamo pertanto considerare l'attenzione congiunta come il mezzo attraverso il quale l'interazione contingente, descritta dalla sopra riportata "Legge" che da essa prende il nome, si veicola e si attua fenomenologicamente proprio attraverso le grandi possibilità di "plasticità cerebrale" che gli esseri umani presentano nei primi mesi e nei primi anni della propria esistenza. Rispetto alla plasticità cerebrale (Zanotti, 2011) sappiamo inoltre che bambini che hanno avuto lesioni cerebrali precoci (e cioè entro il 1°-2° anno di vita) mostrano un recupero funzionale nettamente superiore, rispetto ad adulti con danno cerebrale acquisito. Questa maggiore potenzialità di vicariamento, che è il risultato di un processo di riorganizzazione e di rimodellamento per compensare una lesione cerebrale o un difetto genetico, è nettamente superiore in un Sistema Nervoso ancora in via di sviluppo, ed è determinata proprio dall'esperienza "ambientale". Da ciò deriva che, se non possiamo incidere sulla dotazione genetica, possiamo però incidere sulla plasticità ambientale, ed è all'interno di questo fattore che si inseriscono i progetti di "presa in cura" più o meno precoce: riabilitazione, famiglia come risorsa di cura, ecc. (Zanotti, 2011).
La "Legge dell'interazione contingente" riassume quindi in sé, in un'ottica decisamente fenomenologica, una serie di profonde modificazioni di alcuni tra i più tradizionali paradigmi fondamentali della Scienza occidentale, che hanno forse condizionato e limitato anche il nostro stesso modo di pensare nella quotidianità ma che da alcuni decenni sono sempre più messi in discussione dagli Scienziati di numerose Discipline. Questi cambiamenti hanno in particolare prodotto nel mondo Occidentale, o stanno tuttora producendo a livello internazionale soprattutto in quest'Area geografica e culturale, almeno le seguenti significative innovazioni epistemologiche:
- il superamento della dicotomia "realtà-osservatore";
- il superamento della dicotomia "mente-corpo";
- il superamento della distinzione "natura-cultura";
- il superamento della dicotomia "soggetto-oggetto";
- il superamento della distinzione "persona-ambiente";
- il superamento della distinzione "struttura-funzione".

La dicotomia "realtà-osservatore"
Nella storia del pensiero filosofico e scientifico occidentale, la dicotomia "realtà-osservatore" appare dominante sino all'avvento della Meccanica Quantistica, vale a dire sino al primo decennio del ventesimo secolo. Tema controverso tra i filosofi dell'antica Grecia, esso aveva trovato varie risposte soprattutto a favore dell'indipendenza delle caratteristiche della realtà esterna dall'osservatore nei secoli successivi, e con la redazione da parte di Isaac Newton (1642-1727) del suo saggio *De gravitatione et aequipondium fluidorum* (avvenuta all'incirca negli anni tra il 1664 ed il 1668) e di altri ancora più famosi lavori (in particolare i *Philosophiae naturalis principia mathematica*, probabilmente scritti tra il 1683 ed il 1688) tale impostazione sembrò, per alcuni secoli successivi, aver trovato una dimostrazione scientifica e matematica definitiva nella direzione dell'affermazione della reciproca indipendenza tra le caratteristiche dell'osservatore e quelle della realtà osservata.
Ma un primo durissimo – ed a mio avviso già definitivo, almeno in fisica – colpo a tale visione ed impostazione venne inferto negli anni tra il 1925 ed il 1926 da due ancor giovani studiosi, l'austriaco Erwin Schrödinger (1887-1960, premio Nobel nel 1933) ed il tedesco Werner Heisenberg (1901-1976, premio Nobel nel 1932). In modo autonomo ma quasi contemporaneo, utilizzando due differenti metodologie matematiche applicate alla fisica teorica (rispettivamente, la "meccanica ondulato-

ria" e la "meccanica delle matrici"), essi infatti dimostrarono l'assoluta dipendenza e inscindibilità reciproche di "osservato" ed "osservatore", e a tutt'oggi le loro conclusioni in merito, per quanto sempre estremamente ridiscusse e controverse, non sembrano essere mai state realmente falsificate.
Particolarmente famosi ancor oggi, anche tra i non "addetti ai lavori", sono di questi due scienziati il cosiddetto "Esperimento mentale del gatto di Schrödinger" (secondo il quale un gatto chiuso in una cassa insieme ad un ampolla di gas venefico non è né vivo né morto sino a quanto un osservatore esterno non apre la cassa stessa, determinandone con ciò la sorte) ed il fondamentale "Principio di indeterminazione di Heisenberg", secondo il quale la semplice presenza di un osservatore in qualunque esperimento ne condiziona sempre ed inevitabilmente il risultato.
Nei decenni successivi a questi dibattiti interni alla fisica, anche in filosofia, in sociologia ed in psicologia si sviluppò gradualmente l'impostazione denominata "Costruzionismo", anch'essa a tutt'oggi assai seguita, secondo la quale non esiste un'unica ed universale visione della realtà in quanto tale, ma è sempre l'individuo stesso che se la costruisce soggettivamente sulla base delle influenze ambientali, famigliari e sociali e sulla base della propria personale predisposizione a ciò. La realtà quindi, anche secondo tale impostazione, non esiste mai in modo "oggettivo", ma è sempre soggettivamente caratterizzata dalla persona che cerca di comprenderla: la dicotomia "realtà-osservatore", di conseguenza, appare oggi non più scientificamente sostenibile, ma è anzi da considerarsi a mio avviso come ormai definitivamente superata.

La dicotomia "mente-corpo"

Nelle fasi ancora iniziali dell'evoluzione della Medicina e della Psicologia, ed in particolare nell'Antica Grecia al riguardo particolarmente dominata dall'opera e dalla figura del medico e psicologo Ippocrate da Còo (460 a.C. circa - 377 a.C. circa), la mente ed il corpo non venivano considerate come due realtà nettamente distinte, né dal punto di vista dello stato di salute né da quello relativo allo stato di malattia. In altri termini, sia in condizioni di buona salute sia in presenza di uno stato di sofferenza, ogni persona veniva vista, da chi svolgeva in tale contesto sociale una funzione di tipo clinico o sanitario, come un "tutt'uno" in cui gli aspetti fisici e quelli psicologici individuali non potevano essere in alcun modo disgiunti o, comunque, considerati separatamente.
Tale concezione, nei secoli immediatamente successivi ad Ippocrate, continuò ad essere condivisa e diffusa anche al di fuori dalla Grecia, ed una significativa testimonianza di ciò la si trova ad esempio nel detto latino, ben noto e spesso utilizzato anche ai nostri giorni, "*mens sana in corpore sano*", generalmente attribuito a Giovenale (55 d.C. circa - 135 d.c. circa) ma che si rifaceva evidentemente a tradizioni preesistenti. Essa di fatto fu seguita ancora per molti secoli, sino ad essere poi messa radicalmente in discussione dal filosofo e matematico francese René Descartes, spesso conosciuto anche con il nome di Cartesio (1596-1650).
In molti dei suoi testi, ma in particolare nello scritto *Discorso sul metodo*, Descartes tende infatti a separare la mente dal corpo, raffigurandola al pari del pensiero come un'entità astratta e sostanzialmente immateriale, la cui funzione principale appare essere quella, sintetizzata nel famoso aforisma "*Cogito, ergo sum*", di sostenere la realtà dell'"esisto" proprio sulla base del fatto che "penso". L'unica significativa eccezione a questa prospettiva "dualista" sostenuta da Cartesio, nel contesto della cultura cosiddetta "occidentale", fu quella di Spinoza, una posizione decisamente isolata o comunque nettamente minoritaria fino al XX secolo.
Ben diverso è stato, invece, il destino dei concetti di "mente" e "corpo" nelle più diffuse e seguite culture del mondo orientale, nell'ambito di una visione olistica dell'"unità mente-corpo" sostanzialmente indissolubile. Tale differente visione del rapporto tra la mente ed il corpo caratterizza pertanto il corso, sostanzialmente assai differente, del pensiero orientale rispetto a quello occidentale di questi ultimi quattro secoli.
La netta dicotomizzazione "mente-corpo" introdotta da Cartesio esercitò nel mondo Occidentale una forte egemonia culturale per diverso tempo, e cioè più o meno sino all'inizio del XX secolo, facendo sì che nella medicina e nella psicologia dell'Europa, degli Stati Uniti e di vari altri Paesi il corpo venisse visto come una struttura fisica deputata all'esecuzione delle funzioni vitali, delle azioni, del movimento e del comportamento, mentre la mente veniva fatta sostanzialmente coincidere col pensiero diventando, da un lato, il "motore" primo dell'azione del corpo e, dall'altro, l'e-

Nelle fasi ancora iniziali dell'evoluzione della Medicina e della Psicologia, ed in particolare nell'Antica Grecia al riguardo particolarmente dominata dall'opera e dalla figura del medico e psicologo Ippocrate da Còo (460 a.C. circa - 377 a.C. circa), la mente e il corpo non venivano considerate come realtà nettamente distinte, né dal punto di vista dello stato di salute né da quello relativo allo stato di malattia. In altri termini, sia in condizioni di buona salute sia in presenza di uno stato di sofferenza, ogni persona veniva vista come un "tutt'uno" in cui gli aspetti fisici e quelli psicologici individuali non potevano essere in alcun modo disgiunti.

«È nel corso dell'ontogenesi che i bambini si appropriano della cultura, ma non come qualcosa di estrinseco e secondario, bensì come elemento essenziale della relazione umana con il mondo. L'organismo eredita anche l'ambiente oltre ai geni: l'essere umano è fatto per vivere immerso in un certo tipo di ambiente sociale, come il pesce nell'acqua.
Questo ambiente noi lo chiamiamo cultura: esso è la "nicchia ontogenetica" specie-specifica in cui avviene lo sviluppo umano». (Luisa Sampugnaro)

spressione concretamente attiva della più specifica ed elevata proprietà degli esseri umani, vale a dire la capacità di sviluppare al tempo stesso una funzione riflessiva ed autoriflessiva ed una possibilità autonoma di giudizio e di scelta, cioè, in una parola, la cosiddetta *coscienza*.
Sulla base dalla visione dualistica introdotta da Cartesio, pertanto, anche la Medicina e la Psicologia (sostanzialmente "un tutt'uno" all'epoca di Ippocrate e nei quasi venti secoli a lui successivi) presero spesso strade diverse e non sempre sovrapponibili. La stessa Psicoanalisi, ad esempio, fu, nella visione di Freud successiva al *Progetto* del 1895, fondata in modo molto deciso sulla netta distinzione tra mente e corpo, mentre, al contrario, Carl Gustav Jung non accettò mai tale impostazione ed anche per questo si rese autonomo rispetto alla Scuola Psicoanalitica freudiana.
Scrive infatti Jung nel 1921, in aperta contrapposizione con la tesi a quel tempo dominante: «la distinzione fra anima e corpo è un'operazione artificiale, una discriminazione che indubbiamente si basa non tanto sulla natura delle cose, quanto su un elemento peculiare dell'attività conoscitiva dell'intelletto umano» (Jung, C.G., *Tipi psicologici*, p.527).
Di fatto, sino ai primi decenni del XX Secolo, la Psicologia e la Psichiatria "occidentali" furono fortemente dominate o comunque decisamente condizionate dal cosiddetto "dualismo psicofisico cartesiano", ma esso venne poi sempre più messo in discussione da parte di molti importanti filosofi, psicologi e psichiatri. Soprattutto grazie alla sempre più influente credibilità assunta dalla visione "fenomenologica trascendentale" introdotta da Husserl e successivamente sviluppatasi ed affermatasi anche grazie al contributo di altri autorevoli Autori (Edith Stein, Maurice Merleau-Ponty, Henry Bergson, ecc.), anche nella cultura occidentale appare indiscutibile che «il corpo e la mente non sono separati ma sono parte l'uno dell'altra, aspetti diversi ma costitutivi di una totalità» (Filardi, R., *Mente e corpo nella psicosomatica*, 2007).

La distinzione "natura-cultura"
La distinzione "natura-cultura" ha spesso rappresentato, nel corso dei millenni che vanno dall'antica Grecia ad oggi, un importante tema di riflessione e di dibattito soprattutto tra i filosofi ed i teologi. In questi ultimi secoli non ha mancato di far sentire la propria presenza anche tra i biologi ed medici, in particolare i neurologi e gli psichiatri, ed in tempi più recenti tra i sociologi, gli psicologi ed i rappresentanti di varie altre Discipline (Scienze dell'Educazione, Scienze della Formazione, Servizio Sociale, ecc.). Nella sostanza, il principale aspetto che tale dibattito ha pressoché costantemente evidenziato può a mio avviso essere sintetizzato nella seguente domanda: "nell'ontogenesi (e cioè nello sviluppo individuale) di ciascun essere umano dalla nascita fino al raggiungimento di quell'equilibrio sufficientemente completo spesso indicato con il termine di "maturità", che peso e che spazio reciproco hanno e dovrebbero avere le influenze cosiddette "naturali", cioè derivanti dalla sua costituzione inevitabilmente biologica e fisica, e quelle cosiddette "culturali", provenienti dalle norme, dagli usi e dalle consuetudini che l'ambiente umano circostante ha elaborato e condiviso nel corso del tempo?"
Di fatto, a mio avviso, questo tipo di quesito contiene in sé una sottile e ben celata contraddizione, che nel momento in cui viene svelata ed evidenziata lo rende intrinsecamente improponibile e, quindi, sostanzialmente superato.
Tale contraddizione deriva dal fatto che, in realtà, è profondamente errato considerare i prodotti di ogni singola "cultura" umana e sociale come qualcosa di artefatto, di artificiale, di "non naturale". Al contrario, i contenuti condivisi di ogni singola cultura umana sono sempre il prodotto di processi che, in quanto inevitabilmente fondati sulla continua e reciproca interazione tra gli individui che storicamente ne hanno fatto parte come esseri biologici e l'ambiente di vita, non possono che essere considerati, nella loro più intima essenza, anch'essi come "naturali".
Di conseguenza, come ad esempio sottolinea Luisa Sampugnaro nella sua recensione (2009) al volume di Michael Tomasello *Le origini culturali della cognizione umana* (1999), «È nel corso dell'ontogenesi che i bambini si appropriano della cultura, ma non come qualcosa di estrinseco e secondario, bensì come elemento essenziale della relazione umana con il mondo. L'organismo eredita anche l'ambiente oltre ai geni: l'essere umano è fatto per vivere immerso in un certo tipo di ambiente sociale, come il pesce nell'acqua.
Questo ambiente noi lo chiamiamo *cultura*: esso è la "nicchia ontogenetica" specie-specifica in cui avviene lo sviluppo umano».

"Natura" e "cultura" appaiono oggi temporaneamente distinguibili solo nell'ambito di riflessioni teoriche e speculative, ma vanno a ricongiungersi inevitabilmente, essendo gli esseri umani, sostanzialmente inseparabili, se si vogliono descrivere i fenomeni umani nella loro più vera ed intima essenza. Come afferma, al riguardo, Giovanni Liotti: «Non c'è distinzione tra natura e cultura per un evoluzionista, non c'è un punto dove si separano: ci sono solo le disposizioni innate, frutto dell'evoluzione, e la loro interazione con le variabili realtà ambientali che le completano. È l'incontro fra valori innati e ambiente il punto misterioso per noi, il punto magico, il punto meraviglioso, il punto della libertà, perché è libero in ampia misura di determinare l'ambiente entro il quale le disposizioni dei nostri figli si realizzeranno» (2007).

La dicotomia "soggetto-oggetto"

La dicotomia "soggetto-oggetto" ha pervaso la Psicologia Scientifica, forse più ancora della Psichiatria complessivamente intesa, almeno per tutti gli ultimi cento anni. Sia la Psicoanalisi, sin dal suo nascere ad opera di Sigmund Freud, sia altre teorie successive quali ad esempio il Comportamentismo, il Cognitivismo e l'Epistemologia Genetica piagetiana, ne sono state talmente intrise che il superamento di questa potente dicotomia, a mio avviso una vera e propria "palla al piede" delle Scienze Umane contemporanee, appare oggi come un processo inevitabile ma ancora incompleto e quindi incompiuto, tuttora generatore di fortissimi dubbi, dibattiti e resistenze.

In ambito strettamente psicoanalitico, un'impostazione successiva a Freud che sicuramente ha cercato di contribuire al superamento dell'originaria visione freudiana, è stata quella kleiniana, che ha insistito sulla necessità di considerare l'importanza non solo dell'individuo come semplice "soggetto", ma anche e soprattutto della reciproca "relazione oggettuale" attraverso la quale egli costituisce i propri "oggetti" ed essi, a loro volta, agiscono su di lui. Altri passi estremamente significativi in tal senso si possono poi trovare, in tempi di poco successivi, nella cosiddetta *Psichiatria interpersonale* di Harry Stack Sullivan e, soprattutto, nella teoria complessiva dell'apparato psichico e del suo funzionamento (e cioè nella "Metapsicologia") elaborata con grande originalità dallo psicoanalista scozzese William Ronald Dodds Fairbairn (1889-1964).

Come sottolineano Greenberg e Mitchell nel loro volume *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*, (1983, p.181), «In tutti i suoi scritti Fairbairn sottolinea l'inseparabilità dell'Io dai suoi oggetti: un Io senza oggetti è, per lui, una contraddizione in termini».

Ulteriori studi di questi ultimi decenni hanno poi reso la prospettiva relazionale sempre più diffusa e condivisa – pur con rilevanti differenze tra i rappresentanti dei vari orientamenti – e quindi anche sempre più complessa e perfezionata. Alessandro Manenti, ad esempio, sottolinea in proposito la progressiva maggiore complessità che caratterizza il passaggio dalla dimensione *relazionale* dell'Io a quella *interpsichica*, poi a quella *interpersonale* e, infine, a quella più profonda e significativa, che egli definisce come *intersoggettiva*.

«La *dimensione relazionale* insegna che l'Io è costitutivamente un essere sociale, aperto ad un tu. Quella intersoggettiva aggiunge che quell'Io non è soltanto aperto ad un tu, qualcosa di già fatto che in seconda battuta si relaziona ad un oggetto esterno ma – molto di più – che quell'Io si costruisce attraverso la relazione e senza questo contesto non potrebbe dirsi né darsi. *Interpsichico* indica che fra le persone (già di natura aperte al tu) si è realizzato un contatto [...]. Il termine *Interpersonale* implica qualcosa di ancor più coinvolgente: dice che le due persone, già venute in contatto fra loro, fanno maturare un contatto ed una influenza in comprensione, collaborazione, accoglienza, reciprocità [...] *Intersoggettivo* va ancora oltre. Dice che i partecipanti all'incontro si ritrovano con una identità di sé nuova: identità che non avrebbero senza quell'incontro perché da quello è forgiata. Accettare di lasciarsi cambiare da un incontro è molto di più che provare empatia, accoglienza, comprensione, accettazione» (Manenti, 2006, pp.277-287).

I recenti studi sui neuroni-specchio, che hanno già consentito una conferma sperimentale di quanto era stato intuito sin dalla prima metà del secolo scorso soprattutto dai filosofi e dagli psicologi d'impostazione fenomenologica (in particolare, da questo punto di vista, mi sembra qui il caso di citare nuovamente Maurice Merleau Ponty e la sua fondamentale *Fenomenologia della percezione*, 1945), sottolineano altresì come nessuna conoscenza si fonda sulla sola percezione, ma sia inevitabilmente condizionata da ogni schema motorio del corpo (agito o anche solo "pensato", e non

La dicotomia "soggetto-oggetto" ha pervaso la Psicologia Scientifica, forse più ancora della Psichiatria complessivamente intesa, almeno per tutti gli ultimi cento anni. Sia la Psicoanalisi, sin dal suo nascere ad opera di Sigmund Freud, sia altre teorie successive quali ad esempio il Comportamentismo, il Cognitivismo e l'Epistemologia Genetica piagetiana, ne sono state talmente intrise che il superamento di questa potente dicotomia, a mio avviso una vera e propria "palla al piede" delle Scienze Umane contemporanee, appare oggi come un processo inevitabile ma ancora incompleto e quindi incompiuto, tuttora generatore di fortissimi dubbi, dibattiti e resistenze.

Sembra oggi sempre più affermarsi la visione secondo la quale "soggetto" ed "oggetto", irriducibilmente interrelati, "co-evolvono" attraverso molteplici modalità di reciproca e indissolubile interazione, in modo altamente coeso e profondamente intrecciato. I processi di apprendimento e di crescita non avvengono mai in una sola direzione, dal soggetto verso l'oggetto, ma producono sempre una "retroazione" o "feedback" che a sua volta esercita un'influenza imprescindibile sul soggetto, quindi nella direzione opposta a quella in cui l'azione si era originariamente prodotta.

necessariamente ad un livello "cosciente" ma, soprattutto, ad un livello che questi Autori definiscono come "*embodied*", e cioè "incarnato"). Il soggetto è infatti sempre guidato da certi schemi di azione: e l'oggetto di conoscenza e di investimento affettivo condiziona questi stessi schemi in un accoppiamento di attività sensoriali e motorie che produce un "anello senso-motorio" (Von Foerster, H., 1987) che li lega indissolubilmente.
Sembra oggi sempre più affermarsi la visione secondo la quale "soggetto" ed "oggetto", irriducibilmente interrelati, "co-evolvono" secondo molteplici modalità di reciproca ed indissolubile interazione, in modo altamente coeso e profondamente intrecciato. Come riferiscono gli studi degli Autori qui citati ma anche secondo il parere di molti altri studiosi contemporanei, soprattutto quelli che in qualche misura aderiscono all'impostazione generalmente definita come "*Seconda Cibernetica*" o all'ancor più recente "*Psicoanalisi della Relazione*", i processi di apprendimento e di crescita non avvengono mai in una sola direzione, dal soggetto verso l'oggetto, ma producono sempre una "*retroazione*" o "*feedback*" che a sua volta esercita un'influenza imprescindibile sul soggetto, quindi nella direzione opposta a quella in cui l'azione si era originariamente prodotta.
Conclude infatti, al riguardo, Merlin Donald (2000): "Il sé e l'altro sono due lati della stessa medaglia: finché il proprio corpo non viene integrato in un modello più comprensivo del *mondo*, non c'è alcun senso di un sé distinto". La stessa identità del soggetto, in altri termini, senza l'integrazione con l'oggetto (e cioè con ciò che è *altro)* non potrebbe nemmeno costituirsi.

La distinzione "persona-ambiente"
Per certi aspetti analoga alla dicotomia "soggetto-oggetto", ma in un'ottica meno specifica e più generale e vasta rispetto ad essa, è la distinzione "persona-ambiente", che ha esercitato una notevole influenza in campo scientifico esprimendosi soprattutto, almeno in questi ultimi decenni, dapprima nell'ambito della Sociologia, della Psichiatria Sociale e di Comunità e della Psicologia Sociale, successivamente della Psicologia di Comunità e quindi, in tempi ancora più recenti, della cosiddetta "Psicologia Ambientale".
Secondo la visione più tradizionale, "persona" ed "ambiente" erano realtà inevitabilmente interagenti, ma in larga misura autonome ed indipendenti nella loro identità originaria. Secondo l'ottica più, recente, invece – che vede nel biologo e psicologo statunitense Gregory Bateson (1904-1980) l'Autore probabilmente al riguardo più conosciuto in ambito internazionale – è assolutamente impossibile comprendere ed interpretare correttamente la persona ed i suoi comportamenti prescindendo dall'ambiente in cui essa si esprime, ed è invece necessario cercare di guardare sempre ad ogni singolo individuo per come esso è inserito, motivato e realizzato all'interno del contesto in cui vive.

Sulla base di queste innovazioni concettuali, lo studio della personalità si sta orientando in un senso sempre più "ecologico": secondo l'approccio che sembra oggi esprimere alcuni tra i contributi più interessanti, inoltre, la totalità della situazione unitaria "persona-ambiente" è rappresentata dal cosiddetto *campo,* concetto che era stato originariamente teorizzato da Autori di impostazione fenomenologica e gestaltistica (soprattutto da Kurt Lewin, 1935, 1936, 1951) ma che oggi appare sempre più apprezzato e utilizzato anche da parte di chi proviene da approcci legati alla seconda Cibernetica e dagli stessi psicoanalisti, soprattutto di stampo relazionale.
La "Psicologia topologica" al riguardo introdotta da Lewin (detta perciò "teoria del campo") sostiene, in sintesi, che il comportamento è in funzione dello stato del *campo*, rappresentato dallo *spazio di vita* del singolo (e cioè dalla persona stessa e dall'ambiente da essa percepito, a sua volta denominato *ambiente psicologico*): all'esterno dello *spazio vitale* dell'individuo c'è il *mondo*, che pur non influenzando direttamente il comportamento può condizionare lo spazio vitale del singolo.
Le variabili che vanno incluse e considerate nel campo sono, secondo Lewin, tutte quelle che per la persona esistono sia oggettivamente che soggettivamente, vale a dire tutte quelle che evidenziano, nella loro interdipendenza, qualunque tipo di effetto dimostrabile: bisogni, motivazioni, tensioni, fini, obiettivi, struttura cognitiva, senso di appartenenza al gruppo, risorse politiche ed economiche e, soprattutto le cause che "qui e ora" determinano il comportamento, e cioè gli altri e le relazioni con essi, e soprattutto i sentimenti e gli affetti che dallo stato di tali relazioni si

sviluppano: come da tempo aveva ribadito la "Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia", la situazione indotta soggettivamente dalle stimolazioni ambientali ha un effetto estremamente consistente non solo sullo stato d'animo, ma anche sul sottostante equilibrio biochimico complessivo di ogni persona.
«Gli ormoni senza dubbio – afferma Bianca Gelli nel suo volume *Psicologia delle differenze di genere*, Edizioni Franco Angeli, 2009 – possono agire sui nostri stati mentali; ma anche gli stati mentali e gli stimoli a partenza dall'ambiente esterno possono modificare la secrezione ormonale» (p. 110).

La distinzione "struttura-funzione"

Le ultime ricerche sul rapporto tra "struttura" e "funzione" in biologia evidenziano che tutti i sistemi viventi (siano essi organismi, organi o perfino cellule) mostrano almeno due proprietà in comune:
1. L'"*Auto-assemblaggio*", vale a dire la proprietà per la quale, autonomamente e progressivamente, «le molecole si auto-assemblano in cellule, queste ultime in tessuti» (Tozzi, P., 2008), quindi i tessuti mostrano la capacità di organizzarsi in organi, e così via fino alla costituzione di un individuo specifico ed autonomo;
2. L'"*Integrità Tensionale",* vale a dire la «proprietà di un sistema biologico di essere meccanicamente ed architettonicamente "autostabilizzante" non attraverso la forza dei suoi elementi individuali, bensì grazie alla modalità di distribuzione delle forze tensive e compressive con cui queste ultime trovano equilibro all'interno della struttura stessa» (Tozzi, P., 2008, cit.). È, questa, una proprietà tipica di tutti i sistemi biologici sufficientemente stabili, su cui già nel 1935 il celebre osteopata scozzese John Martin Littlejohn (1865-1947) si esprimeva con le seguenti ed ancora attualissime parole: «L'individuazione delle componenti chimiche o dell'organizzazione atomica o perfino della densità sub-atomica di un sistema vivente, per quanto importante, potrà mai svelare come tale sistema è "assemblato" e mantenuto in tale assemblaggio? In effetti, molecole e cellule viventi sono continuamente eliminate e sostituite con delle nuove; ciò che chiamiamo "vita" non sono i componenti individuali, ma l'organizzazione e il mantenimento di un "pattern" e della sua espressione funzionale» (Littlejohn J.M., 1935; cit. in Tozzi, 2008).
Nello studio del cervello umano, in particolare, si è passati in questi ultimi secoli da un approccio fondamentalmente basato sulla ricerca dell'organizzazione strutturale (caratteristico dei neuroanatomisti del XVIII e del XIX secolo, ma presente anche nel "giovane Freud" almeno sino alla stesura del suo celebre *Progetto di una Psicologia* del 1895), ad un approccio maggiormente teso a ricercare i rapporti tra "strutture" e "funzioni" cerebrali, che ha raggiunto il suo culmine con le ricerche e le relative scoperte, tra gli altri, di Wilder Graves Penfield (1954), di John Carew Eccles (1965) e, soprattutto, di Aleksandr Romanovic Lurja (1973). Dopo la seconda metà degli anni '70, tuttavia, tale indirizzo sembra aver progressivamente perso gran parte della sua precedente forza euristica e propulsiva, ed appare aver gradualmente lasciato il campo ad un orientamento maggiormente indirizzato alla ricerca di un convincente superamento di tale forzata dicotomia. Afferma, al riguardo, Eric Kandel (2008, cit.): «Nel cervello ci sono molti sistemi che interagiscono gli uni con gli altri, al fine di produrre l'azione integrata della mente. Questa va davvero considerata come la sfida più importante della biologia». L'accento che Kandel pone sulla "azione integrata della mente" mostra come, praticamente dopo Lurja e forse proprio grazie alle conseguenze delle scoperte di quest'ultimo Autore, l'idea di ricercare nel cervello umano specifiche "strutture" deputate ad altrettanto specifiche "funzioni" tra di loro quasi meccanicamente "auto-assemblate" ed "auto-stabilizzate" ha di fatto lasciato il posto ad una concezione di quest'organo per la quale, realmente «Il tutto è qualcosa di più e di diverso della singola somma delle sue parti» (Lewin, 1951).
Sulla base di tali considerazioni, pertanto, è oggi opinione comune tra i Neuroscienziati e gli Psicoterapeuti che si occupano dei reciproci rapporti tra "cervello" e "mente" che, da un lato, non abbia più alcun senso ricercare la genesi della mente umana nell'azione, seppure combinata, di specifiche "strutture cerebrali" svolgenti ciascuna una più o meno definita "funzione", ma anche e soprattutto, dall'altro lato, che la sede della "mente" intesa in senso cognitivo (ammesso e non concesso che la mente abbia una "sede fisica" all'interno del corpo) vada eventualmente ricercata non in una singola area cerebrale, e neppure nell'insieme del Sistema Nervoso Centrale complessivamente inteso, ma, semmai, in tutto il corpo fisico di ogni singolo essere umano visto non come entità isolata, bensì come "nodo di una rete" che da

È oggi opinione comune tra i Neuroscienziati e gli Psicoterapeuti che si occupano del rapporto tra "cervello" e "mente" che, da un lato, non abbia più alcun senso ricercare la genesi della mente umana nell'azione, seppure combinata, di specifiche "strutture cerebrali" svolgenti ciascuna una più o meno definita "funzione", ma anche e soprattutto, dall'altro lato, che la sede della "mente" intesa in senso cognitivo vada eventualmente ricercata non in una singola area cerebrale, e neppure nell'insieme del Sistema Nervoso Centrale ma in tutto il corpo fisico di ogni singolo essere umano visto come "nodo di una rete" che da tale corpo fisico si dirama in tutto l'ambiente fisico, sociale e umano.

tale corpo fisico si dirama in tutto l'ambiente fisico, sociale ed umano (e cioè, sostanzialmente, "emozionale") ad esso circostante.

Verso un nuovo paradigma

Appare quindi ormai evidente che, nel periodo di evoluzione scientifica che stiamo attualmente attraversando, anche nelle scienze mediche, biologiche e psicologiche sta accadendo qualcosa di analogo a quanto è successo all'incirca un centinaio di anni fa per le scienze fisiche e matematiche, e cioè che anche in questi ambiti stiamo sempre più decisamente procedendo verso un nuovo "paradigma" secondo il quale i tratti comuni e "universali" degli esseri umani in quanto tali, e di conseguenza i bisogni fondamentali a cui rispondere nell'ottica di una reale difesa, tutela e promozione della salute mentale, vanno ricercati ad un altro e nuovo livello: non in quello degli "individui in sé", bensì in quello degli "individui in relazione con gli altri individui e con il mondo".

La "circuiteria cerebrale", in questa nuova concezione, sarebbe soprattutto il "decodificatore" di questa "comunicazione tra le persone", oltre che il depositario di una "Personalità" a sé stante che, comunque, non può mai formarsi ed esistere a prescindere da tutto ciò che accade interno a lei.

Del resto, forse, questo l'avevano già intuito i saggi estensori della "*Dichiarazione Universale dei Diritti Umani*" (*Universal Declaration of Human Rights*), quando nell'ormai lontano 1948 scrivevano queste parole di straordinaria attualità:

Articolo 27: «Ogni individuo ha *diritto* di prendere parte liberamente alla vita culturale della comunità».

Articolo 29: «Ogni individuo ha dei *doveri* verso la comunità, *nella quale soltanto è possibile il libero e pieno sviluppo della sua personalità*».

* Psicologo, psicoterapeuta, psicoanalista, criminologo clinico – Parma

BIBLIOGRAFIA

AA.VV. (1998). *The Adverse Childhood Experiences Study*. Center for Disease Control and Prevention e Kaiser Permanente's Health Appraisal Clinic, San Diego, California, 1998. Indirizzo web: http://www.acestudy.org/

AA.VV. (1998). *Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults*. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American Journal of Preventive Medicine: Volume 14, Number 4, 1998. Indirizzo web: http://www.acestudy.org/yahoo_site_admin/assets/docs/RelationshipofACEs.12891741.pdf

AA.VV. (2001). *Le tattiche dei sensi*. Tolentino (MC): I libri di Montag, 2001

AA.VV. (2003). *ACE Reporter. Origins and Essence of the Study*. Volume 1, Number 1: Carol A. Redding Editor, April, 2003. Indirizzo web: http://www.acestudy.org/yahoo_site_admin/assets/docs/ARV1N1.127150541.pdf

American Psychiatric Association (2015). *DSM-5. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Tr. it.: Milano: Masson, 2015.

Barash D.P. (1977). *Sociobiologia e comportamento*. Milano: Franco Angeli Editore, 1980.
Benvenuto S. (2004). Natura *versus* cultura. Pubblicato come «*Natura/Cultura: una dicotomia da superare*». Lettera internazionale: 82, 4° trimestre 2004, pp. 22-26. Indirizzo web: http://www.biopolitica.cl/docs/benvenuto_natura.pdf
Biondi M. (1995). *Superamento della dicotomia mente-cervello e possibili basi biologiche della psicoterapia*. Relazione presentata al Convegno "Il corpo nella psicopatologia e nella psicoterapia", organizzato dalla Clinica Psichiatrica dell'Università di Modena, il 2 dicembre 1995. Indirizzo web: http://w3.uniroma1.it/bersani_biondi_pancheri/Resources/Superamento%20della%20dicotomia.pdf
Capucci P.L. (a cura di) (1994). Il corpo tecnologico. Bologna: Baskerville, 1994.
Descartes R. (1637). Discorso sul metodo. In Opere, Bari: Laterza, 1967, vol. I. Indirizzo web: http://www.preba.net/books/Descartes%20-%20Discorso%20sul%20metodo.pdf
Donald M.W. (2000). Il senso del sé. L'ordito della cultura. La trama della mente. Trad. it. di Brunella Antomarini. In: Le tattiche dei sensi. Tolentino (MC): I libri di Montag, 2001. Indirizzo web: http://psycserver.psyc.queensu.ca/donaldm/reprints/Merlin-Tattiche.pdf
Eccles J. C. (1965). The brain and the unity of conscious experience, Londra: Cambridge University Press, 1965
European College of Neuropsychopharmacology, (E.C.N.P), (2011). The Size and Burden of Mental Disorders and Other Disorders of the Brain in Europe – It's worse than we thought.. European Neuropsychopharmacology , Amsterdam: Elsevier, 5 September 2011.Indirizzi web: http://www.ecnp.eu/ ; http://www.ecnp.eu/en/publications/reports.aspx ; http://www.europeanneuropsychopharmacology.com/
Filardi R. (2008). Mente e corpo nella psicosomatica. La Dicotomia Mente/Corpo. Indirizzo web: http://www.adolescenza.org/rosita2.pdf
Frati F. (2012). Il lato oscuro della mente. L'io di fronte ai cambiamenti. Molfetta: Edizioni La Meridiana, 2012.
Freud S. (1895). Progetto di una Psicologia. In Opere, Torino: Boringhieri, 1976, vol. 2.
Gelli B. (2009). Psicologia delle differenze di genere. Milano: Edizioni Franco Angeli, 2009.
Greenberg J.R. &, Mitchell S.A. (1983). Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica. Bologna: Il Mulino, 1986.
Hàgberg G., Nardo D., Hàllstràm T. (2011). Affective psychotherapy in post-traumatic reactions guided by affective neuroscience: memory re-consolidation and play. Psychology Research and Behavior Management, 2011. Indirizzo web: http://puma.isti.cnr.it/dfdownloadnew.php?ident=/cnr.istc/2011-A0-023&langver=en&scelta=NewMetadata
Johannsen W.L. (1911). The Genotype Conception of Heredity. The American Naturalist 45 [531]: 129-159.
Jung C.G. (1921). Tipi psicologici. In Opere: Torino: Boringhieri, 1969, vol. 6.
Kandel E.R. et al. (1981). Principles of Neural Science. Amsterdam: Elsevier, 2005. Ed. Trad. it:.Principi di Neuroscienze. Prima ed. C.E. Ambrosiana, Milano, 1994.
Kandel, E.R. (2006). Psichiatria, Psicoanalisi e Nuova Biologia della Mente. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2007
Kandel, E. (2008). Quale struttura ha il cervello. In: www.psyco.com , 2008. Indirizzo web: http://www.psyco.com/memoriali/cervello/cervelloanatomia/struttura.htm
Lewin K. (1935). Teoria dinamica della personalità. Firenze: Giunti Barbera, 1965
Lewin K. (1936). Principi di psicologia topologica. Firenze: O.S., 1961
Lewin K. (1951). Field Theory in Social Science. New York; Harper and Row, 1951.
Liotti, G. (2007). Liotti, G. (2007) – La dimensione interpersonale della coscienza. Trascrizione della relazione presentata al Circolo Sociale di Pinerolo il 26 Maggio 2007. Atti_Pensieri_2007.indb. Pinerolo, 2007. Indirizzo web: www.pensierinpiazza.it/archivio/documenti/doc_download/22-giovanni-liotti-la-dimensione-interpersonale-della-coscianza.html+Liotti+dimensione+coscienza&hl=it&gl=it&pid=bl&srcid=ADGEESiiyQ0P7_uOVFGQOmEW322XXgMxv9DveRAEX2sBaQYUeFnBdFxUK35Ko1-QlIhAC5Lg5vr5BJDTUUD4lIt21urFB43WiK5Fh5C5Wnn4gt0mgD01QJRcsEyWIxO8fu5LKdWdfpN_&sig=AHIEtbSiUGrPogjPJhZEA0Lc9n_IvYag3A, oppure https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:pOFK5qArSLwJ:www.pensierinpiazza.it/archivio/documenti/doc_download/22-giovanni-liotti-la-dimensione-interpersonale-della-coscianza.html+Liotti+dimensione+coscienza&hl=it&gl=it&pid=bl&srcid=ADGEESiiyQ0P7_uOVFGQOmEW322XXgMxv9DveRAEX2sBaQYUeFnBdFxUK35Ko1-QlIhAC5Lg5vr5BJDTUUD4lIt21urFB43WiK5Fh5C5Wnn4gt0mgD01QJRcsEyWIxO8fu5LKdWdfpN_&sig=AHIEtbSiUGrPogjPJhZEA0Lc9n_IvYag3A
Littlejohn J.M. (1898). Physiology, exhaustive and practical: a series of practical lectures delivered from day to day in the American school of osteopathy. Kirksville, MO.: H. R. Bynum. Journal Printing Co., 1898.
Littlejohn J.M. (1902). The physiological basis of the therapeutic law. J. Sci. Osteopath: 1902; 3 (4).
Lurja A.R. (1973). Come lavora il cervello, Bologna: Il Mulino, 1977.
Maggiolini A. (2006). *Il setting istituzionale e la psicoterapia evolutiva*. In *Adolescenza e psicoanalisi*, 1, 2006.
Maggiolini A. (2009). *Ruoli affettivi e psicoterapia. Il cambiamento come sviluppo*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2009.
Maggiolini A. (2014). *La psicoterapia evolutiva*. In Maggiolini A. (a cura di) (2014). *Senza paura, senza pietà. Valutazione e trattamento degli adolescenti antisociali*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014.
Manenti A. (2006). Intersoggettività. 3D, Tredimensioni: 3 (2006), 277-287. Indirizzo web: http://www.isfo.it/files/File/Studi%203D/Manenti06.pdf
Merleau Ponty M. (1945). Fenomenologia della percezione. Milano: Bompiani, 2003.
Newton I. (1664-1668). De gravitatione et aequipondium fluidorum. Trad. in inglese di W.B. Allen. Indirizzo web: http://williambarclayallen.com/translations/De_Gravitatione_et_Aequipondio_Fluidorum_translation.pdf
Newton I. (1683-1688). Philosophiae naturalis principia matematica. Indirizzo web: http://fisa.altervista.org/principia.html , oppure http://www.gutenberg.org/ebooks/28233
Organizzazione Mondiale della Sanità (1946). RS.9.819.1 Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - Indirizzo web: http://www.admin.ch/ch/i/rs/i8/z0_810_1.html
Organizzazione Mondiale della Sanità (1978). Dichiarazione Universale di Alma Ata sull'Assistenza Sanitaria Primaria. Conferenza internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria: Alma Alta, URSS, 6-12 settembre 1978. Trad. it. di B. Paccagnella, Marzo 2005. Indirizzo web: http://www.assimefac.it/old/articoli/dichalmaata.pdf
Organizzazione Mondiale della Sanità (1986). La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute. 1° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute: Ottawa, Ontario, Canada, 17-21 novembre 1986.

Trad. it. Indirizzo web: http://www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgcs/italiano/speciali/sanita/Pdf/CartaOttawa.pdf
Organizzazione Mondiale della Sanità (2005). Dichiarazione sulla Salute mentale per l'Europa. Conferenza Ministeriale europea sulla Salute mentale: Helsinki, Finlandia, 12-15 gennaio 2005. Indirizzo web: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_561_allegato.pdf
Pagani M., Hàgberg G., Salmaso D., Nardo D., Jonsson C., Danielsson A., Engelin L., Jacobsson H., Larsson S., Hàllstràm T., Sundin O. (2006). Effects of psychotherapy on 99mTc-HMPAO distribution in Post-Traumatic Stress Disorder. European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging, vol. 33s2 p. 169. 2006. Indirizzo web: http://puma.isti.cnr.it/dfdownloadnew.php?ident=/cnr.istc/2006-A0-028&langver=en&scelta=NewMetadata
Pagani M., Di Lorenzo G., Verardo A., Nicolais G., Monaco L., Lauretti G., Cogolo P., Niolu C., Ammaniti M., Siracusano A. (2011) Pre- intra- and post-treatment EEG imaging of EMDR - Methodology and preliminary results from a single case. In: Journal of EMDR Practice and Research, vol. 5, 2011. Indirizzo web: http://puma.isti.cnr.it/dfdownloadnew.php?ident=/cnr.istc/2011-A0-006&langver=en&scelta=NewMetadata
Penfield W.G. & Jasper H. (1951-1954). Epilepsy and the Functional Anatomy of the Human Brain. Boston: Little, Brown and Co., 2nd ed., 1954.
Sampugnaro L. (2009). Le origini culturali della cognizione umana (recensione dell'omonimo libro di Michael Tomasello). In: www.sitosophia.org . Indirizzo web: http://www.sitosophia.org/recensioni/le-origini-culturali-della-cognizione-umana-di-michael-tomasello/
Scaife M. &. Bruner J. S (1975). The capacity for joint visual attention in the infant. Nature: vol. 53, pp. 265-266.
Schore A.N. & Schore J.R. (2010). Modelli neurobiologici di attaccamento. Psicoanalisi clinica e teoria della regolazione. In Psiche, Rivista di cultura Psicoanalitica: n.1, 2011. Società Psicoanalitica Italiana, 2011. Indirizzo web: http://www.psiche-spi.it/attaccamenti/2/SHORE-0.pdf.
Sinha R. (2011). New findings on biological factors predicting addiction relapse vulnerability. Curr Psychiatry Rep. 2011 Oct; 13(5): 398-405. Review. PubMed PMID: 21792580.
Sinha R., Ansell E.B., Rando K., Tuit K., Guarnaccia J., (2012). Cumulative Adversity and Smaller Gray Matter Volume in Medial Prefrontal, Anterior Cingulate, and Insula Regions. Biological Psychiatry: Volume 72, Issue 1, 1 July 2012, Pages 57–64. Indirizzo web: http://www.biomedexperts.com/Abstract.bme/22218286/Cumulative_adversity_and_smaller_gray_matter_volume_in_medial_prefrontal_anterior_cingulate_and_insula_regions
Sinnot E.W., Dunn L.C. & Dobzhansky T. (1958). Principi di genetica. Padova: Piccin, 1965.
Tomasello M. (1999). Le origini culturali della cognizione umana. Bologna: Ed. Il Mulino, 2003.
Tozzi P. (2008). Tensegrità: forse la risposta alla dicotomia Struttura e Funzione. In: Anatomy Trains.it. Indirizzo web: http://www.anatomytrains.it/?p=243
United Nations (1948). Universal Declaration of Human Right. Trad. it.: Dichiarazione Universale dei Diritti umani, 1948. Indirizzi web: http://www.un.org/en/documents/udhr/; http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=itn ; http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/itn.pdf
Varela. F. J. (1994). Il reincanto del concreto, in Pier Luigi Capucci (a cura di), Il corpo tecnologico. Bologna: Baskerville, 1994.
Varela F. (1997). Neurofenomenologia. In Pluriverso, Biblioteca delle idee per la civiltà planetaria: Anno II, Numero 3. Milano: RCS Libri s.p.a , Novembre 1997. Indirizzo web: http://www.oikos.org/varelaneurofenomenologia.htm
Von Foerster H. (1987). Sistemi che osservano. Roma: Astrolabio Editore, 1987.
Watzlawick P. et al. (1967). Pragmatica della comunicazione umana. Roma: Astrolabio Editore, 1971.
Zanotti, S. (2011). La presa in carico precoce di bambini "a rischio" di sviluppo: percorsi clinico-assistenziali integrati 0-3 anni. Relazione presentata al Convegno "Essere genitori, essere figli: famiglia, reti sociali e servizi": Parma, 12 dicembre 2011.

Mental Health, Mind and Brain: Towards a new Paradigm

When they appeared as scientific disciplines, Psychology, Psychiatry and Psychoanalysis based their studies on the hypothesis that each subject possessed an individual personality, and applied this term to the specific way of functioning of a "mind". The mind developed from the biology of the body, the Central Nervous System, and the brain. The biological component was seen as interacting with the world outside, an environment which was both human and physical, and as continuously changing depending on its relationship with it. Today this paradigm appears to be outdated, and research is providing a new way of looking at psychopathology and psychotherapy.

Si può andare oltre la rivalità?

La rivalità, tema delicato e complesso, riceve solitamente poca attenzione anche da parte della psicologia. Ciò è dovuto ad una serie di malintesi consensuali che conducono a considerare la rivalità un atteggiamento positivo ed appartenente alla natura dell'uomo. Una attenta analisi di tali malintesi permette di cogliere orizzonti più ampi che trascendono la rivalità. La concezione darwiniana dell'evoluzione viene rielaborata alla luce della biologia moderna inserendo il concetto di 'lotta per la sopravvivenzà all'interno del più ampio concetto di co-evoluzione. Dal punto di vista psicologico l'argomento è inquadrato nella prospettiva psicoanalitica di Luis Chiozza che, proseguendo nel solco tracciato da Freud, rilegge il complesso di Edipo ed offre un importante contributo alla psicoanalisi contemporanea con il concetto del "falso privilegio del padre".

MAURO BENEDETTI *

Vi è una ecologia delle idee cattive, proprio come vi è un'ecologia delle erbacce, ed è una caratteristica del sistema che l'errore di base si propaghi. […] Se la premessa è 'ciò che mi interessa sono io, o la mia organizzazione, o la mia specie' si finisce con il dire 'costruiamo bombe atomiche più potenti per annientare i nostri vicini di casa.[…] Se la vostra unità di sopravvivenza sarete voi e la vostra gente o gli individui della vostra specie, in antitesi con l'ambiente formato da altre unità sociali, da altre razze e dagli animali e dalle piante […] e se possedete una tecnica progredita, la probabilità che avete di sopravvivere sarà quella di una palla di neve all'inferno.

Gregory Bateson

I nostri grandi errori nascono spesso da motivi che ci sembrano "naturali", quando invece si basano su credenze avvalorate dal consenso. […] Errori che quasi sempre sono il prodotto della decisione di scegliere i percorsi che ci seducono perché sembrano più facili […] e che prendono forma sotto l'influenza insospettata della rivalità, della gelosia, dell'invidia e della colpa che, incautamente, rimuoviamo.

Luis Chiozza

Introduzione

Affrontare il tema della rivalità è arduo perché comporta divergere da alcune credenze che si fondano su malintesi consensuali che commenterò in questo breve scritto, utilizzando la teoria psicoanalitica; in particolare farò riferimento al pensiero di Luis Chiozza[1].

Della rivalità si parla poco. Anche la letteratura psicoanalitica corrente trascura alcuni aspetti fondamentali e non offre molti spunti di riflessione. Tale disinteresse si può spiegare, in parte, con il fatto che nella società contemporanea la rivalità è considerata 'normale' ed è noto che ciò che è normale diviene 'invisibile'.

Proviamo ad avviare la riflessione prendendo spunto dalla definizione del termine 'rivale' che, come sappiamo, deriva dal latino *rivus*, 'ruscello, rivo', ed è definito dai dizionari come *colui che spartisce con altra persona l'acqua d'un medesimo ruscello a scopi agricoli*; *chi compete o concorre con altri per raggiungere uno stesso scopo*. Una nota interessante è che nell'etimo della parola 'rivo' troviamo una derivazione dall'antico latino *ruma-rumen*, che significa 'mammella' ('dove scorre il latte').

La rivalità, quindi, porta implicito nella sua stessa definizione un sentimento – e un atteggiamento - di inimicizia che induce alla lotta contro un antagonista.

Nelle situazioni in cui lo scopo è la conquista di un bene necessario alla propria sopravvivenza si può comprendere - in parte - la lotta contro l'Altro, ma riscontriamo atteggiamenti di intensa rivalità anche (e soprattutto!) nella società del benessere in cui i beni abbondano e la disputa non è necessaria.

La vita può essere vissuta pienamente senza essere in gara con gli altri per arrivare primi? Perché se non si è primi ci si sente annullati, 'perdenti', pieni di rabbia e/o di sconforto e svanisce il piacere per la vita? Come coniugare il desiderio di essere superiore agli altri con la convivenza basata sulla cooperazione, la fratellanza, la solidarietà? Come si può apprendere da chi è più competente se il desiderio è quello di stare al suo posto? Spesso, durante le presentazioni del libro sulla rivalità (Benedetti, 2013), mi è stato fatto presente che, anche ammettendo una rivalità 'negativa', ci sono esempi di rivalità 'positiva'.

Da cosa è alimentato allora questo sentimento che induce a considerare l'Altro una minaccia, un nemico da vincere, pena il sentirsi sottomessi? Che spinge ad un continuo confronto con gli altri? Che incita a primeggiare pagando il prezzo di un conflitto interiore?

La rivalità è utile all'evoluzione?

Uno dei malintesi più diffusi riguarda l'opinione che la rivalità e la competizione siano stimoli positivi che permettono all'uomo di esprimere al meglio le proprie capacità e potenzialità. Pertanto il consenso generale considera 'normale' e 'sano' rivaleggiare, cercare di essere 'vincenti', imporre la propria idea, sottomettere l'altro. Ma, come vedremo, si tratta di un malinteso alimentato da un affetto inconscio rimasto immutato nei secoli. Ricordo solo alcuni esempi illustri. Si racconta che Giulio Cesare, nel passare accanto a un villaggio di 'barbari', esclamò che avrebbe preferito essere il primo tra loro che secondo a Roma; John Milton, scrittore e saggista inglese del 1600, scrive: "*Meglio regnare all'inferno che servire in paradiso*"; Gioacchino Belli, il noto poeta italiano, esprime con un sonetto il medesimo desiderio: "*Io sempr'ho inteso ch'è mejo èsse testa / d'alicetta che coda de storione*".

Il fatto che ancora oggi sentiamo di approvare il desiderio di predominare non ci deve sorprendere perché, come Freud ci ha insegnato, nell'inconscio non esiste la dimensione temporale.

Ma l'errore di pensiero insito in queste espressioni risulta lampante alla luce di semplici quesiti: come può Cesare governare senza qualcuno che accetti di essere governato? Come è possibile che una 'alicetta' possa vivere senza il corpo e la coda? In definitiva, come potrebbe esserci la vita se tutti riuscissero a realizzare il desiderio di essere *testa*, *capi*, *direttori, allenatori, presidenti*? Chiaramente, si può rispondere con altrettanta semplicità, che è meglio essere il primo perché solo così ci si può sentire soddisfatti e realizzati; e per riuscire ad essere il primo è inevitabile rivaleggiare con gli altri. La vita viene così equiparata ad una competizione sportiva.

Tutto sembra quadrare. Restano aperti, però, alcuni quesiti. Ad esempio, la vita può essere vissuta pienamente senza essere in gara con gli altri per arrivare primi? Perché se non si è primi ci si sente annullati, 'perdenti', pieni di rabbia e/o di sconforto e svanisce il piacere per la vita? Come coniugare il desiderio di essere superiore agli altri con la convivenza basata sulla cooperazione, la fratellanza, la solidarietà? Come si può apprendere da chi è più competente se il desiderio è quello di stare al suo posto? Spesso, durante i vari dibattiti che hanno avuto luogo nel corso delle presentazioni del libro sulla rivalità (Benedetti, 2013), mi è stato fatto presente che, anche ammettendo una rivalità 'negativa', ci sono esempi di rivalità 'positiva'. A favore di quest'ultima ipotesi il riferimento è stato l'ambito sportivo, che non avrebbe motivo di esistere senza la competizione, o il concorrere per l'assegnazione di un posto di lavoro. Sembrerebbero validi argomenti. Tuttavia, ad un esame più attento, si nota che anche la competizione sportiva include aspetti che vanno al di là del dato finale vincitore-vinto, come la bellezza e la destrezza del gioco, lo spirito di gruppo, la correttezza e il *fair play*, la tenacia ed il coraggio di fronte ad un avversario più forte. In merito invece al *con-correre* (termine che rimanda alla *competizione* e alla *concorrenza*) per un posto di lavoro, è necessaria una riflessione sul termine 'competere' che presta una sponda semantica alla credenza che la competizione sia uno stimolo positivo. '*Competere*', infatti, vuol dire *lottare per diventare superiore ad altri*, ma significa anche *ciò che appartiene, che è di competenza*; e '*competenza*' rinvia al significato di *essere idoneo a risolvere determinate questioni, cioè capace*, *competente*. Competere, competenza e competizione condividono quindi una radice comune. Allora, risultare idoneo, competente, può essere vissuto con un senso di trionfo e di superiorità per aver vinto la competizione. Al contrario, essere escluso, può venire sperimentato come una sconfitta, una ferita alla propria immagine di sé, un 'essere castrato' simbolicamente. Accade spesso che la prova da affrontare (un esame, una interrogazione a scuola, un concorso...) venga sovraccaricata inconsciamente di tali significati: ciò può procurare una inibizione intellettiva in grado anche di ostacolare il successo professionale. L'equivoco di fondo è credere che solo il vincitore gode di un piacere speciale, mentre lo *status* di 'secondo' si associa inconsciamente all'essere sottomessi e senza valore. Per tale motivo, nelle relazioni dove prevale la rivalità, è difficile as-*secondare* l'altro, perché tale atteggiamento è di solito vissuto come sudditanza, asservimento. Ne facciamo continua esperienza nella relazione di coppia, nel rapporto con i figli, con i colleghi di lavoro: nell' intento di con-*vincere* l'interlocutore, nella

ricerca dei 'difetti' dell'altro per sentirsi segretamente superiori, nel leggere un libro per essere più sapienti del collega o per il piacere di scoprire dove l'autore sbaglia.
Un altro equivoco, come già accennato, è quello di credere che in un clima di rivalità e di competizione l'essere umano esprima il meglio di sé. È una convinzione presente, in modo particolare, nel mondo della scuola e del lavoro. Si tratta di un malinteso che, a mio avviso, rappresenta il dramma attuale del nostro pianeta. La cultura industriale, dominante da oriente ad occidente, considera la competizione come l'unico e più efficace stimolo allo sviluppo umano. Si è venuto così a costituire un circolo vizioso, una 'schismogenesi simmetrica' per dirla con Bateson (1972): ogni impresa economica ha come obiettivo il superamento dell'impresa concorrente, innescando una lotta senza fine.
Anche nelle relazioni basate sulla rivalità l'obiettivo perseguito è la sconfitta dell'altro. Per tale motivo la rivalità non promuove l'evoluzione umana. La competizione deve essere continuamente mantenuta viva, pena la perdita di senso dell'esistenza. Esempio classico è il tentativo di rivitalizzare la relazione di coppia, facendo ingelosire il partner; ma placata la gelosia e la rivalità, il rapporto si spegne nuovamente.

La rivalità fa parte della natura umana?

> In un lasso di 2.500 milioni di anni, i nostri antenati, i microorganismi, hanno stabilito la maggior parte delle norme e delle *regole della convivenza*. Si tratta di abitudini che noi esseri umani attualmente dobbiamo studiare con attenzione per trovare in esse soluzioni per la nostra sopravvivenza.
>
> Lewis Thomas

L'espressione latina *homo homini lupus*, secondo la quale l'uomo è lupo per i suoi simili, riassume efficacemente un'antica concezione della condizione umana che si è tramandata e diffusa nei secoli, lasciando tracce di sé sia nel pensiero colto sia in alcuni detti popolari e motti di spirito. Più avanti nei secoli troviamo *Bellum omnium contra omnes,* guerra di tutti contro tutti, che Hobbes scriveva nel Leviatano, duecento anni prima della pubblicazione de *L'origine della specie* di Charles Darwin (1859). Quest'ultimo pensatore ha influenzato la nostra cultura con il concetto, in parte deformato dal pensiero dominante, di *selezione naturale*.
Riprendiamo, in breve, i punti centrali della teoria evoluzionistica. Darwin tenta di rispondere a tre quesiti essenziali per comprendere l'evoluzione della vita sul pianeta: perché esistono tante specie viventi? Come mai si trovano in ogni luogo del pianeta? Perché sono capaci di adattarsi alle variazioni ambientali?
L'ipotesi darwiniana è che:
a) tutte le specie viventi derivano da un numero limitato di organismi primitivi vissuti in un tempo remoto (oggi sappiamo datare l'inizio della vita sul pianeta a circa 4 miliardi di anni fa);
b) a partire da tali organismi primitivi, nel corso del tempo, si sono verificate delle variazioni casuali nel processo di riproduzione (variazioni che la biologia moderna chiama 'mutazioni', cioè un errore più o meno esteso, nella copia del DNA);
c) la selezione naturale ha favorito solo gli organismi la cui mutazione ha portato vantaggi nella *lotta per la sopravvivenza* eliminando gli individui più deboli.
Quest'ultimo è il punto che ci interessa, perché è la parte del pensiero di Darwin che si è sedimentata nella nostra cultura evocando una rappresentazione della vita come guerra per la supremazia sull'altro essere vivente.
Nonostante le teorie darwiniane abbiano prodotto un turbamento profondo nella società dell'epoca, il favore del contesto politico-economico in cui si sono sviluppate ha attenuato l'ostilità nell'ambiente sociale e culturale, se non altro in confronto a quella patita da Freud meno di cinquant'anni dopo. Darwin è vissuto in Inghilterra nell'era vittoriana, negli anni di maggior splendore dell'Impero Britannico, raggiunto grazie alla rivoluzione industriale iniziata alcuni decenni prima. Le industrie necessitavano di materie prime e si intrapresero grandi viaggi d'esplorazione per il reperimento di carbone, ferro e minerali vari in ogni luogo possibile del globo. Tutto ciò comportava, però, la necessità di sottomettere e sfruttare le popolazioni indigene. Quale migliore occasione della teoria della *sopravvivenza del più adatto* per sentirsi legittimati allo sfruttamento di popolazioni considerate inferiori?
Così, la teoria di Darwin, semplificata all'occorrenza, ha avuto rapida diffusione ed

Se l'universo darwiniano ci appariva come un insieme di esseri viventi che evolvono ciascuno per proprio conto, combattendo l'uno contro l'altro per sopravvivere e riprodursi, le ricerche più avanzate ci dicono che ogni essere vivente fa parte di un ecosistema ed è in relazione con il tutto. Le piante evolvono insieme a chi le mangia, ma anche insieme a chi le impollina; il predatore evolve insieme alla preda e viceversa. Tutto ciò va sotto il nome di 'coevoluzione'.

ha consolidato l'antica credenza che la rivalità sia una 'legge della natura' dando una veste scientifica alla politica economica dell'epoca, giustificando la sopraffazione dei più deboli da parte dei colonizzatori e fornendo un alibi alla 'falsa coscienza' della nascente cultura industriale.

La biologia moderna, però, ha dischiuso nuovi scenari. Se l'universo darwiniano ci appariva come un insieme di esseri viventi che evolvono ciascuno per proprio conto, combattendo l'uno contro l'altro per sopravvivere e riprodursi, le ricerche più avanzate ci dicono che ogni essere vivente fa parte di un ecosistema ed è in relazione con il tutto. Le piante evolvono insieme a chi le mangia, ma anche insieme a chi le impollina; il predatore evolve insieme alla preda e viceversa. Tutto ciò va sotto il nome di '*coevoluzione*'. La riproduzione della pianta di yucca, originaria del Messico, dipende dal suo impollinatore, il lepidottero *tegeticula*, ma la riproduzione di quest'ultimo, a sua volta, dipende dal fiore dove deposita le uova. I fiori della yucca, infatti, possono essere impollinati solo da questo lepidottero che si nutre esclusivamente del suo polline. Così accade per il *gigaro*, piccola pianta con fiore a tromba comune in Italia. L'insetto entra nel fiore per fare bottino del polline; a quel punto il fiore lo intrappola, lo blocca; l'insetto dimenandosi nel tentativo di uscire, compie l'impollinazione che altrimenti non farebbe con tanta efficienza. Quando l'impollinazione è avvenuta, si verifica una trasformazione: il fiore si apre e l'insetto può tornare a volare.

Anche una cosiddetta 'specie sociale' deve la propria sopravvivenza e prosperità a quello che gli stessi biologi definiscono 'altruismo' facendo riferimento al concetto di 'cooperazione armoniosa dei membri del gruppo', un concetto che riprende quello di 'selezione di gruppo' a cui ha fatto cenno anche Darwin (1859) quando ha affermato che non si può prevedere se un singolo uomo dotato di senso morale avrà una sorte migliore rispetto a quella di un uomo immorale. Si può senz'altro asserire che i gruppi sociali, la cui organizzazione è basata su principi morali, avranno una evoluzione migliore rispetto alle *litigiose bande di pirati*.

Ancora un riferimento. La biologa statunitense Lynn Margulis (1986), ricapitolando i 4 miliardi di anni dell'evoluzione biologica sul pianeta, ha messo in luce come gli organismi più complessi si siano originati dalla simbiosi e dalla collaborazione con altri organismi. Le termiti, per esempio, sono insetti 'sociali' che, interagendo, riescono a costruire strutture complesse come i termitai delle dimensioni di 4 metri di altezza e di 30 metri di diametro, con camere orientate in modo da mantenere il grado di umidità e di ventilazione idonee all'agricoltura (tra l'altro la coltura dei funghi). Si è osservato che il comportamento delle termiti diventa sempre più intelligente man mano che il loro numero aumenta. È stata così avanzata l'ipotesi plausibile che i cervelli delle termiti mantengano tra loro una relazione simile a quella dei neuroni nel cervello umano, tanto che la colonia, nel suo insieme, è definita una 'mente connettiva vivente'.

Luis Chiozza (2005) arricchisce ancora di più il concetto di 'cooperazione'. Afferma che siamo abituati a pensare erroneamente che *prima si vive, e poi si convive*; cioè, che prima 'siamo' entità singole e separate e poi ci relazioniamo con gli altri. In realtà, *vivere è convivere sempre*.

Lo stesso concetto è stato espresso, dalla prospettiva filosofica, da Ortega y Gassett (1943): "*io sono io-e-il-mio-intorno*". Si tratta di un Io inteso come 'sistema aperto' in perenne contatto con il mondo, come prospetta anche la fisica quantistica. Un Io composito, frutto delle innumerevoli relazioni, sedimentate nei caratteri ereditati, avvenute nel corso di milioni di anni. In tal senso, anche il nostro organismo biologico, psicologia inclusa, si costituisce come convivenza di cellule, di organi, di idee. Giungiamo così a delineare il concetto di 'Io relativo', la cui essenza è la relazione; possiamo raffigurarcelo come uno dei nodi della rete dell'ecosistema costituito dall'intersecarsi dei vari fili, cioè dalle relazioni con gli altri nodi. La consapevolezza di tutto ciò, secondo Chiozza, rappresenterebbe la quarta 'umiliazione all'amor proprio' dell'umanità[2], perché infrange l'ingannevole rappresentazione di noi stessi che ci fa credere che il nostro confine è dato dalla superficie chiusa della pelle (Chiozza, 1995).

Non è possibile dilungarsi oltre in questo affascinante universo, ma credo che a questo punto abbiamo acquisito sufficienti cognizioni per poter condividere l'idea che un modello di convivenza centrato sulla co-evoluzione che trascende la rivalità, garantisce uno sviluppo più sano non solo per ogni persona ma per l'intero pianeta. Diviene allora di vitale importanza comprendere le radici inconsce della rivalità.

Il contributo della psicoanalisi

Freud individua l'origine della rivalità nel complesso di Edipo, attivo nel periodo in cui il bambino traversa la terza fase dello sviluppo psicosessuale, la cosiddetta 'fase fallica'[3]. Ricordo brevemente, e in modo schematico, che lo sviluppo psicosessuale secondo la psicoanalisi è un ampio processo che traversa tre fasi principali denominate orale, anale e genitale. Lo psicoanalista Karl Abraham, per sottolineare che la realtà è molto più complessa di qualsiasi descrizione, associa metaforicamente le tre fasi evolutive alle principali stazioni ferroviarie percorse da treni diretti in più direzioni. Infatti, le tre fasi si intrecciano, si anticipano o confluiscono le une nelle altre.

Ogni fase, associata ad una zona del corpo, detta 'zona erogena' perché fonte di piacere, è suddivisa in primaria e secondaria (succhiare-mordere nella fase orale; rilasciare-trattenere nella fase anale; penetrare-accogliere nella fase genitale). Nella prima fase, che comprende i primi 18 mesi di vita, il piacere sessuale è legato in modo prevalente all'eccitamento delle labbra e della cavità orale che accompagna l'alimentazione. L'attività orale, iniziata per soddisfare la fame, rappresenta, allo stesso tempo, la modalità di relazione con il mondo: la bocca diventa il principale organo di esplorazione e il bambino tende ad incorporare-introiettare ciò che considera buono. Ciò non riguarda solo il cibo, ma ogni esperienza emozionale generata dalla relazione con il mondo circostante. Attraverso la bocca passa il latte, ma con il latte il neonato incorpora simbolicamente anche la madre, colei che ha perduto fisicamente con la nascita, colei che, nella sua mente, fa parte ancora del proprio Sé.

Prendere il latte, quindi, per un bambino non significa solo nutrirsi ma significa anche ritrovare l'unità con la madre, restaurare un paradiso perduto dove non c'era limite e separazione.

Procedendo per grandi balzi, alla fase orale primaria (succhiare) si avvicenda la fase orale secondaria (mordere) associata alla dentizione in cui il bambino vive l'ambivalenza tra l'amore e l'aggressività rivolti verso lo stesso oggetto; la fase successiva è quella anale primaria (espulsione delle feci) e secondaria (ritenzione). L'ultima fase individuata dalla psicoanalisi, è quella del primato genitale che si suddivide in 'fallica' e 'vaginale'; quest'ultima stabilisce il punto finale dello sviluppo psicosessuale. Quei tratti distintivi e specifici di ogni fase che non vengono esaurientemente elaborati e abbandonati, vanno a costituire i cosiddetti "tratti caratteriali". Citerò ad esempio alcuni di quei tratti che rendono più impegnativo il superamento della rivalità: il sentimento di dipendenza ed impotenza della fase orale; l'ostinazione e la testardaggine della fase anale.

La rivalità e il Complesso di Edipo

Il "complesso di Edipo", che Freud definì la più importante e articolata scena affettiva della nostra vita interiore, è caratterizzato da un insieme di fantasie inconsce che principalmente si possono compendiare in gelosia, invidia, colpa e rivalità che il bambino nutre nei confronti dei propri genitori.

Freud scoprì con profonda inquietudine, nel corso della propria autoanalisi, l'intenso legame affettivo con la madre, la gelosia nei suoi confronti e il desiderio di eliminare il padre.

Siamo nel 1896, anno in cui muore il padre di Freud; quest'ultimo, che da poco aveva dato alle stampe *Studi sull'isteria*, si interroga sui sogni e sui ricordi che si riferivano al rapporto con il padre; riconosce in essi un misterioso senso di colpa e altri sentimenti contraddittori nei confronti del genitore. Ha così inizio quell'autoanalisi che durerà dal 1897 al 1901 e che porterà Freud ad esplorare gli angoli più bui del proprio sé, dove si nascondeva il desiderio di possedere 'sessualmente' la madre; desiderio da cui scaturiva il conflitto e la rivalità nei confronti del padre, che giungeva fino all'odio e al desiderio di morte di quest'ultimo. Così, nel 1897 scrive all'amico e collega Wilhelm Fliess di aver trovato quei sentimenti che sono comuni a tutti i bambini. Detto in breve, il bambino nella fase edipica desidera la madre e vive il padre come un ostacolo alla realizzazione di tale desiderio; sperimenta sentimenti ambivalenti verso il genitore rivale amandolo e nello stesso tempo odiandolo fino a fantasticarne la scomparsa o l'uccisione.

Come sappiamo, per descrivere tali sentimenti, Freud fa riferimento al noto dramma di Sofocle, l'*Edipo Re*, in cui si narrano le intricate vicende che portarono Edipo, che non conosceva i suoi genitori, ad uccidere il padre Laio e a sposare la madre Giocasta. Freud ha messo in luce che nella situazione edipica è implicita una disparità tra padre e figlio. Il bambino sembra trovarsi di fronte a un *doppio mandato* da parte del padre:

Il bambino nella fase edipica desidera la madre e vive il padre come un ostacolo alla realizzazione di tale desiderio; sperimenta sentimenti ambivalenti verso il genitore rivale amandolo e nello stesso tempo odiandolo fino a fantasticarne la scomparsa o l'uccisione.

Secondo Freud, anche nella migliore ipotesi evolutiva, la conflittualità con il genitore non si può sciogliere completamente e rimane latente. Il conflitto edipico tra genitore e figlio può solo** tramontare **o essere** seppellito **– a seconda delle traduzioni del termine tedesco** Untergang. **La conclusione freudiana è sostenuta tutt'oggi dalla psicoanalisi attuale

'puoi identificarti con la mia persona e puoi fare tutto quello che faccio io tranne una cosa: non puoi giacere con tua madre' (Freud, 1922). Il bambino, allora, conserverà in sé la convinzione che il padre possa fare qualcosa che, a sua volta, proibisce al figlio. Questa proibizione impedisce una identificazione completa con il padre e attiva nel figlio la rivalità edipica e la convinzione di essere vittima di una ingiustizia, mentre l'imago paterna sarà quella di chi si arroga un *privilegio* per il semplice fatto di essere più forte e potente. Questi sentimenti si sedimenteranno nell'animo del bambino accompagnandolo per il resto della vita. È in questo senso che Freud affermava che, anche nella migliore ipotesi evolutiva, la conflittualità con il genitore non si può sciogliere completamente e rimane latente. Il conflitto edipico tra genitore e figlio può solo *tramontare* o essere *seppellito* – a seconda delle traduzioni del termine tedesco *Untergang*. La conclusione freudiana è sostenuta tutt'oggi dalla psicoanalisi attuale [4].

Il contributo di Luis Chiozza: la scoperta del falso privilegio

La innovativa rilettura del complesso di Edipo da parte di Luis Chiozza, apre ad una interpretazione inedita che consente, invece, di dissolvere completamente la rivalità tra genitore e figlio. Lo psicoanalista argentino, nel suo lavoro *Il falso privilegio del padre'* (Chiozza,1981), svela che nell'inconscio del bambino permane immutato il desiderio di unione con la madre, e che tale desiderio, alterando l'esame di realtà, 'costruisce' nella coscienza la scena dell'ingiustizia patita.

A ben vedere il presupposto 'privilegio del padre' è una costruzione difensiva del figlio. Difatti il padre deve sottostare allo stesso divieto a cui è sottoposto il figlio: non giacere con la propria madre.

L'identificazione inconscia con il bambino non ha permesso a Freud, e ai suoi successori, di cogliere una dinamica che come la lettera rubata del romanzo di Allan Poe (2009) era sotto gli occhi di tutti. Superata l'identificazione con il bambino, la 'realtà' ci appare ovvia: la figura femminile, oggetto della rivalità tra padre e figlio, ha una doppia funzione, quella di madre e quella di moglie. Il bambino, nel corso del suo sviluppo, acquisisce gradualmente la capacità di riconoscere questa doppia funzione, ma giunto a tale consapevolezza la rimuove per non rinunciare al desiderio dell'unione con la madre; desiderio che rimane dissimulato nella scena affettiva dell'ingiustizia subita.

Come sappiamo, il desiderio inconscio può indurre l'Io a falsare l'esame di realtà giungendo perfino ad alterare i processi percettivi. Quando, ad esempio, il desiderio di incontrare la donna amata è molto intenso, si può scambiare il volto rassomigliante di una persona tra la folla con quello della donna attesa. È lo stesso processo segnalato da Freud nel 1895: quando l'intensità del desiderio prevarica in modo massivo la capacità dell'Io di esaminare la realtà, si generano le allucinazioni.

Alla luce dell'ipotesi chiozziana, non è il padre ad arrogarsi *ingiustamente* un privilegio, ma è il bambino che, nell'intento di soddisfare il desiderio inconscio di possedere la madre, ambisce ad avere il privilegio di poter fare ciò che è proibito al padre. Questa è, allora, la vera ingiustizia. Tale malinteso può perdurare inalterato negli anni e manifestarsi come lotta contro le ingiustizie sociali, perpetrate da chi ha maggiore 'potere'; lotta che simbolicamente rimanda alla conflittualità edipica.

Onde evitare equivoci, è necessaria una precisazione in merito a questa ultima considerazione. Il malinteso del 'falso privilegio del padre' è il modello primitivo del sentimento di ingiustizia; modello che, se non elaborato, si riattiva di fronte ad alcuni avvenimenti della vita quotidiana che solo *apparentemente* sono iniqui.

Ciò vuol dire che la matrice psichica inconscia induce interpretazioni fuorvianti dei cosiddetti 'fatti' fino a giungere ad intravedere ingiustizie e sopraffazioni che, ad un'analisi più attenta, sono insussistenti; oppure, le ingiustizie, seppur 'reali', si possono 'caricare' di eccessiva importanza emotiva, invece di essere considerate con maggior equilibrio e buon senso.

Alcuni esempi. È frequente che gli studenti pensino che i professori non facciano grandi sforzi per espletare il loro lavoro, mentre, come alunni, sono ingiustamente obbligati a passare intere giornate sui libri per i 'troppi' compiti assegnati; è comune pensare che coloro che rivestono ruoli di potere possano fare e decidere quello che più loro aggrada, misconoscendo il carico di responsabilità e le limitazioni connaturate al compito di dirigere e amministrare. Anche nel caso in cui un uomo politico 'abusi' del suo potere, si potrebbe pensare che tale abuso è l'espressione di un atteggiamento culturale latente che appartiene, in grado diverso e più o meno consciamente, all'intera collettività.

L'ipotesi del "falso privilegio" di Chiozza non va intesa, quindi, come un pronunciamento a favore o contro l'atto di contestare condizioni sociali che si ritengono scorrette, ma come un aiuto a decantare quel *surplus* emotivo attraverso la conoscenza, l'accettazione e l'elaborazione di quei sentimenti infantili che, come la rivalità edipica, hanno radici inconsce. Altrimenti si corre il rischio di intraprendere azioni individuali o collettive fallimentari e che recano danno alla convivenza.

Tornando alla nostra riflessione, possiamo asserire a questo punto che la rivalità non ha motivo ragionevole di esistere, non ha basi 'reali' su cui poggiare: di cosa può essere geloso il bambino se il padre rispetta lo stesso divieto del figlio? Come può quest'ultimo sentirsi in rivalità con il padre se la doppia funzione, quella di madre e quella di moglie, ha luogo in due *'nicchie ecologiche'* differenti all'interno dell'*ecosistema famiglia*? Pertanto, nella prospettiva chiozziana, l'identificazione del figlio con il padre può essere completa; anzi, nel condividere un destino simile a quello del padre, il figlio rinforza l'identificazione con il genitore e consolida la proibizione della relazione 'incestuosa' con la madre.
Risignificare la vicenda edipica favorisce il germogliare del sentimento di fratellanza tra genitori e figli, inteso come reciproco sentimento di comprensione (da non confondere con 'l'essere amici con i propri figli', tendenza assai diffusa ai nostri giorni). Un sentimento di fratellanza che poi si estrinseca nelle relazioni sociali come disposizione alla cooperazione, alla solidarietà, al saper stare con piacere al proprio posto. Liberati dalle catene costituite dai sentimenti infantili e adolescenziali di rivalità, di ostilità, di contrapposizione e ribellione, anche l'impegno politico (in senso lato) può essere vissuto in modo più armonico e costruttivo. Perché, contrariamente a quanto si crede (altro malinteso consensuale), la ribellione non può liberare dalla sottomissione in quanto è parte del sistema della rivalità: ci si ribella con l'intenzione di sottomettere l'altro, il quale a sua volta, vorrà ribellarsi. L'unico modo per andare oltre la rivalità è trascenderla, altrimenti ci si trova in una strada senza uscita, con disastrose conseguenze personali e sociali.
Ovviamente, ciò non vuol dire ipotizzare un orizzonte idealizzato in cui esiste una convivenza pacificata e scevra dalle asperità e dalle ambivalenze dell'essere umano. Il senso e l'importanza della 'scoperta' di Chiozza è quello di offrire strumenti per sciogliere quei nodi affettivi che nascono da malintesi individuali e collettivi, in modo da poter progredire nella maturazione affettiva.
Su questo punto vale la pena soffermarsi perché, come fa notare Chiozza, anche all'interno del pensiero psicoanalitico contemporaneo, troviamo poca chiarezza in merito alla funzione della rivalità nell'evoluzione dell'uomo e dell'umanità. Sebbene nella teoria dello sviluppo psicosessuale sia definito in modo chiaro che il processo di maturazione si conclude con la fase genitale secondaria o vaginale, spesso la genitalità primaria, fallica, viene confusa con la maturità.
Il pensiero psicoanalitico corrente, come abbiamo accennato nell'introduzione, non approfondisce le caratteristiche della genitalità secondaria. La maggior parte delle affermazioni si limitano a descrivere le sue virtù come semplice controfigura dei difetti e dei conflitti della fase fallica.
Chiozza dà invece risalto alla fase genitale secondaria. Se nella fase fallica prevale la rivalità, lo scontro, la lotta per il potere e l'intento è quello di *pene-trare* simbolicamente l'altro, di *con-vincerlo*, in quella vaginale l'intento è di ricevere, di includere, di dare valore a ciò che possiede l'altro, ed il *rappresentante simbolico* è l'organo femminile che accoglie. Ciò vuol dire creare uno spazio dentro di sé ove ricevere e accogliere, con la stessa importanza, i propri e gli altrui bisogni. Questa 'capacità' di accogliere rende possibile la soddisfazione reciproca perché si prova appagamento anche nel procurare piacere all'altro. L'immagine simbolica può essere quella di un orgasmo simultaneo.
Daniel Pennac (2012), nel suo ultimo romanzo, ritrae bene la reciprocità del piacere nella relazione tra partner. Il personaggio narrante, un uomo atletico e muscoloso, medita sul fatto che anche la sua donna ha un fisico prestante. Sente, in questa tensione muscolare dei corpi, una durezza che non permette la compenetrazione. Desidera allora diventare obeso in modo che il proprio corpo, gonfiandosi, possa accogliere morbidamente il corpo della sua donna e, nello stesso tempo, penetrarlo.
Purtroppo l'uomo e la donna confondono spesso l'essere ricettivi e accoglienti con la sottomissione, la sconfitta, la passività.
Intrappolati in questo equivoco, non è possibile ascoltare le parole dell'altro, lasciare

L'innovativa rilettura del complesso di Edipo da parte di Luis Chiozza, apre ad una interpretazione inedita che consente di dissolvere completamente la rivalità tra genitore e figlio. Lo psicoanalista argentino, nel suo lavoro** 'Il falso privilegio del padre' **(Chiozza,1981), svela che nell'inconscio del bambino permane immutato il desiderio di unione con la madre, e che tale desiderio, alterando l'esame di realtà, 'costruisce' nella coscienza la scena dell'ingiustizia patita.

che entrino dentro, lasciarsi pene-trare e sentirsi commossi, o lasciarsi con-vincere. È tipica la situazione dell'interrompere l'interlocutore alzando il tono della voce, come ad imprimere forza penetrante alle proprie argomentazioni, o per impedire di essere penetrati dalle parole dell'altro.
La maturazione interiore per sviluppare un atteggiamento 'vaginale', dedito più all'ascolto, alla comprensione e alla compassione, passa attraverso la rinuncia all'egocentrismo e al protagonismo, ed è l'unica possibilità di trascendere e superare la rivalità.
Concludo con una storia raccontata da Raimon Panikkar in un seminario tenutosi in Umbria alcuni anni or sono. In un villaggio africano, un giovane insegnante statunitense propose a un gruppo di ragazzi di fare una corsa fino a raggiungere un albero distante un centinaio di metri. Al primo che fosse arrivato all'albero, l'insegnante avrebbe regalato una scatola di caramelle. I ragazzi rimasero perplessi, si guardarono e al via si strinsero per mano correndo insieme.

* Mauro Benedetti, psicologo psicoterapeuta di formazione psicoanalitica secondo il pensiero di Luis Chiozza acquisita presso l'Istituto 'A. Aberastury' di Perugia, diretto da Carlo e Rita Brutti.

BIBLIOGRAFIA

Bateson G. (1972), Verso un'ecologia della mente, Adelphi, Milano, 1976.
Benedetti M. (2013), R come rivalità, Cittadella Editrice, Assisi
Chiozza L. (1978), Psicoanalisi e cancro, Borla, Roma, 1981.
Chiozza L. (1995), Riflessioni senza consenso, in La Svolta Freudiana, Eidon, Perugia, 2001
Chiozza L. (2005), Le cose della vita, Città Aperta Edizioni, Troina (En), 2007.
Chiozza L. (2010), Cancro, perché a me, perché ora? Eidon, Perugia, 2012.
Chiozza L. (2011), Ipertensione, Eidon, Perugia, 2012.
Freud S. (1895), Progetto di una psicologia, OSF, vol. II, Boringhieri Torino, 1968.
Freud S. (1905), Tre saggi sulla teoria sessuale, OSF, vol. IV, Boringhieri, Torino, 1976.
Freud S. (1915-17), Introduzione alla psicoanalisi, OSF, vol. VIII, Boringhieri, Torino, 1976.
Freud S. (1920), Al di là del principio del piacere, OSF, vol. X, Boringhieri, Torino, 1977.
Freud S. (1922), L'Io e l'Es, OSF, vol. IX, Boringhieri, Torino, 1966.
Klein M. (1945), Il complesso edipico alla luce delle angosce primitive, Boringhieri, Torino, 1978.
Margulis L., Sagan D. (1986), Microcosmos, Mondandori, Milano, 1989.
Ortega y Gasset J. (1943), Origine ed epilogo della filosofia, Bompiani, Milano, 2002.
PennacD. (2012), Storia di un corpo, Feltrinelli, Milano.
Poe E. A. (1845), La lettera rubata, Mursia, Milano, 2009.

NOTE

1. Luis Chiozza, medico e psicoanalista argentino, vive ed opera a Buenos Aires. Ha conseguito un posto di rilievo internazionale per aver esteso i concetti psicoanalitici all'ammalare 'organico'. Ha messo a punto un metodo di cura originale attraverso il superamento del dualismo corpo-mente reinterpretando la 'seconda ipotesi fondamentale della psicoanalisi', elaborata da Freud nel 1938, solitamente trascurata dal pensiero psicoanalitico. È Presidente onorario dell'Istituto 'A. Aberastury' di Perugia.
2. La prima "umiliazione all'amor proprio, che Freud chiama cosmologica, risale al XVI secolo. Nella cosmologia dell'epoca, si riteneva che l'uomo e la Terra, in quanto creazioni divine, fossero al centro dell'Universo. Con la teoria eliocentrica di Copernico, si apprese che il nostro pianeta non era altro che una minuscola particella di un sistema cosmico.
Circa tre secoli dopo, l'umanità si trova ad affrontare la seconda umiliazione, quella biologica. Le ricerche di Charles Darwin dimostrarono che l'uomo non aveva una posizione privilegiata nella creazione, era l'esito dell'evoluzione avviata da una remota origine comune a tutto il genere vivente. La terza umiliazione è quella psicologica ad opera di Freud: "l'Io non è padrone in casa propria ed ha scarse notizie riguardo a quello che avviene inconsciamente nella sua psiche" (Freud, 1925-1917)
3. Per non appesantire il testo, tralasciamo i contributi di altri autori che hanno arricchito l'esplorazione del complesso di Edipo, anticipando il suo insorgere. In tal senso di particolare interesse sono i lavori di Melanie Klein.
4. Di grande efficacia illustrativa, per ripercorrere i primi passi della psicoanalisi, è il film di John Houston "Freud, passioni segrete" del 1962, che vanta una prima stesura della sceneggiatura di Jean Paul Sartre.

Can we go beyond rivalry?

Rivalry is a complex and delicate subject, and usually receives very little attention even from psychologists. This is due to several misunderstandings which lead us to consider rivalry as a positive attitude belonging to man's nature. A careful analysis of those misunderstandings enables us to catch a glimpse of a much wider horizon beyond rivalry. The analysis takes us from the struggle for survival described by Darwin to the concept of co-evolution, from Freud's Oedipus complex to the new notion of the "false privilege of the father" introduced by psychoanalyst Luis Chiozza.

link

una storia

Breve storia della psicologia cinese: dalle origini filosofiche ai contributi della psicologia scientifica fino agli anni ’70 del Novecento

GIOVANNI CAVADI , XIU FENG HUANG 黄秀凤

Breve storia della psicologia cinese: dalle origini filosofiche ai contributi della psicologia scientifica fino agli anni '70 del Novecento

GIOVANNI CAVADI *, XIU FENG HUANG黄秀凤**

Una premessa alla storia della Psicologia Cinese

Il primo testo di psicologia disponibile in cinese fu *Mental philosophy* di Joseph Haven (1862), tradotto nel 1899 da Yan Yongjing 顏永京 (1838-1898) che, dopo aver studiato psicologia al Kenyon College in Ohio, era rientrato in Cina, divenendo direttore del Sheng Yuehan Shuyuan (Collegio S. Giovanni) di Shanghai. La traduzione di *Mental Philosophy* diventò il primo libro di testo di psicologia in Cina. *Filosofia mentale* è una miscela di morale, filosofia, psicologia moderna e insegnamento religioso. Pur seguendo la tradizione speculativa, il testo introduceva molti argomenti che sono stati poi studiati dalla psicologia scientifica come la percezione, la memoria, il ragionamento e l'immaginazione.

L'obiettivo di Yan era non tanto quello di spiegare ai suoi studenti il modo di operare della mente, quanto quello di promuovere l'idea che una mente sana avrebbe stimolato comportamenti corretti: la conoscenza della psicologia avrebbe così evidenziato l'importanza dei valori confuciani nel curriculum degli studi.

Essendo il primo a tradurre un testo di psicologia, fu anche il primo a scontrarsi con le difficoltà della traduzione, ricercando i corrispondenti termini cinesi che non stravolgessero il significato originale; un testo cinese di epoca Song, usando due caratteri diversi ma con la medesima pronuncia, dice: «Il significato di 'tradurre' 譯yì è 'cambiare' 易 yì. Ciò significa prendere quello che abbiamo e modificarlo in quello che non abbiamo». Nella prefazione Yan Yongjing annotava: «Molte di queste idee non sono mai esistite in Cina, e quindi non hanno nemmeno un nome… io devo trovare corrispondenti parole cinesi con grande difficoltà». Dovette anche trovare un termine per la nuova disciplina: tradusse Psicologia con xin ling xue 心灵学 lo studio dello spirito-cuore; ling spirito, derivato dalle traduzioni di Aristotele fatte dai gesuiti nel XVII secolo, fu poi sostituito da li 理 (ragione, logica), divenendo xin li xue scienza della ragione del cuore.

Entrambi i sinogrammi *xin* 心 cuore e *li* 理 ci rimandano alle radici filosofiche della psicologia cinese, all'epoca descritta negli *Annali delle Primavere e degli Autunni* (770-470 a.C.), tradizionalmente attribuiti a Confucio.

Le origini pre-scientifiche: le antiche scuole di pensiero in Cina

In un rinnovato clima culturale, che si protrarrà anche nel Periodo degli Stati Combattenti fino al 221 a.C., fiorirono le "Cento scuole di pensiero" che portavano avanti il continuo confronto fra le teorie filosofiche elaborate dai vari intellettuali, principalmente con riguardo ai modelli di buon governo e organizzazione dello stato, ai principi etici di condotta dell'individuo e alla essenza della natura umana e del suo sviluppo.

Troviamo quindi radici storiche della moderna psicologia cinese nel pensiero degli antichi filosofi: la natura umana, la natura della mente, la relazione tra natura ed educazione sono stati per secoli argomenti di discussione nella filosofia cinese.

I principali temi di studio erano la relazione tra corpo e spirito; cuore (ragione) e realtà (i diecimila esseri); cielo e uomo; uomo e animali; percezione e pensiero; sentimento e desiderio; volontà e idea/obiettivo; intelligenza e capacità; doti naturali, educazione e abitudini; conoscenza e comportamento.

E in relazione ai temi privilegiati si definirono le correnti di studio:

– *xinxue* (lo studio della mente), dove xin è il cuore, la sede dello shen 神,la radice

di tutta la forza spirituale dell'uomo, che risiede nel cuore e si dirama a tutti gli altri organi. Ad esso si associano le emozioni, l'amore, la gioia, l'allegria;
– *lixue* (lo studio del li), l'insieme di norme comportamentali che guida ogni persona nel suo agire quotidiano, in accordo con le leggi della natura e del cielo;
– *daoxue* (lo studio del dao), la via che ognuno deve seguire da un punto di vista morale. In taluni casi *dao* viene usato nel significato di *li*.
Nel pensiero di **Confucio** 孔子 (Kong Zi 551-479 a.C.), la natura dell'uomo, composta da una parte materiale *xing* 形 e una spirituale *shen* 神, è intrinsecamente buona. Tutti hanno le medesime potenzialità alla nascita; le differenze tra gli individui risultano dall'ambiente e dall'educazione. Il pensiero confuciano, raccolto dai suoi seguaci nei *Dialoghi*, assegna quindi una importanza fondamentale all'educazione, la quale permette all'uomo di raggiungere la saggezza, e all'armonia, che nasce dal rispetto del proprio ruolo nella società.
Nei *Dialoghi* confuciani sono delineati tre tipi di personalità: una introversa (prudente), una estroversa (ardente, impetuosa), una bilanciata (quella che segue il *giusto mezzo*, la filosofia di vita che si fonda sulla moderazione e disdegna gli estremismi): «Se non trovo uomini che seguono il *giusto mezzo* ai quali comunicare i miei consigli, devo trovare quelli ardenti e quelli prudenti. Quelli impetuosi avanzeranno per cogliere la verità; quelli prudenti si asterranno dal compiere ciò che è sbagliato».
La teoria della naturale bontà dell'uomo continua con **Mencio** 孟子 (370-279 a.C.), il principale seguace di Confucio: «L'innata tendenza della natura umana verso il bene è come la tendenza dell'acqua a scorrere verso il basso.».
A contrastare tale teoria è un altro seguace di Confucio, **Xun Z**i 荀子 (298-238 a.C.) che propone una visione negativa della natura umana. L'uomo lotta per acquisire ricchezze, per la soddisfazione dei sensi; abbandonata a se stessa la natura umana non produrrà che lotta e violenza. «La natura umana è malvagia, la sua bontà è falsa». La necessità dell'educazione confuciana ne risulta rafforzata: solo l'educazione e il rispetto di norme sociali di comportamento possono sviluppare una società in pace e ordinata.
Ne nasce l'esigenza di una legge che, imposta dall'alto e applicata con severità, corregga l'innato egoismo della natura umana e mantenga l'ordine sociale. È quanto sostenuto dalla scuola legista *fajia* elaborata da **Han Feizi** 韩非子 (-233 a.C) e **Li Si** 李斯 (-208 a.C.), che ebbe la massima applicazione nel breve periodo della dinastia Qin 秦 (221-206 a.C.), la quale gettò le basi dell'impero cinese.
Alla fine del periodo degli stati combattenti, l'imperatore Qin Shi Huang Di 秦始皇帝 (l'Imperatore Giallo), fondatore della dinastia Qin, dichiarò fuori legge tutte le scuole di pensiero ad eccezione del legismo e ordinò che tutti i libri fossero bruciati, con la sola eccezione dei trattati tecnici o scientifici. Nel suo breve regno il nuovo imperatore realizzò grandi opere, che richiesero l'impiego di enormi risorse. Egli emanò un nuovo codice penale e fece uccidere numerosi intellettuali che si opponevano ai suoi progetti. Unificò i tratti di difese preesistenti, creando la prima Grande Muraglia; fece costruire la sua ricchissima tomba con l'esercito di terracotta; unificò il territorio dell'impero, il sistema di scrittura, la moneta e le unità di misura; definì la larghezza del carro e quindi delle strade: tutto deve essere regolato, governato da *fa* 法, la Legge. Una legge giusta produce una società armoniosa che si autogoverna senza bisogno dell'intervento del principe.
Di questo periodo rimane la raccolta *Cronache di Lü* (Lüshi chunqiu 吕氏春秋), un'enciclopedia in ventisei libri, scritta dal primo ministro **Lü Buwei** 吕不韦 (291–235 BC) e proseguita dai suoi collaboratori, che presenta una sintesi delle correnti filosofiche dell'epoca, compresi confucianesimo, legismo e taoismo.
La scuola taoista *daojia* è la seconda corrente di pensiero per importanza e influenza in Cina. Basata sul testo del *Dao De Jing* 经 del maestro Laozi 老子 (VI sec. A.C.?), si concentra sullo studio dell'uomo inserito nel regno dalla natura, piuttosto che dell'individuo in rapporto alla società. L'uomo deve seguire il *dao* 道 la via, alla ricerca dell'armonia che regola il mondo naturale e soprannaturale. I principi taoisti e la teoria dello *Yin* 阴 e *Yang* 阳 sono fondamentali per la comprensione della medicina tradizionale cinese: «l'equilibrio di *Yin* e *Yang* è la vita e la salute, la sua rottura è la malattia e la morte».
Le varie dinastie imperiali che si susseguirono, privilegiarono ora l'una ora l'altra delle correnti filosofiche. Il periodo della Dinastia Han 汉 (206 a.C.-220 d.C.) è segnato da dibattiti tra i cultori delle varie scuole, con l'obiettivo di definire il metodo ideale per il buon governo dell'impero.

DongZhongshu 董仲舒 (179-104 a.C.) è considerato il promotore del confucianesimo come ideologia ufficiale della Cina imperiale. Egli rivede la teoria dei tre tipi di personalità degli uomini in rapporto alla educazione: possono nascere buoni (non hanno bisogno di educazione), cattivi (è inutile educarli), normali, seguono il *giusto mezzo* e l'educazione li aiuterà a migliorare.
In un periodo in cui veniva privilegiato il confucianesimo, negli *Scritti dei Maestri di Huainan* (Huainanzi 淮南子), una raccolta di dibattiti su confucianesimo, taoismo, legismo, svolti alla corte di Liu An, nipote dell' imperatore Liu Ban fondatore della dinastia Han, i dialoghi sono favorevoli al taoismo, con le teorie su yin-yang, i cinque elementi, lo shen.
WangChong 王充 (27-97 d.C.) scrive i trenta libri dei *Saggi critici* (Lunheng 論衡). Nei suoi scritti indaga il rapporto tra spirito e corpo, concludendo che lo spirito esiste in funzione del corpo, il corpo nasce dal *qi* della natura, se il corpo muore anche lo spirito cessa di esistere. Lo spirito è in grado di influenzare in modo positivo o negativo lo stato di salute del corpo; lo stato d'animo di una persona influisce sulla sensazione di bisogno. Studia anche la percezione dei fenomeni, che considera influenzata da distanza, velocità, dimensione o forza, luminosità, stato d'animo dell'osservatore: il risultato finale deve essere sottoposto al giudizio della ragione.
Un significativo contributo alla psicologia, che possiamo considerare quasi moderno, viene portato da **LiuShao** 刘劭 (174-242 d.C.) con il suo *Studio delle abilità dell'uomo* (Rénwù zhì 人物志). LiuShao affronta già nel terzo secolo una problematica ancora attuale: la valutazione delle persone a cui affidare compiti specifici.
Analizzando la possibilità, la difficoltà e il metodo per raggiungere questo obiettivo, egli predispone una serie di tabelle di valutazione:
- sei caratteristiche dei sentimenti umani e cause che li influenzano;
- desiderio di ottenere amore-benevolenza e onori;
- doti di abilità e saggezza, che possono definire quattro tipi di persone, a cui Liu Shao abbina caratteristiche psicologiche e tipi di lavoro che possono svolgere.
- capacità della persona, distinte in otto gruppi, corrispondenti ai tipi di incarico che le possono essere affidati.
-carattere della persona, in dodici classificazioni, con pregi e difetti; in base alla classe di appartenenza cosa si deve prendere in considerazione per affidare un incarico.
Liu Shao conclude che per valutare correttamente una persona è necessario osservare il suo comportamento sia in un ambiente stabile, che in un ambiente in continua variazione. L'unione di queste osservazioni offrirà una conoscenza completa.
Il periodo Wei-Jin 魏晋 (220-589), chiamato anche delle Sei Dinastie, segnato da anni di guerre e di instabilità, vede l'entrata del buddismo in Cina. Contro la nuova dottrina "straniera" si uniscono i seguaci di taoismo e confucianesimo.
FanZhen 范缜 (450-515 d.C.) nel libro *Sulla mortalità dello spirito* (Shen Mie Lun 神灭论) riprende il pensiero di WangChong per confutare le tesi buddiste: poiché lo spirito muore con il corpo non esiste alcuna possibilità di reincarnazione, karma, come sostenuto dal buddismo.
Durante la dinastia Sui 隋 (581-618), il completamento del grande canale che unisce il nord e il sud della Cina produce un grande sviluppo dell'economia cinese, preparando lo sviluppo culturale considerato il Rinascimento Cinese delle successive dinastie Tang 唐 (618-907) e Song 宋 (960-1279).
La Cina diventa modello per i paesi circostanti, per la sua cultura, le scienze, l'architettura e la legislazione. Tre delle quattro grandi invenzioni cinesi, polvere da sparo, stampa, uso della bussola per la navigazione, nascono in questo periodo. La poesia di epoca Tang raggiunge vette insuperate.
Il clima di apertura favorisce lo sviluppo di buddismo, islamismo, cristianesimo nestoriano, testimoniato dalla celebre stele di Xian.
L'alternanza e convivenza di confucianesimo, taoismo e buddismo lo fanno definire come "periodo tre in uno". Grazie al buddismo viene superato il divieto confuciano per una donna di assumere cariche, e la vedova dell'imperatore Gaozong 高宗 diventa l'imperatrice Wu Zetian 武则天 (624-705).
Si sviluppano anche gli studi psicologici che oltre ad approfondire i temi tradizionali della relazione uomo-natura (l'uomo per migliorare le condizioni di vita può modificare la natura, ma rispettandone le regole), metodi di acquisizione delle conoscenze attraverso i sensi (ma sottoponendo le nuove conoscenze al giudizio della ragione e esaltando il valore delle applicazioni pratiche), affrontano lo studio di preoccupazioni e paura.

Secondo **Liu Zongyuan** 柳宗元 (773-819) e **Liu Yuxi** 刘禹锡 (772-842) paura e preoccupazione sono sentimenti che tutti provano, ma se essi sfociano in depressione cambiano la qualità di vita. Una preoccupazione ragionevole può aiutare ad evitare errori, ma, se è eccessiva, diviene causa di malattia; è quindi importante dominarla.
Per i due fratelli **Cheng Hao** 程顥 (1032–1085) e **Cheng Yi** 程颐 (1033–1107) le sensazioni di paura e terrore derivano dalla mancata conoscenza di una realtà, oppure dalla mancanza di coraggio; quindi propongono due metodi per vincerle: nel primo caso prendere coscienza della realtà, nel secondo caso superare questa paura affrontandone le cause. Descrivono anche un esempio pratico di allucinazioni (huanjue 幻觉): ad un paziente che vedeva ovunque un leone dissero che doveva costruire una trappola per catturarlo; riuscita la cattura il paziente guarì. Fecero anche altre osservazioni:
– la lingua è strumento di comunicazione del pensiero, ma il pensiero è molto complesso e la lingua è povera e non può trasmettere tutto.
– la memoria è molto più forte al mattino e alla sera, che durante il giorno.
Zhu Xi 朱熹(1130-1200) è considerato il secondo pensatore cinese per importanza dopo Confucio. La sua sintesi dei fondamenti del pensiero confuciano costituiranno la base della burocrazia e del governo cinesi per più di settecento anni.
Poiché l'ideale della filosofia confuciana è una mente chiara e un cuore puro, Zhu detta le condizioni per raggiungerlo:
– il pensiero deve essere fisso nel proposito (定 ding), tranquillo (静 jing), sicuro 安 an).
– le emozioni del proprio cuore devono essere controllate. Il cuore può essere in situazione naturale (性 xing) non mosso, come l'acqua calma; animato da sentimenti 情 qing), il cuore si muove come l'acqua che scorre; agitato dal desiderio (欲 yu), il cuore è come l'acqua in un vortice. Il desiderio fisiologico costituisce uno stimolo necessario per la vita, ma il desiderio dello spirito è più forte del sentimento e deve essere sottoposto alla ragione, perché può essere buono o cattivo.

I gesuiti italiani e la psicologia cinese

Matteo Ricci ritratto da Emmanuele Pereira, 1610.

Fu soltanto nel 16mo e 17mo secolo che avvenne quello che possiamo considerare il più importante scambio culturale dell'epoca moderna, l'incontro tra le culture europea e cinese ad opera dei gesuiti, che portarono in Cina la scienza e la tecnologia occidentale e portarono a Roma il patrimonio culturale cinese.
Matteo Ricci (1552-1610), dopo il suo soggiorno a Macao per studiare la lingua presso la prima scuola di lingua cinese per stranieri creata tre anni prima da p. Michele Ruggeri, entrò in Cina a Zhaoqing. Adottò abiti cinesi e studiò a fondo la filosofia e la cultura cinesi; tradusse in latino i *Quattro Libri* classici, tra cui i *Dialoghi* di Confucio; tradusse in cinese e pubblicò numerose opere per introdurre la cultura occidentale tra i *literati* della corte cinese. Tra i gesuiti successivamente giunti in Cina si annoverarono numerosi studiosi e scienziati come l'astronomo Adam Shall von Bell. Ferdinand Verbiest, Johann Schreck, scienziato di vastissima cultura, medico alla università di Padova (dove aveva conosciuto Galileo Galilei), matematico, astronomo, botanico, conoscitore di numerose lingue, membro dell'Accademia dei Lincei, aveva deciso nel 1616 di farsi gesuita ("una gran perdita" aveva commentato Galilei). I gesuiti portarono la geometria di Euclide, le mappe del mondo, il telescopio, i metodi di fabbricazione delle armi da sparo, orologi, strumenti astronomici e musicali.
Meno noto è il fatto che i gesuiti introdussero in Cina anche gli studi sulla psicologia. Abbiamo visto che in cinese *xin ling xue* significa scienza del cuore, perché il cuore era considerato l'organo della mente e delle emozioni.
Nel 1596 Ricci tradusse in cinese il suo *Trattato sulla mnemotecnica* (*Xi guo ji fa*, letteralmente *Regole e metodi dei paesi occidentali*), nel quale introduceva l'idea che il cervello era la sede della memoria. Ma appena sei anni prima lo studioso di medicina cinese Li Shizhen 李时珍 (1518-1593) aveva pubblicato una *Enciclopedia delle erbe medicinali cinesi* in cui correlava il cervello al temperamento delle persone.
Matteo Ricci scrisse il suo libro per accreditarsi presso i *literati* cinesi, dimostrando di essere in grado di dare un contributo alla soluzione di un loro problema: nella Cina imperiale, a partire dal 606 fino alla caduta dell'impero verso il 1908, la carriera dei funzionari passava attraverso una serie di esami a vari livelli, che comportava la memorizzazione di numerosi testi tratti dai classici cinesi, i *Quattro Libri* in particolare. Ricci era dotato di una grande memoria, ma aveva anche sviluppato un metodo, il *Palazzo della Memoria*, rielaborando antichi metodi di epoca greco-romana. Lo propose

agli studiosi cinesi, dandone una pratica dimostrazione, memorizzando istantaneamente un buon numero di caratteri cinesi casuali e ripetendoli in sequenza diretta e retrograda. Ne ottenne una grande fama e il permesso di diffondere le conoscenze occidentali e, quel che più gli interessava, la dottrina cristiana.
Rileggendo la descrizione di Ricci sul funzionamento del sistema di memorizzazione nel cervello, troviamo molti concetti che oggi appartengono alla *psicologia cognitiva*.
L'interesse degli studiosi cinesi per le teorie occidentali sulla mente, sulla memoria, sui sogni, stimolò la pubblicazione di testi come *Appunti sull'Anima* (Lingyan lishao) di **Francesco Sambiasi** (1582-1649) nel 1624, e ancora di Sambiasi *Due risposte sui sogni* (Shuihua erda) nel 1629.
Ma il più importante contributo dei gesuiti alla nascente psicologia cinese è certamente quello di **Giulio Aleni** (1582-1649). Nel 1623 il suo *Generalità sulle scienze occidentali* (xixue fan) costituisce una introduzione generale alle conoscenze e alla filosofia occidentali. Per la prima volta si parla ai cinesi di Aristotele, presentato come supremo pensatore nella storia. Nel 1624 Aleni pubblica *Introduzione alla natura umana* (Xingxue cushu), l'annotazione latina al titolo recita *Psycologia Compendiosa*, la prima traduzione e adattamento cinese del *De Anima* e *Parva Naturalia* di Aristotele, nella versione del *Conimbricenses*, i commentari di Coimbra raccolti per gli studi di filosofia dei gesuiti.

Giulio Aleni: Xilografia, 1649.

Mentre il *Lingyanlishao* di Sambiasi è una versione abbreviata e abbastanza fedele del *De Anima* aristotelico, raccontato oralmente da Francesco Sambiasi e trascritto in cinese letterario da Xu Guangqi 徐光启 (1562-1633), la versione di Aleni si discosta significativamente dall'originale per correlare i concetti e le teorie aristoteliche alla visione dei suoi interlocutori cinesi.
Aleni si concentra soprattutto sul concetto cristiano di anima e corpo, i cinque sensi, le facoltà umane, la memoria e i sogni, la coscienza, l'invecchiamento e la morte, temi che vengono affrontati negli otto libri del *Xingxue Cushu*.
Nel titolo del suo libro Aleni presenta la psicologia Aristotelica come "studio della natura umana", usando il carattere cinese *xingxue* con cui si indica la forma più alta dell'insegnamento Confuciano dell'epoca, l'insegnamento sulla educazione della persona, mente, natura, mandato.
Nella prefazione afferma l'idea confuciana che la natura umana costituisce il legame che unisce l'uomo all'universo: «Di tutte le cose create nell'universo, niente è più piccolo della natura umana, e ancora niente è più grande della natura umana. Parlando della *piccolezza* della sua sostanza, essa può essere contenuta in pochi centimetri quadrati. Parlando della grandezza delle sue capacità, essa supera cielo, terra, le miriadi delle cose create fino a raggiungere il Signore dell'universo. Nulla è così vasto o così piccolo che essa non possa abbracciare».
Ma poi Aleni presenta un nuovo risvolto della natura umana quando passa a descrivere come la nostra natura intelligente ci collochi in posizione centrale nella Grande Catena dell'Essere, dominando il mondo corporeo delle sostanze inanimate, delle
piante, degli animali, con lo sguardo volto in alto verso il regno degli angeli e del Creatore. Questa posizione fissa il punto di partenza per la discussione della importanza dello studio della natura umana.
Tuttavia, siccome alcune cose sono animate ed altre non lo sono, la gente usa solitamente la parola "natura" (*xing)* per indicare la forma sostanziale degli oggetti inanimati, come i quattro elementi, metalli e pietre, mentre usa la parola "anima" (*hun)* per indicare la forma sostanziale degli esseri animati. Gli esseri animati poi ricadono in tre diverse categorie, ognuna con un proprio caratteristico tipo di "anima" – *anima vegetativa* (shenghun 生魂) per le piante, che le rende capaci di crescere e fiorire; *anima sensitiva* (juehun 覺魂) per gli animali, che li rende non solo capaci di crescere, ma anche di sentire e muoversi; *anima razionale* (linghun 靈魂) per gli esseri umani, che li rende capaci di crescere, sentire, muoversi, ma anche di comprendere il principio universale e creare deduzioni ed inferenze.
Dopo aver spiegato questa nozione biologica della natura umana, Aleni procede nel delinearne il concetto confuciano per voce di uno dei suoi interlocutori cinesi: «In Cina i caratteri hun (anima) e xing (natura o natura umana) sembrano indicare due cose diverse. Hun appartiene al regno del *qi* (soffio vitale o energia primordiale), mentre xing appartiene al regno del *li* (principio universale). Voi notate una simile distinzione quando usate questi due caratteri?».
Aleni era consapevole del modo in cui i cinesi generalmente distinguevano la natura umana e l'anima. Tuttavia, nel testo Aleni risponde che la gente può usare termini

diversi per indicare una medesima realtà, e che i cinesi, in modo particolare, hanno goduto di un'ampia libertà nel loro uso della parola. Egli dice: «La verità è che l'uomo è composto di spirito intelligente e corpo di carne. Uno è interno, l'altro è esterno; uno è spirito, l'altro è forma fisica; uno è anima, l'altro è corpo; uno è intelligente, l'altro è stupido; uno è padrone, l'altro schiavo; uno è nobile, l'altro è vile; uno la parte minore dell'uomo, l'altro la parte maggiore. Osservandolo in tal modo posso chiamare lo spirito interiore e la parte maggiore dell'uomo "natura intelligente" per indicare la sostanza intelligente, brillante che costituisce la natura dell'uomo; oppure chiamarlo "anima razionale" per distinguerlo dalle anime vegetativa e sensitiva... L'uso dei termini in cinese è molto flessibile, dipende dal contesto. L'uso del termine *xing* è molto ampio, anche esseri non senzienti hanno una loro propria natura... Ma quando noi diciamo *lingxing* (natura spirituale) o *tianxing* (natura innata, donata dal cielo), ci riferiamo alla natura nel suo pieno significato e nel principio che il creatore conferisce agli esseri umani. Così per il termine *hun* (anima). Anima è il principio della vita. Quando combinato con *sheng* (vita vegetativa), denota il principio per cui le piante possono crescere e nutrirsi; quando combinato con il temine *jue* (sensibilità), denota il principio per cui gli animali sono capaci di sensazioni e movimenti; quando combinato con *ling* (spirituale), denota il principio per cui gli esseri umani possono comprendere e ragionare».

Aleni prosegue elencando molte altre espressioni dalla letteratura medica, taoista e confuciana per mostrare che la medesima dicotomia concettuale di anima e corpo veniva osservata anche dai cinesi stessi, sebbene in forme linguistiche molto lontane fra loro. Concludendo questa ampia indagine di termini cinesi, Aleni cita esempi tratti dai classici confuciani, dimostrando il vero significato di "natura umana" così come costruito dagli antichi confuciani: «...qualcuno la chiama anima spirituale, per distinguerla dalle anime nutritiva e sensitiva. Qualcuno la chiama cuore spirituale, per distinguerla dal cuore di carne. Qualcuno la chiama *liangzhi* (sapienza innata) .. per indicare lo spirito naturale noumenico. Qualcuno la chiama *lingtai* (sede dello spirito), per dire che il cuore è la sede dell'anima spirituale. Qualcuno la chiama il vero sé, per rendere chiaro che il corpo è una casa presa a prestito, all'interno del quale lo spirito è il vero essere...*Il Grande Studio* (daxue) definisce l'anima con il termine "la virtù che illumina (mingde)", evidenziando che nella sua essenza originale essa è sia autoilluminante che capace di illuminare i principi delle miriadi di cose. *Il Giusto Mezzo* (zhong yong) definisce la natura umana come lo stato di equilibrio nell'uomo quando non è disturbato da nessuna emozione (weifa zhi zhong), in riferimento alla sostanza dell'anima, da cui promanano tutte le emozioni. *Il Mencio* ancora la chiama "la grande parte dell'uomo (da ti)" per sottolinearne la nobiltà. In una parola, i nomi possono variare ma la realtà noumenica a cui si riferiscono è una sola».

Aleni enfatizza l'idea che l'anima è ciò che ci identifica come un individuo unico. Egli fa notare come una domanda si pone già a partire dagli antichi saggi, che è la medesima della gente comune (dato che la loro natura e la loro mente/cuore sono uguali): è vero che le differenze tra i singoli individui derivano soltanto dal fatto che sono nati con un diverso *qi* e che dopo esser nati imparano e sono influenzati dai differenti ambienti in cui vivono? La risposta è che, sebbene appaiano simili nel loro corpo e dotati ognuno di un'anima spirituale, questo non significa che siano un'unica persona. Ognuno è un individuo unico con un unico aspetto e una unica natura spirituale.

L'obiettivo di Aleni è contrastare la visione idealista post-confuciana, prevalentemente influenzata dal buddismo, dell'esistenza di una unica Mente. Come dice il neo-confuciano Lu Xiangshan «esiste una unica Mente. La mia mente, quella del mio amico, quella dei saggi di mille anni orsono e dei saggi di mille anni a venire, sono tutte la medesima. La sostanza della mente è infinita, Se uno potesse sviluppare completamente la propria mente, egli si potrebbe identificare con il cielo».

Aleni critica questa teoria sia perché non è in grado di spiegare l'individualità dell'uomo, sia perché qualora l'anima umana potesse essere in comunione con la divinità, non sarebbe comunque Dio, né potrebbe essere identificata con lui.

I libri settimo e ottavo, dedicati alla memoria, al sonno, ai sogni, alla vita e alla morte portano il sottotitolo *Lingxing cushu* a sottolineare che trattano della natura spirituale dell'uomo. Nel capitolo *Distinzione tra cuore e mente* viene illustrata la funzione del cuore come motore della circolazione del sangue, rimarcando le funzioni della mente come sede delle funzioni superiori dell'anima umana.

Sul significato dei sogni, Aleni si discosta dalla tradizione aristotelica: mentre Aristotele considerava i sogni come illusioni prodotte da residuali percezioni sensoriali

acquisite durante le ore di veglia, Aleni li interpreta come manifestazione del potere dell'anima di percepire e sentire indipendentemente dal corpo, trasformando la mente sognante in una testimonianza terrena dell'anima immortale.
L'interesse degli studiosi cinesi per questo argomento, già ampiamente trattato da Sambiasi nelle sue *Risposte sui sogni*, viene dimostrato dai dialoghi del *Diario delle esortazioni orali* (kouduo richao) in cui sono riportate le discussioni dei gesuiti Aleni e Rudomina con i letterati cinesi.
Come ha rilevato **Dong Shaoxin** 董少新, il *Xingxue cushu* contiene anche numerose informazioni sulle conoscenze mediche occidentali, che vennero in tal modo introdotte in Cina, avendo più influenza che non le traduzioni di testi di anatomia.
Il primo medico cinese che accetta le conoscenze mediche occidentali trasmesse dai gesuiti è **Wang Honghan** 王宏翰 (c.1640–1700) che, nel 1692, pubblica *Origini della medicina* (Yixue yuanshi), il primo importante tentativo di integrare sistematicamente la filosofia naturale occidentale e la medicina cinese. Egli scrive che quando il cuore non funziona bene tutti i *cinque organi zhang* soffrono, quindi se *i cinque organi* sono ammalati dobbiamo innanzitutto prendere in considerazione il cuore; rafforza la sua affermazione con un disegno del cuore che manda il sangue attraverso le arterie a polmoni, milza, fegato e reni.
Con la morte dell'imperatore Kangxi 康熙 nel 1722 inizia il periodo di decadenza delle relazioni tra la Cina e l'Occidente fino alla definitiva chiusura, che durerà fino alle Guerre dell'Oppio e ai Trattati ineguali che imporranno la riapertura dei porti cinesi. Si chiude così il più fruttuoso periodo di scambi culturali tra la Cina e l'Occidente, portatore di nuove conoscenze in Europa e momento cruciale per lo sviluppo della scienza e della tecnologia cinese.

Sviluppi della psicologia dopo l'incontro con l'occidente
Il contatto con l'occidente non fu senza frutto, poiché gli studiosi cinesi furono stimolati a proseguire le loro ricerche tenendo in considerazione anche le nuove conoscenze acquisite.
Liu Zhi 刘智 (1660-1730), celebre studioso mussulmano, unisce le conoscenze di medicina araba, occidentale e cinese. I suoi studi gli fanno concludere che il cervello svolge la funzione di trasformare ciò che viene percepito attraverso gli organi di senso in oggetti astratti che possano essere memorizzati; il cervello svolge anche la funzione di connettere le forme concrete rilevate attraverso i vari organi con quelle astratte e informi che sono state memorizzate, mediante canali di comunicazione corrispondenti alle funzioni psicologiche relative agli organi stessi. Nella storia della psicologia cinese Liu Zhi è il primo ad affermare il fondamento psicologico delle attività sensoriali e della conoscenza percettiva, ed è anche il primo a individuare zone del cervello preposte a specifiche funzioni, due secoli prima degli studi di F. J. Gall.
Wang Qingren 王清任 (1768-1831) divenne celebre per la sua teorizzazione delle funzioni del cervello, basate su analisi anatomiche e sulla attenta osservazione dei pazienti. Rischiando la pena di morte fece autopsie su centinaia di corpi. Il risultato fu una descrizione globale dell'attività psicologica centrata sulle funzioni di memoria e intelletto del cervello, rigettando la bimillenaria nozione del cuore come centro del pensiero e delle sensazioni. Spiegò la struttura del cervello e del midollo spinale, i percorsi che connettevano occhi, orecchi, naso e bocca al cervello. Cercò le correlazioni tra disturbi mentali e malattie cerebrali, le cause dei sogni e dell'insonnia. Le sue osservazioni sui pazienti colpiti da ictus lo portarono a concludere che i due emisferi cerebrali avessero distinte funzioni.
Gong Zizhen 龚自珍 (1792-1841) si oppose alla tradizionale idea confuciana che le emozioni dovessero essere rigidamente controllate: tentare di sopprimerle è irragionevole in quanto esse sorgono spontanee dai contatti umani, dall'interazione con l'ambiente, come espressione dei bisogni della natura umana. Di conseguenza si oppose anche alle tesi di Mencio e Xunzi sulla innata bontà o malvagità della natura umana poiché i comportamenti e sentimenti morali maturano soltanto in conseguenza delle emozioni provocate dall'interazione con l'ambiente e la vita sociale.
Sulla stessa posizione si colloca Wei Yuan 魏源 (1794-1857) quando afferma che una persona cresce culturalmente e intellettualmente interagendo con l'ambiente in cui si trova a operare; si pone invece su posizioni più moderate nel giudizio su emozioni e bisogni: è preferibile contenere i propri desideri, rimanendo contenti di ciò che si è.
Tan Sitong 谭嗣同 (1865-1898) espresse il suo pensiero sulla psicologia in due testi: *Sulla filosofia dell'umanità* e *Teoria del tutto*. Prendendo spunto dalla nozione occi-

dentale di "etere" ipotizzò che l'intero universo fosse composto da questa sostanza e che l'etere avesse generato i corpi celesti e nutrito tutti gli esseri viventi, compreso l'uomo. Tan tentò anche di spiegare come il sistema neurologico elaborasse le percezioni sensoriali, descrivendo l'attività del cervello in termini di flusso di segnali elettrici, e come il cervello e il cuore si influenzassero reciprocamente attraverso la sostanza eterea. La visione di Tan segna un ritorno alla teoria Taoista dell'essere umano e dell'universo come un unico sistema, sostituendo l'energia *qi* con la nozione occidentale di *etere*.
Con Liang Qichao 梁启超 (1873-1929) la filosofia e psicologia cinese si aprono sul mondo intero. Propugnatore insieme a Tan Sitong di un nuovo sistema culturale-politico-educativo che doveva integrare principi morali cinesi e occidentali, alla base della "Riforma dei 100 giorni" del 1898, dopo la presa del potere da parte dell'imperatrice Cixi dovette fuggire in Giappone, dove venne ancor più in contatto con la cultura occidentale. Fondamentale fu la sua proposta di separare la terminologia filosofica da quella psicologica e di standardizzare la terminologia psicologica nelle traduzioni, basandosi sulla recente esperienza giapponese. Così psicologia divenne *xinlixue* "studio delle leggi del cuore" e filosofia *zhexue* "studio della saggezza".
Per tutti gli studiosi cinesi del diciannovesimo secolo che in vari modi si interessarono alla psicologia, l'obiettivo era la riforma del sistema culturale, politico e sociale del loro paese, in un periodo di sanguinosi conflitti all'interno e all'esterno della Cina. Lo studio della psicologia occidentale era volto a ricercare nuovi percorsi per una riforma alternativa alla tradizione confuciana che per due millenni aveva condizionato la vita sociale e politica del paese.

La fine dell'impero cinese e le origini della psicologia scientifica in Cina
Nel 1899 si costituì in Cina una setta religiosa che si ampliò in un movimento chiamato Yihetuan 义和团 (Gruppo di giustizia e concordia) divenuta una società segreta conosciuta in occidente col nome di Boxer. Alla base del movimento c'era un fanatismo religioso contro il cristianesimo e la distruzione delle macchine per l'industrializzazione; successivamente il movimento intraprese una guerra contro tutti gli stranieri. Nel 1900 i Boxer, affiancati dalle truppe governative su comando dell'imperatrice vedova Cixi慈禧, entrarono a Pechino e a Tientsin dove effettuarono saccheggi, aggressioni e distruzioni; ciò portò ad una dichiarazione di guerra alle potenze occidentali Inghilterra, Francia, Russia, USA, Italia, Germania e Giappone che rioccuparono Pechino mettendo in fuga l'imperatrice e la sua corte, che rientreranno solo nel 1902. L'imperatrice morirà nel 1908 dopo aver governato la Cina per 47 anni. Le succedette il giovane figlio Pu Yi 溥仪 (che ha ispirato il film di B. Bertolucci *L'ultimo imperatore*,1987). Nel 1911 vi fu la rivolta di Wuchang con la conseguente caduta della Dinastia Qing Manciù che regnava in Cina ininterrottamente dal 1644. Nel 1912 Pu Yi, l'ultimo imperatore, abdicò all'età di 6 anni, in seguito alla rivoluzione.
La fine dell'impero cinese culminò con la proclamazione della Repubblica cinese, e Sun Yat-sen (Sun Zhongshan 孫中山) (1866-1925) ne fu il primo presidente. C'è da ricordare che con la Dinastia Qing, agli inizi del '900, fu avviata una riforma del sistema scolastico e fu introdotto un sistema di tipo occidentale, a seguito anche della traduzione di libri stranieri, in special modo nel territorio di Shanghai. Parecchi giovani cinesi avevano studiato negli USA e in Europa prendendo conoscenza della letteratura psicologica occidentale. I più significativi pionieri, ad esempio, includono Chen Heqin (1892-1982), ZhangYaoxiang (1893-1964) e Xiao Xiaorong (1897-1963), laureati alla Columbia University; Pan Shu (1897-1988) e Lu Zhiwei (1894-1970), all'Università di Chicago; Wang Jingxi (1893-1968) alla Johns Hopkins University; TangYue (1891-1987) alla Cornell University; Sun Guohua (1902-1958) all'Ohio State University; Guo Renyuan (1898-1970) alla University of California a Berkeley; Zhou Xiangeng (1903-1996) alla Stanford University. Gli USA rimasero il centro focale per la formazione di parecchi psicologi cinesi.
Anche coloro che erano stati in Giapponee si laurearono nelle sue università come ad es. Chen Daqi (1886-1983) e Zhu Zhixian (1908-1991): scoprirono un'ampia documentazione scientifica e letteraria occidentale e perciò tradussero nella propria lingua parecchie opere psicologiche dal giapponese.

Gli antecedenti della psicologia scientifica in Cina
Come abbiamo riferito all'inizio di questo articolo, il primo testo in cinese di psicologia fu disponibile nel 1899: *Mental philosophy* di Joseph Haven,nella traduzione

di Yan Yongjing. Lo seguì dopo pochi anni il primo libro di psicologia scritto originariamente in cinese:性学举隅 *Xing Xue Ju Yu* (*Introduzione alla psicologia*) del missionario americano W.Martin, pubblicato nel 1898, un anno prima che uscissero i *Principles of psychology* di William James (1842-1910).
Nel 1902 lo studioso giapponese Hattori Unokichi, docente incaricato all'Università metropolitana della Dinastia Qing, pubblicò le *Lezioni di Psicologia* che ebbero una notevole influenza sulla psicologia cinese. Uno studioso cinese **Huang Chen** pubblicò in Giappone un *Compendio di psicologia* (Xin Ling Xue). Un'altra traduzione fu, nel 1907, l'opera del filosofo e psicologo danese Harold Höffding (1843-1931) *Lineamenti di psicologia sulla base dell'esperienza* (1881), di impronta wundtiana, a cura di **Wang Guowei** 王國維 (1877-1927), considerato il padre della psicologia cinese. L'opera ebbe ben 10 edizioni cinesi e pare che abbia influenzato la psicologia cinese nei primi trenta anni del '900.
Cai Yuanpei 蔡元培 (1868-1940), famoso riformatore dell'educazione cinese, nel 1907 approdò in Germania e nel 1908, fino al 1912, si stabilì a Lipsia dove frequentò l'Istituto di Psicologia Sperimentale fondato nel 1878 da W. Wundt (1832-1920) e quivi sotto la guida di Lamprecht e Wundt pubblicò con lo pseudonimo di Kuai Ji Shan Ren nel 1906 un volume dal titolo *Letture sull'ipnosi*. Fu ministro della Pubblica istruzione della Repubblica ma nel 1912, durante la presidenza di Yuan Shikai, si dimise dall'incarico. Tornato in Cina diede alle stampe una traduzione di un volume sulla parapsicologia.
Nel 1917 Cai divenne Rettore dell'Università di Pechino e aiutò **Chen Daqi** 陈大齐 (1886-1983), docente di psicologia e fisiologia, ad aprire il primo laboratorio di psicologia sperimentale in Cina (nel 1917).
Nel 1903 Chen era andato a studiare in Giappone, prima a Sendai e successivamente alla Università Imperiale Giapponese dove, iscritto a filosofia, si laureò nel 1912 in psicologia. Tornato in patria divenne il rettore del Zhejiang College (浙江高等学校) e poi docente alla Scuola di Scienze politiche di Zhejiang (浙江 (私立) 法政专门学校), influenzando i circoli accademici cinesi. In seguito divenne anche rettore facente funzione dell'Università di Beijing.

Cai Yuanpei

Chen Daqi

Nel 1920, il rinnovamento dell'insegnamento portò all'obbligo dell'uso del *baihua*, il dialetto di Pechino riconosciuto come lingua nazionale, nelle scuole elementari: l'uso del *baihua* si diffuse nella produzione letteraria, scientifica e nella saggistica. Fu per la cultura cinese una "rinascenza", una rivoluzione letteraria che si accompagnava a quella politica instaurata da **Sun Yat-sen** con la proclamazione della Repubblica cinese. E questa "rinascita" riguardò anche la psicologia. Il primo testo moderno di psicologia cinese fu pubblicato nel 1918 da Chen Daqi, *Profilo della psicologia* 心理学大纲, che ebbe ben 12 ristampe in dieci anni. Chen, inoltre, tradusse parecchie opere di psicologi tedeschi. Egli, che era caro amico di Lu Xun, fu poi un forte sostenitore del Movimento del Quattro Maggio. Dal 1922 al 1927, Chen fu il capo del Dipartimento di Filosofia dell'Università di Pechino e l'anno successivo ne fu il Rettore; nel 1948 divenne consigliere anziano della politica nazionale per il governo. Nel 1949 si trasferì a Taiwan dove, dal 1954 al 1959, fu il primo Presidente dell'Università nazionale di Chengchi (NCCU). Chen fu anche il primo direttore generale della Confucio-Mencio Society (孔孟学会) a Taipei, alla Nanhai Academy. Pubblicò più di 20 monografie, morì a Taiwan nel 1983. A seguito del Movimento del 4 maggio del 1919 fu pubblicata una ricerca psicologica *Sul pudore delle ragazze di Pechino*: proprio in quell'anno erano state ammesse alla frequenza scolastica le ragazze.
Nel 1920 fu inaugurato il primo Dipartimento di psicologia presso l'Università del Sud-est.
Zhang Yaoxiang 张耀翔(1893-1964) studiò nel 1919 negli USA e, tornato in patria, svolse dei sondaggi di opinione con domande sul costume, il matrimonio e la politica (1922). Si occupò anche di atteggiamenti con ricerche sulla psicologia commerciale e *Studi sul comportamento giovanile*.
Nel biennio 1921-1923 furono tradotti dei testi di psicologia sociale e l'anno successivo **Lu Zhiwei** 陆志韦 **(**1894-1970), il più famoso psicologo di questo periodo, pubblicherà il primo testo cinese sull'argomento: *Nuova psicologia sociale*.
Lu Zhiwei, nato a Wuxing, una provincia di Zhejiang, due anni dopo la laurea conseguita presso l'Università Soochow nel 1913, andò a studiare negli USA dove si laureò alla Columbia University a Chicago; vi ottenne il dottorato di ricerca, dopo aver svolto importanti studi sulla memoria.

Lu Zhaiwei

Tornato in Cina nel 1920 occupò varie cariche accademiche nell'università di Nanjing. Fu il primo ad introdurre le teorie pavloviane in Cina. Nel 1927 giunse a Beijing dove fu professore di psicologia all'università Yenching e professore di ricerca presso l'Istituto di Linguistica fino al 1952.
Lu Zhiwei fu uno studioso versatile: oltre che importante psicologo fu una figura di rilievo della lingua e della poesia cinese, sia per le sue idee critiche che come poeta: fu uno dei primi poeti a lavorare nella poesia cinese moderna, influenzata da uno stile più popolare e dagli sviluppi internazionali. Ben versato sia in letteratura cinese che occidentale, fu uno scrittore delle avanguardie della "Nuova Poesia" e autore di tre volumi di versi: *Crossing the River* 渡河 (1923), *Capodanno e altre poesie* 渡河后集 (1933) e *Canzoni* 申酉小唱 (1933).
Incominciò ad interessarsi alle ricerche di linguistica cinese pubblicando nel 1939 il volume *La struttura dello Hanyu*, la prima completa analisi della struttura linguistica cinese. Nel 1941 fu arrestato dall'esercito giapponese insieme ad altri accademici; durante la prigionia pubblicò nel 1943 *Introduzione alla pronuncia classica*. Dopo la fine della seconda guerra sino-giapponese, Lu fu incaricato di riorganizzare la Yenching University. Dopo la fondazione della Repubblica Popolare di Cina fu eletto nell'Accademia Cinese delle Scienze. Durante la Rivoluzione Culturale, fu criticato e perseguitato come molti altri studiosi dell'epoca. Morì a Pechino nel 1970.
Tang Yue 唐鉞 (1891-1987) nacque nel Fujian, Houguan County e morì a Pechino. Nel 1914 studiò alla Cornell University. Dopo la laurea decise di proseguire gli studi e le attività di ricerca in psicologia presso la Harvard University. Nel 1920 ottenne il dottorato in filosofia. Tornato in Cina, lavorò come professore di filosofia e psicologia all'Università di Pechino, Tsinghua University dove ebbe l'incarico di direttore dell'Istituto di Psicologia e dell'Accademia Sinica. Dopo il 1949 fu professore di filosofia presso la facoltà di psicologia dell'Università di Pechino, e contemporaneamente presidente della filiale cinese della Società di Psicologia a Pechino. Tang Yue pubblicò ricerche sperimentali di psicologia fisiologica sui ratti e parecchie traduzioni di testi di psicologia e di filosofia. Nel 1959 sviluppò un'analisi critica del sistema del pragmatismo in psicologia di W. James. Dal 1960 si dedicò all'insegnamento e alla ricerca della storia della psicologia occidentale, pubblicando nel 1982 il volume *Schema di Storia della psicologia occidentale*.
WangJingxi 汪敬熙 (1893-1968) nacque nella città di Jinan, Provincia di Shandong, e morì nel Wisconsin. Si laureò all'Università di Pechino nel 1919 e nel 1923 conseguì il Ph.D. presso la Johns Hopkins University. Ritornato l'anno successivo in Cina fu docente di psicologia presso l'Università Zhongshan a Pechino. Nel 1934 diresse l'Istituto di Psicologia dell'Accademia Sinica. Nel 1948 fu nominato direttore scientifico presso le Nazioni Unite. Dal 1953 al 1968 fu docente presso la Johns Hopkins University e la University of Wisconsin dove insegnò fino alla morte. Il contributo scientifico di Wang Jingxi fu incentrato sulla psicologia fisiologica e la ricerca comportamentale basata sulla neurofisiologia e studi e ricerche psicofisiologiche sul ciclo sessuale dei ratti e sul comportamento natatorio degli embrioni delle rane. Fu il primo cinese ad introdurre uno strumento elettronico per lo studio delle funzioni del cervello. Nel 1934 registrò con un oscilloscopio i potenziali evocati nel gatto. Fu anche uno dei pionieri della ricerca psicogalvanica, dimostrando che il fenomeno è dovuto alla secrezione delle ghiandole sudoripare e che non ha nulla a che fare con il fenomeno della coscienza. Le sue opere principali sono state: *Il riflesso galvanico della pelle e la misura emozionale* (1930), *Il futuro della psicologia della Cina* (1933), *Al signor Pan Shu sulla profezia psicologica* (1933), *Ricerche di analisi psicologica* (1944) e *La neuromodulazione della secrezione del sudore* (1964).
Pan Shu 潘菽 (1897-1988) dell'Accademia Cinese delle Scienze, nato a Yixing, provincia di Jiangsu, morì a Pechino. Nel 1920 si laureò presso il Dipartimento di Filosofia dell'Università di Pechino. Dal 1921-1927 si trasferì negli Stati Uniti per studiare all' Università di Chicago, conseguendo un master e il dottorato presso l'Indiana University. Dopo il ritorno in Cina fu professore di psicologia presso il Dipartimento della Nanjing University, e direttore dell'Istituto di Psicologia dell'Accademia Cinese delle Scienze. Fu presidente della Società Cinese di Psicologia, Vice Presidente del Comitato Centrale della Società Jiu San e occupò altre cariche. Dedicò più di sessanta anni all'insegnamento e alla ricerca psicologica, ed è ritenuto uno dei principali fondatori della psicologia moderna cinese. Ha insegnato psicologia generale, psicologia sperimentale, psicologia sociale, teorie della psicologia e altri corsi per lo sviluppo della psicologia cinese, dedicandosi alla formazione di un gran numero di giovani

Pan Shu

psicologi. Fu autore di parecchi volumi quali *Introduzione alla psicologia*, *Fondamento psicologico della società*, *Applicazioni della psicologia*, *Psicologia dell'educazione*, *L'intelligenza umana*, e molti altri scritti sulla memoria, le illusioni, la percezione, la personalità, lo studio sperimentale dei caratteri cinesi. Sostenne che la ricerca di base della psicologia è diversa da quella dalle scienze naturali, ed anche dalle scienze sociali, sostenendo delle importanti questioni i cui approfondimenti formarono un proprio sistema teorico.

Kuo ZingYang

Guo Renyuan郭任远, chiamato **Kuo Zing-yang**(1898–1970) fu uno studioso di psicologia fisiologica sperimentale. Nacque a Shantou, nella provincia del Guangdong nel 1898. Nel 1918 andò a studiare negli Stati Uniti.

Nel 1923, a 25 anni, conseguì il dottorato di ricerca presso la University of California, a Berkeley. Nel 1924, tornato in Cina, fondò il Dipartimento di Psicologia presso la Fudan University. Kuo oltre che docente ne fu il Vicerettore e, dal 1924 al 1925, il rettore ad interim. Dal 1927 al 1936 insegnò presso la National Central University e la Zhejiang University, di cui fu rettore dal 1933 al 1936, e dove svolse una delle più importanti ricerche della sua carriera accademica: *Studio epigenetico sul comportamento dell'animale*.

Nel 1935 scoppiò il Movimento "9 Dicembre" che portò ad un grande sciopero degli studenti nella Zhejiang University. Ci furono alcuni gravi conflitti tra Kuo e alcuni studenti e docenti, ed egli fu descritto come "autocratico" nella gestione di questo incidente. L'intervento di Chiang Kai-shek portò alle dimissioni di Kuo dal suo incarico di rettore dell'università. Dal 1936 al 1945, Kuo fu visiting scholar negli USA, dove si dedicò alla ricerca e all' insegnamento in diverse università americane. Fu anche visiting professor presso la UC Berkeley, la Yale University e l'Università di Rochester; inoltre fu ricercatore presso la Carnegie Institution di Washington, DC.

Dal 1946 al 1970, Kuo risiedette a Kowloon, Hong Kong dove ricoprì l'incarico di amministratore della Università di Hong Kong, città dove morì a 73 anni nel 1970.

Kuo Zing-yang fu un comportamentista radicale e un rinnovatore dell'educazione, oltre che personaggio politico di rilievo. Quando, dopo la Seconda Guerra Mondiale, abbandonò la Cina comunista per Hong Kong, svolse un importante studio sul carattere nazionale cinese.

Nel 1921 fu fondato il **Partito Comunista Cinese** e nello stesso anno venne fondata la **Società Cinese di Psicologia;** l'anno successivo vennero pubblicati il primo *Giornale Cinese di Psicologia* e la *Rivista Cinese di Educazione*. Nel 1922 fu pubblicata la traduzione tedesca di un volume di K. Marbe sulla *Psicologia forense*. Nel decennio 1920-30 fecero ritorno in patria parecchi giovani psicologi che avevano studiato negli USA e in Europa e furono create nuove facoltà di psicologia presso le Università Tsinghua di Pechino e Fudan di Shanghai. Nel 1923 'sbarcò' in Cina W. A McCall, con la funzione di direttore di ricerca psicologica dell'Associazione Nazionale per il Progresso Educativo, che diede impulso allo studio ed uso dei test psicologici. Nel 1925 fu tradotto un libro di Psicologia infantile. Nel 1927 **Chou S.K.**(周先庚 Zhou Xian Geng) riferiva che in Cina c'erano 10 dipartimenti universitari di psicologia, ma non tutti forniti di apparecchiature e di laboratori. Nel decennio 1922-1932 Chou pubblicherà in inglese, sull'American Journal of Psychology, tre articoli riguardanti la situazione della psicologia in Cina in quel periodo.

Nel 1930 fu fondata a Nanchino la Società Cinese dei Test Psicologici con tre obiettivi: 1) approntare la preparazione dei test; 2) coordinare i programmi di ricerca dei test psicologici e scolastici; 3) promuovere l'uso dei test nella scuola, nell'industria e in altri ambiti. Il progresso in questi ambiti favorì gli studi psicologici sull'infanzia e così nel 1931 fu aperto alla Peiping Fu Jen University (l'Università Cattolica di Pechino, rifondata nel 1961 a Taiwan), un laboratorio di psicologia dell'età evolutiva dove molti bambini furono sottoposti a test e ad osservazioni scientifiche. **Liao Shicheng**廖世承 **(**1892-1970), a seguito di queste indagini, pubblicherà il saggio *Psicologia educativa*. Sempre in questi anni vengono fondate la Società di Psicoanalisi e nel 1937 l'Associazione Cinese per l'Igiene Mentale. Le principali correnti che influenzarono la psicologia cinese furono il funzionalismo, il behaviorismo, la psicoanalisi e la psicologia della Gestalt.

Nel periodo 1922 e il 1940 furono pubblicati 370 titoli di psicologia.

Uno psicologo molto importante per la storia della psicologia cinese è **Gao Juefu** 高觉敷 (1896-1993) la cui opera è stata fondamentale e principale riferimento per una ricostruzione della disciplina. Gao fin dagli anni '20 tradusse parecchi testi e oltre 100 pubblicazioni scientifiche, soprattutto dal tedesco. Nel 1927 pubblicò una

Psicologia nell'epoca dell'anarchismo. Nel 1931 tradusse alcune opere di Freud con un commento critico. Nel 1933 tradusse la *Psicologia infantile* di K. Koffka, la *Psicologia della Gestalt* di W.E. Köhler, alcuni scritti di E.G. Boring e di K. Lewin. Nel 1935 portò alle stampe una sua *Psicologia moderna*. La sua opera principale è la *Storia della psicologia nella Cina moderna* (1986) della quale sono state pubblicate varie edizioni aggiornate; l'ultima, quella da noi consultata, risale al 2010.

Le vicende politiche della Cina: dalla Repubblica alla Repubblica Popolare.
Nel 1923 il presidente Sun Yat-sen lancia i tre principi politici fondamentali: indipendenza del paese, governo democratico, socializzazione delle imprese di pubblica utilità, oltre all'amicizia con l'URSS e l'alleanza con i comunisti. Nel 1925 muore Sun Yat-sen e viene costituito un governo nazionale con i rappresentanti del Guomindang (Kuomintang). Gli succede Chiang Kai-shek (蒋介石 Jiang Jieshi) che nel 1927 fa strage dei comunisti e rompe le relazioni diplomatiche con l'URSS. A causa dell'occupazione del Giappone, si arriva ad un accordo fra il Guomindang e i comunisti sotto la guida di Chiang Kai-shek e del Partito comunista (PCC).
Nel 1927 Chiang Kai-shek accusa i comunisti di attività antinazionale e rinnega l'unità con il PCC. Nel 1930 viene costituito un esercito di liberazione e l'anno successivo, mentre i giapponesi occupano la Manciuria, avvengono i ripetuti tentativi del Guomindang di distruggere l'esercito comunista. I giapponesi, successivamente, attaccano Shanghai e creano lo stato fittizio del Manciukuò. Il Guomindang inizia trattative con il Giappone e attacca i comunisti. Mao Tse–tung, attraverso la "Lunga marcia" di 10.000 km (1934-35), si rifugia nel Hunan con i principali quadri del partito e costituisce una repubblica popolare con un governo a somiglianza di quello sovietico. Nel 1936 il Giappone aggredisce la Cina e Chiang Kai-shek si trasferisce da Nanchino a Chongqing. I comunisti ormai procedono all'occupazione della Cina continentale: nel 1949 viene proclamata la Repubblica Popolare Cinese. Chiang Kai-shek si ritira nell'isola di Taiwan (Formosa). Nel 1950 viene firmato un trattato russo-cinese e il governo cinese vara la legge sulla riforma agraria (alleanza con il mondo contadino) e, successivamente, il primo piano quinquennale (1953-1957) a cui segue il lancio del Grande Balzo e delle comuni popolari. Nel 1960 si deteriorano i rapporti con l'URSS che ritira dalla Cina i suoi tecnici: si interrompono le relazioni diplomatiche e culturali con la Russia.

In questo periodo vi furono alcuni contributi psicologici abbastanza significativi, soprattutto in campo educativo.
Nel 1920 **Chen Hequin** 陳鶴琴 (1892-1982) svolse delle ricerche in un asilo infantile di Nanchino i cui risultati verranno pubblicati in un volume del 1925 *Ricerche di psicologia infantile*. Nel 1930 **Huang Yi** 黄翼 (1903-1944), docente di psicologia all'università del Zhejiang, apre un laboratorio di ricerca e pubblica una ricerca, *Spiegazione di fenomeni particolari dell'infanzia,* in cui confronta bambini cinesi ed inglesi. Pubblicherà un testo di *Psicologia infantile* (1942). Importanti i contributi di **Chen Li** 陈立 (1902-2004) nel campo della psicologia industriale. Nel 1935 pubblicò un testo *Principi di psicologia industriale* e due anni dopo svolse una ricerca sulla selezione degli operai, al fine di aumentare la produttività, in una fabbrica che produceva filati per tessuti. Approntò un laboratorio per lo studio della fatica mentale nel lavoro col fine di ridurre ed evitare gli infortuni grazie ad un miglioramento dei metodi di lavoro.
Nel 1945 **Ding Zan** 丁瓒 (1910-1968), che si era occupato di psicologia medica, pubblicò un testo *Igiene mentale* e, nel 1947, *Perfezionamento della psicologia della gioventù*. Nel 1949 **Ai Wei** 艾偉 (1890-1955) si occupò di psicologia pedagogica e studiò il problema della scrittura cinese e della terminologia in particolare la semplificazione dei caratteri cinesi (1949); collaborò con il Ministro dell'educazione per il rinnovamento della scuola di base e l'istituzione di un libro scolastico unificato.

L'istruzione universitaria in Cina
A partire dal 1949 la situazione dell'istruzione universitaria mostrava una forte influenza americana e la presenza di personale poco favorevole al comunismo; gli studenti provenivano in gran parte dalle vecchie classi dei commercianti e dei burocrati, cioè quelle che più sarebbero state danneggiate dall'avvento del comunismo. Il Ministero dell'Istruzione Superiore era preoccupato per la carenza di scienziati e tecnici e vi si discuteva vivamente del lavoro che veniva svolto nelle università (Lauwerys,

1968). Scriveva Mao Tse-tung: «Se, dopo aver letto qualche opera marxista, i nostri intellettuali acquisissero anche qualche comprensione del marxismo a contatto delle masse operaie e contadine e nel loro lavoro pratico, allora parleremmo tutti lo stesso linguaggio... della concezione comunista del mondo, e il lavoro di noi tutti se ne avvantaggerebbe di sicuro» (1952).

Influenza della psicologia sovietica (1950-1970)

Nel decennio di soggezione alla politica e alla cultura sovietica, i dipartimenti indipendenti di psicologia furono chiusi e la psicologia divenne una disciplina secondaria della filosofia e della pedagogia. Come era avvenuta in URSS, il periodo che va dal 1949 fino al 1958 fu caratterizzato per la psicologia cinese, sul modello sovietico, da considerazioni teoriche e da studi sperimentali sull'attività cerebrale, e sulle basi fisiologiche dei vari processi psicologici. Questa "nuova" psicologia era caratterizzata dal materialismo dialettico e dal modello pavloviano che era stato approvato nel 1950 dall'Accademia Sovietica delle Scienze Mediche: si trattava di un modello in cui la teoria dei riflessi condizionati era alla base delle indagini biologiche e mediche, ivi compresa la psicologia subordinata alle discipline pedagogiche. Per raggiungere questo obiettivo fu pubblicato nel 1956 *Translation Journal of Psychology* che conteneva articoli selezionati dalla rivista russa *Voprosy Psikhologii* (Problemi di psicologia), che continuarono fino al 1958. Il primo rettore della Università Centrale di Pechino, Pan Shu, nel 1951 fu nominato Direttore dell'Istituto di Psicologia dell'Accademia Cinese delle Scienze; egli riuscì a salvare la ricerca di base, in particolare le ricerche sulla percezione visiva e sulla psicologia dello sviluppo, che tuttavia si dovettero fondare sul metodo pavloviano. La ricostruita psicologia scientifica fondandosi sui principi marxisti in Cina, come tutti i campi della scienza e della tecnica, fu posta al servizio delle larghe masse popolari e della causa della costruzione del paese: «Negli psicologi cinesi si rafforzò la consapevolezza che la teoria e i metodi della psicologia trasferiti dai paesi capitalisti non corrispondevano alle esigenze del paese e richiedevano una radicale revisione. Essi decisero di ricostruire il proprio lavoro sulla base del marxismo e del leninismo e fu naturale quindi il sorgere di un forte desiderio di studiare l'eredità di Pavlov» (Massucco Costa,1963).

La rivista *Acta Psychologica Sinica*, fondata nel 1956, divenne la rivista ufficiale della Società Cinese di Psicologia ricostituita nel 1955. Parecchi articoli pubblicati fino al 1959 erano sia teorici che a sfondo politico, ad esempio *In che modo la psicologia può servire alla ricostruzione del socialismo* di **Chen Da-Rou** 陈大柔 del 1959. Il comportamentismo classico e il neo-comportamentismo, in quanto prodotti del capitalismo americano, vennero criticati, ritenuti in antitesi con il punto di vista del comunismo cinese e perciò reazionari. La teoria si fondava sulla dialettica e non era meccanicista: «Il behaviorismo, che aveva preso a prestito la teoria del condizionamento pavloviana, aveva però ingannato il popolo». In analogia con quanto succedeva in URSS, furono abolite le ricerche di psicologia sociale e l'uso dei test psicologici e la considerazione metodologica sulle differenze individuali fu sostituita da quelle sociali. Il lavoro di Kuo Z.Y. sul comportamento degli animali fu fortemente criticato e associato alla propaganda reazionaria del capitalismo americano. Nel 1957 con il *Movimento dei 100 fiori* vi fu un momento di una certa apertura culturale in cui gli psicologi discussero su parecchi aspetti riduzionisti della psicologia concludendo che si andava verso un divorzio dalla realtà, assumendo la necessità di una componente pratica o applicata per cui molti psicologici, come molti altri intellettuali, si spostarono dal laboratorio alle applicazioni nelle fabbriche, negli ospedali e nella scuola. Anche alla psicologia della Gestalt fu mossa una forte critica da **Chu Hsi-Liang** 朱希亮 (Zhu Xiliang, 1900-1978**)** che la interpretò come legata al soggettivismo idealista e poi al totalitarismo imperante in Europa. La teoria della Forma fu contrastata essendo contraria alla visione pavloviana, in particolare l'isomorfismo di Köhler (la tesi di una corrispondenza strutturale completa tra il campo fisico, il campo nervoso e il campo percettivo), comprese le sue interpretazioni "antropomorfiche" negli studi sulle scimmie. Critiche furono pure mosse ai termini di ambiente comportamentale di Koffka (quel complesso di situazioni che assumono una determinata caratteristica e relazione per un soggetto) e di ambiente psicologico di Lewin (tutti quegli elementi psicologici che non solo sono presenti nella coscienza della persona, ma agiscono e si rivelano in una situazione momentanea). La psicologia cinese che aveva aderito al gestaltismo fu additata come una pseudoscienza borghese e molti psicologi che la professavano furono perseguitati.

Al contrario, nel decennio di influenza dell'URSS, un preciso impegno della psicologia cinese fu rivolto ai problemi dell'educazione che si realizzò in un congresso del 1962. Già nel 1965 solo il 10 % degli *Acta Psychologica Sinica* era dedicato a problemi politici, mentre il resto era prevalentemente dedicato ai problemi educativi e a ricerche sperimentali sulla percezione. **Tsao C.Y.** (曹傳詠 Cao Chuanyong) e **Shen Yeh** (沈曄 Chen Ye) nel 1965 condussero una serie di esperimenti sull'apprendimento e sul riconoscimento dei caratteri della lingua cinese nella scuola elementare. Chou analizzò sperimentalmente gli errori fatti nell'apprendimento dell'algebra nella scuola media; Tsao e collaboratori studiarono il sistema uomo-macchina nel controllo in una centrale elettrica e una terapia breve integrata sul burn-out lavorativo in un gruppo di operai che partecipavano ad una sperimentazione in una acciaieria di Beijing (Pechino).
In Cina l'intellettuale solitario tanto imprudente da esprimere i suoi dubbi venne rapidamente spedito a rieducarsi, quando non addirittura eliminato. Il pensatore e politico Liu Shaoqi 刘少奇 teorizzò la *rieducazione o risocializzazione o persuasione coercitiva*, come fu descritta da Schein (1956), una sorta di lavaggio del cervello, fondandola sulla filosofia confuciana. Il comunismo cinese condannava la tendenza a guardarsi indietro, considerato un invito a piangere invece che ad agire. Del passato valorizzarono la fede nello sforzo collettivo, in cui tutta la nazione è volta al raggiungimento di un bene comune. Il presente è un glorioso capitolo di una lunga e gloriosa storia passata: la tradizionale tendenza a sacrificare le ambizioni personali per il bene del gruppo; una tradizione particolarmente evidente nella supremazia della famiglia. Le comuni, lanciate nel 1958, trovarono qualche oppositore, in persone generalmente occidentalizzate: intellettuali, uomini d'affari industriali. Questi, ritenuti 'non cinesi', vennero sottoposti alla risocializzazione fino a quando non si sottomisero o furono eliminati. Secondo uno studioso dei problemi asiatici «Il comunismo in Cina è una risposta a certe profonde necessità dello spirito cinese, in quanto esso non è soltanto una dottrina economico-politica bensì una filosofia totale che cerca di armonizzare Cielo e Terra, come fece il confucianesimo nel passato» (Edwardes 1962). Lo psicologo sociale americano Schein ha intervistato parecchi ex prigionieri di guerra americani dei cinesi, per descrivere e comprendere in cosa consistesse questo processo di risocializzazione, che poneva l'accento sul completo controllo che i soggetti comunicanti (le Guardie rosse) avevano sui soggetti rispondenti (gli oppositori al regime rivoluzionario) sia riguardo alle comunicazioni sia riguardo alla somministrazione delle punizioni e delle ricompense, cioè de-socializzare una persona fino a trasformarla completamente, controllando le strutture sociali che concorrono a mantenerla quale era.

La Rivoluzione culturale (1965-1976)
Nel 1965 Mao Tse-Tung (Zedong), deciso a recuperare la pienezza del potere, scatenò contro i suoi avversari politici un amplissima controffensiva detta Rivoluzione culturale che colpì tutti i dirigenti che avversavano la sua linea politica. Le masse giovanili, soprattutto gli studenti, vennero spinte a contestare e processare i professori e le personalità politiche colpevoli di avere esaltato la competenza scientifica e professionale e quindi accusati di volere restaurare il capitalismo. Tra i giovani vennero reclutate le Guardie Rosse, che diffusero in tutta la Cina la dottrina di Mao condensata in un famoso *Libro Rosso* e fecero del Grande Timoniere oggetto di culto della personalità. Durante la Rivoluzione culturale gli scontri più gravi accaddero a Wuhan e a Canton nel 1967 e culminarono con l'incendio dell'ambasciata inglese a Pechino. Le battaglie fra le opposte fazioni, le crescenti carenze economiche e il blocco delle università rischiarono di far precipitare la Cina nell'anarchia, per cui la Rivoluzione Culturale venne frenata dagli stessi capi che l'avevano scatenata e ciò comportò una parziale rivincita della fazione anti-maoista. Nel 1972 il presidente USA Nixon andò in visita ufficiale a Pechino: vennero riallacciati i rapporti diplomatici, commerciali e culturali della Cina con il mondo occidentale. Nel 1976 morì Mao e la nuova dirigenza capeggiata da Deng Xiaoping attuò le *quattro modernizzazioni* che riguardavano l'industria, l'agricoltura, l'esercito e la formazione tecnico-scientifica, stemperando le velleità della Rivoluzione Culturale: nel periodo che andò dal 1979 al 1983 vennero sciolte le Comuni rurali che erano state istituite per vincere la fame che colpiva i contadini cinesi, la maggior parte della popolazione, con la politica fallimentare del *Grande Balzo*.

La psicologia cinese durante la Rivoluzione Culturale (1965-1976)
Nel corso della Rivoluzione Culturale, a seguito delle dispute ideologiche, la ricerca psicologica fu completamente abbandonata a causa delle sue radici occidentali e ad-

ditata come pseudoscienza borghese. Scriveva Mao Tse-tung «Coloro che hanno un'esperienza di lavoro pratico, devono fare uno studio teorico e lavorare come si deve sui libri e soltanto allora potranno sistematizzare la loro esperienza, sintetizzarla ed elevarla a livello della teoria»(1942). Molti psicologi vennero ritenuti nemici di classe dello stato e perseguitati. Emblematico è il caso di Lu Zhiweiche che fu contestato e criticato dalla cultura rivoluzionaria e perseguitato insieme ai suoi studenti; morirà qualche anno dopo, nel 1970. La psicologia fu un preciso bersaglio di una figura fondamentale del partito comunista, Yao Wenyuan, ministro della propaganda, che in un articolo attaccò le ricerche sulla preferenza del colore e della forma nei bambini di Chen Li 陈立e Wang Ansheng 汪安圣, nel momento in cui stava scoppiando la rivoluzione: tali ricerche furono ritenute astratte rispetto alle necessità del popolo in quello specifico contesto sociale. Nel 1966 la Rivoluzione Culturale pose fine ad ogni ricerca psicologica per effetto di un anti-intellettualismo militante. L'intervento delle Guardie Rosse determinò che tutte le associazioni di psicologi fossero completamente abolite. I docenti e i ricercatori di psicologia furono allontanati dalle università e licenziati. Parecchi psicologi furono adibiti ad altri compiti lavorativi o inviati nei campi di lavoro. Per dieci anni le porte delle università rimasero chiuse. Alla base di questi eventi erano state ritenute fondamentali le parole di Mao «Il marxismo-leninismo è una scienza che tutti i rivoluzionari devono studiare, e i lavoratori della letteratura e dell'arte non fanno eccezione. Essi devono studiare la società, devono studiare cioè le varie classi della società, i rapporti reciproci fra le classi, le condizioni, la caratteristica e la psicologia di ognuna di esse» (1968). Va ricordato però che già durante la seconda guerra Cino-Giapponese (1943) lo studio della psicologia era stato sospeso in Cina.

La psicologia cinese dopo la fondazione della Repubblica Popolare Cinese (R.P.C.).
La riabilitazione delle classi intellettuali vilipese nel periodo 1966-1976, con il rovesciamento della "banda dei quattro", inaugurò una nuova visione nello sviluppo delle scienze sociali, che si tradusse nella costituzione di una Accademia delle Scienze Sociali. La vita intellettuale fu caratterizzata da un'apertura al mondo esterno, in particolare una sorta di riabbraccio con la comunità scientifica americana di origine cinese. Anche la psicologia fu riabilitata e nuovi orientamenti si aprirono alla ricerca, come si può vedere nel recente Handbook pubblicato ad Hong Kong (2010). Attualmente la psicologia cinese segue un approccio multidimensionale al fine di rispondere ai bisogni del movimento di modernizzazione della Cina. **Jing Qicheng** 荆其诚 (1926-2008), un pioniere nelle principali riforme della psicologia cinese con un successo internazionale, dedicò la sua vita scientifica alla realizzazione di una teoria psicologica, ai processi cognitivi, in particolare agli studi sulla percezione cromatica, e al modello psicologico di sviluppo, particolarmente dei bambini delle famiglie cinesi. Si dedicò alla formazione di molti giovani psicologi cinesi che oggi fanno parte della comunità scientifica in Cina. La Società Cinese di Psicologia (SCP),che era stata fondata nel 1921, fu formalmente ricostituita a Beijing nel 1955 e venne a far parte della International Union of Psychological Science nel 1980. La SCP nel 1993 varò il primo Codice Etico dell'Assessment psicologico e nel 2004 organizzò a Beijing il Congresso Internazionale di Psicologia. La Società Cinese di Psicologia, con oltre 3000 soci, è oggi membro della International Union of Psychological Science. Attualmente copre 15 aree di ricerca ed applicazione della psicologia incluse la Psicologia Generale e sperimentale, la Teoria in Psicologia, la Educativa, la Forense, l'Industriale e quella Medica, Militare, Psicofisiologica, Scolastica, Sociale, il Counseling e della Personalità, dello Sport, dello Sviluppo, della Psicometria. Gli psicologi sono stati accolti presso varie istituzioni come le scuole, i college, le università, gli ospedali e alcuni dipartimenti governativi. Il bisogno di psicologi professionisti è in crescita nell'amministrazione, negli affari, nei servizi sanitari con uno specifico training professionale. La psicologia è divenuta una disciplina con crescente attrattiva per le giovani generazioni che aspirano ad entrare nei corsi universitari.

La psicologia a Taiwan (Formosa)
Nel 1949 Mao Tse-tung proclamò a Pechino la Repubblica Popolare delle Cina (R.P.C.) che venne riconosciuta l'anno successivo dalla Gran Bretagna, dall'URSS e dai paesi del blocco comunista. Chiang Kai-shek, sconfitto, si ritirò con parecchi cinesi non comunisti a Taiwan (Formosa), che si costituì come Repubblica Nazionale Cinese (R.N.C.) o Cina Nazionalista, autonoma dalla R.P.C. sino al 2044. La R.N.C. venne riconosciuta

dagli USA e da altre nazioni occidentali. Nel 1955 gli USA si impegnarono a difendere Taiwan dalle ingerenze della Repubblica Popolare Cinese.
A Taiwan la psicologia fu introdotta con la costituzione del Dipartimento di Psicologia, l'attivazione di un corso di laurea, di un centro di counseling e di un centro per lo studio dell'infanzia. Parecchi psicologi senza posizioni accademiche lavorarono presso il Psychological Research Bureau istituito nel 1951 dal Ministero della Difesa Nazionale con lo scopo di costruire dei test per la selezione del personale militare A partire dal 1958 venne pubblicata la rivista *Acta Psychologica Taiwanica* e dal 1967 *Psicologia ed Educazione,*dedicata soprattutto a indagini sperimentali sull'apprendimento, la percezione, la psicofisiologia, la personalità, la clinica, la psicologia educativa e la psicologia sociale. Fin dal 1963 l'Associazione di Psicologia comprendeva molti psicologi, alcuni dei quali si erano formati in Francia e negli USA. A partire dall'anno successivo, appartenevano alla Associazione Cinese dei test Psicologici 254 iscritti e 240 all'Associazione Cinese di Igiene Mentale.

La psicologia a Hong Kong
Il primo ministro inglese Margaret Thatcher e quello cinese Deng Xiaoping si impegnarono a restituire Hong Kong e i suoi territori alla R.P.C. nel 1997. Nell'accordo si convenne che c'era un solo paese (quello cinese) e due sistemi (quello socialista e quello capitalista) fino al 2049. Nel 1997 Hong Kong è stata restituita alla Cina, potendo godere di uno statuto speciale.
Legati all'università di Hong Kong, operavano nel 1963 una dozzina di psicologi presso il dipartimento di filosofia e quello dell'educazione, e si dedicavano alla ricerca. Trentatré anni dopo, la situazione si è molto evoluta ed ampliata; infatti nel 1996 è stato pubblicato *The Oxford Handbook of Chinese Psychology* curato da Michael H. Bond, professore di psicologia e capo del dipartimento di scienze sociali applicate del Politecnico Universitario di Hong Kong. Si tratta di una importante opera, composta da ben 42 capitoli specialistici, con il contributo di 64 psicologi ricercatori cinesi oltre ad alcuni psicologi inglesi.

La psicopatologia e la psicoterapia in Cina
Nella lingua cinese, la descrizione generale del comportamento mentalmente disordinato è **kuang** 狂.
La parte sinistra del carattere rappresenta un cane, che morde ferocemente e indiscriminatamente. Questa interpretazione suggerisce che l'idea cinese di follia deriverebbe dalla rabbia dei cani anche se non ci sarebbero prove certe per dimostrare che la prima spiegazione eziologica della malattia mentale sia stata attribuita alla rabbia, anche se la prevalenza della rabbia sia stata senza dubbio una delle principali preoccupazioni in dati momenti. Una rassegna dello sviluppo di concetti psichiatrici nella medicina tradizionale cinese ci indica che la classificazione diagnostica e la terminologia hanno sofferto di mancanza di precisione e di sistematizzazione teorica. Nel periodo imperiale la malattia mentale era considerata un tabù familiare; con la Repubblica popolare fu ritenuta essere dovuta a cause politiche «la malattia mentale è il risultato delle ingiustizie del capitalismo»; tali concezioni psicopatologiche sono state fluttuanti a seconda dell'evoluzione politica del potere centrale. La presenza di una psicopatologia significava un disonore e una colpa per il clan familiare e in questo ambito andava affrontata restando un affare interno alla famiglia e ciò spiega la segregazione nell'ambito familiare e la presenza di pochi posti letto psichiatrici negli ospedali. Nel periodo coloniale la psicopatologia aveva una impronta kraepeliana, ad indirizzo nosologico, per le influenze della psichiatria tedesca. Uno degli esempi più significativi e più discussi è certamente quello della nevrastenia, termine di origine greca che significa letteralmente "mancanza di forza nervosa", tradotto in cinese come *shenjing shuairuo*. Nel periodo del Guomindang si impose una visione psicobiologica a impronta americana, e a partire dal 1949 la psicopatologia si sviluppò sotto l'influenza pavloviana. Data l'importanza della psichiatria biologica, la cura era quasi esclusivamente fisico-biologica e la "neurastenia" serviva a coprire un ampio ventaglio dei disturbi nevrotici e depressivi. Quando la famiglia riconosceva la propria impotenza di fronte alla gravità della patologia del familiare si rivolgeva alle terapie legate alla religione popolare. Gli shamani rilevavano la colpa da riparare, i preti taoisti offrivano consigli per affrontare i conflitti quotidiani, arricchiti da pratiche magiche o esorcistiche. Gli indovini buddisti consultavano un antenato negli inferi per risolvere la crisi familiare; venivano

consultati Astrologi, specialisti del Feng-shui (energie telluriche) e maghi.
Un metodo psicoterapeutico tradizionale si fondava su una concatenazione dell'inibizione di 5 emozioni: la collera, la preoccupazione, la paura, la gioia e la tristezza. Quando una di queste emozioni dominava il paziente, lo si metteva 'a posto' facendogli provare l'emozione inibitrice: così a una persona colpita da collera patologica, si suggerivano delle cose tristi. Questo tipo di terapia non è più attuale.
Liu K.C. svolse ricerche nell'ambito della psicologia medica proponendo un metodo per la cura dei malati di mente, simile allo Zen giapponese.
Nel decennio della Rivoluzione culturale la malattia mentale fu considerata quale risultato di un disadattamento alla nuova società e ad un attaccamento alle idee erronee.
Un articolo di **Mao Tse-tung** del 1965, "Da dove provengono le idee giuste", divenne parte della Risoluzione del Comitato centrale del Partito su alcuni problemi dell'attuale lavoro nelle campagne, decretando l'impegno di uscire da un pessimismo egocentrico e di fare appello alla coscienza collettiva fondandosi su una dialettica razionale praticata in riunioni politiche, con una azione di autocritica delle proprie idee irrazionali (contro rivoluzionarie) e l'impegno al cambiamento sotto la pressione del gruppo. Scriveva Mao: «Non vi sono altri mezzi per provare la verità... che attraverso la prova della pratica... Spesso si può giungere a una conoscenza giusta solo dopo molte ripetizioni del processo che comporta il passaggio dalla materia allo spirito, poi dallo spirito alla materia, cioè dalla pratica alla conoscenza, poi dalla conoscenza alla pratica».
A partire dagli anni '70 si è assistito al ritorno della psichiatria biologica; la nevrosi e la neurastenia vennero trattate con la medicina tradizionale cinese (agopuntura) o anche con tecniche di decondizionamento, in omaggio al pavlovismo. Per gli isterici e gli psichici impressionabili l'agopuntura agirebbe come un fatto suggestivo. Il riconoscimento dell'influenza della musica sugli stati mentali (in omaggio al confucianesimo) ha comportato l'uso della musicoterapia e il recupero della tecniche tradizionali quali il Taijie, il Qigong, strumenti che favoriscono la concentrazione, il rilassamento e la percezione corporea profonda.
A seguito di una domanda crescente da parte dei servizi di salute mentale, gli psicologi del Comitato clinico e di counseling elaborarono un codice etico per gli psicologi clinici cinesi impostando un sistema di riconoscimento e di regolamentazione dell'attività psicologico- clinica. Fu il primo passo per la professionalizzazione dei servizi psicologici al servizio della società.
Già dalla fondazione della Repubblica Popolare Cinese gli psichiatri cinesi pensarono all'elaborazione di un proprio sistema di classificazione delle malattie mentali, ma a causa degli eventi politici che caratterizzarono la storia del paese negli anni Sessanta e Settanta, la prima versione del *Chinese Classification of Mental Disorders* (CCMD, Zhongguo jingshen zhang'ai fenlei yu zhenduan biaozhun) fu pubblicata solamente nel 1979.

Incontro di Shizhao con Mao,1963.

Dai Bingham

La psicoanalisi in Cina
L'introduzione e la conseguente diffusione del freudismo in Cina ebbe inizio nel 1919-20, quando esso parallelamente acquisiva popolarità in Europa. Trovò una grande predisposizione del mondo intellettuale cinese verso l'occidente e si realizzò attraverso e grazie all'influenza del Giappone e del continente europeo e a studiosi come **Pan Guangdan** 潘光旦 (1899-1967)e l'intellettuale dissidente **Zhang Shizhao** 章士钊 (1881-1973).
Quest'ultimo in particolare, durante un periodo di studi in Germania, scrisse a Freud in prima persona: è stata, infatti, ritrovata la lettera (datata 27 maggio 1929) che testimonia la corrispondenza epistolare tra il padre della psicanalisi e Zhang e che rappresenta l'unica documentazione di un diretto contatto con l'ambiente letterario cinese. Tra il 1919 e il 1949 furono pubblicati in Cina molti libri, traduzioni e studi critici, rispettivamente cinesi e stranieri, aventi come soggetto interpretazioni e reazioni alla psicanalisi freudiana. Nel 1931 Gao tradusse alcune opere di Freud con un commento critico. Gran parte del materiale fu tradotto in cinese dal tedesco e dall'inglese, ma i letterati cinesi ebbero anche accesso a traduzioni critiche provenienti dal Giappone.
Dai Bingham 戴秉衡 (1899-1996), laureato alla St. John's University di Shanghai, seguì una formazione analitica di Leon Saul e una supervisione di Karen Horney mentre studiava per il dottorato in sociologia a Chicago.

Era stato indirizzato da Harry Sullivan, che lo conobbe nel corso di un seminario alla Fondazione Rockefeller nel 1932. Tornato in Cina nel 1935, Dai Bingham ebbe un ruolo al *Peiping Union Medical College*, dove insegnò psicologia medica ai medici cinesi, creando un piccolo gruppo di formazione analitica per quelli che seguivano pazienti mentali, con l'obiettivo di sensibilizzarli a forme di terapia basate su un sistema di pensiero che partiva dalla cornice freudiana di riferimento, ad imitazione dei suoi formatori americani. Dai Bingham invece di vedere i problemi di personalità solo in termini tipicamente freudiani di tensione intra-psichica, cercò di comprenderli nei loro contesti culturali e sociali, un orientamento che doveva molto all'influenza di Sullivan.

BIBLIOGRAFIA

-G.Aleni :《性學摘述》*Xingxuecushu*, (*Compendio di psicologia*).
-Blowers G.H. (1996)The continuing prospects for a Chinese psychology. In M.H. Bond (Edt.) The Oxford Handbook of Chinese Psychology.Oxford University Press,Hong Kong,5-18.
-Bond M.H. (1996) (Edt.) The Oxford Handbook of Chinese Psychology. Oxford University Press,Hong Kong.
-Centro Culturale SunYat-sen. (1983) Breve storia del miracolo economico della Repubblica di Cina a Taiwan. Roma.
-ChengHao, ChengYi 程颢，程颐：《二程集》(2008); Di Guangshun: *A Comparative Research on ChengYi and ChengHao s Thought of Moral Education*, 《中国德育》 Chinese Journal of moral education, 9.-Colajanni N. (1994) La Cina contemporanea 1949-1994.Newton,Roma. -Confucio 孔《论语》 (2006)I Dialoghi. Einaudi, Torino.
-E.Corsi (2015) *Percezionisensoriali e conoscenzasecondoil Xingxue cushu 性學摘述 di Giulio Aleni S.I.*; in *Missioni, saperi e adattamentotra Europa e imperi non cristiani*, Università di Macerata.
-DongShaoxin 董少新 (2007)*Aleni'sXingxuecushu and model of introduction and influence of western medicine in China*. Studies in the History of Natural Sciences, vol.26, n.1.
-DongZhongshu 董仲舒：《春秋繁露》.Chinese Text Project, http://ctext.org/chun-qiu-fan-lu: 《淮南子》
-Fan Zhen 范缜：《答曹舍人》《神灭论》 (1978 – 1993) Shen Mie Lun (Sulla mortalità dell'anima)Versione cinese inclusa nella *Grande Enciclopedia della Cina*, 1978÷1993.-Fappani A. & Marchetti G. (2014) SunYat Sen,Padre della patria cinese. Fondazione Civiltà Bresciana, Brescia.
-Franke H. &Trauzettel R. (1969) L'impero cinese. Feltrinelli, Milano.
-Gao Juefu 高觉敷：《中国心理学史》(1987);*History of Chinese psychology*, Renminjiaoyu-chubanshe, Shanghai.
-Gao (Zao) Juefu . (2010) Storia della psicologia nella Cina moderna. People's Education Press ,Beijng (edizione cinese).
-Han B. & Zhang K. (200/9 Psychology in China. *The Psychologist*,20,734-736.
-Higgins L.T. &Zheng Mo (2002) An introduction to Chinese psychology. Its historical roots until the present day. *The Journal of Psychology,*136,225-239.
-Hsu F.L.K. (1955) La famiglia in Cina. In R.N. Hansen (Ed.) La famiglia, la sua funzione e il suo destino. Bompiani,Milano,93-116.
-Huang Xiu Feng黄秀凤 e G.F.Cretti (2011) La Cina nella cartografia da Tolomeo al XVII secolo 论中国地图学从托勒密时期到十七世纪 I Mappamondi di Matteo Ricci e Giulio Aleni. Fondazione Internazionale Matteo Ricci – Macerata e Fondazione Civiltà Bresciana. Brescia
-Kaltenmark-Ghéquier O. (1956) La letteratura cinese. Garzanti,Milano. –Laozi 老子：《道德经》(1995) Dao dejing;*Illibrodellavirtù e della via: ilTe-tao-ching secondo ilmanoscritto di Ma-wang-tui*,Mondadori, Milano.
-Li Shizhen 李时珍：《本草纲目》 (2003) Bencao Gangmu: Compendium of Materia Medica (6 vols.), Foreign Languages Press, Peking.
-LiuShao 刘劭：《人物志》 (1990)Renwuzhi; Lun chibiao:*A study of LiuShao, 174-242, and his Renwuzhi*: The University of Hong Kong, Hong Kong.
-Liu Yuxi 刘禹锡：《天论》 (2014)Tianlun (Relazione tra cielo e terra); Xiao Rui Feng: *From Tianlun to Yinlun – On the evolution of LiuYuxi's Philosophical Thoughts*, Journal of Zhejiang University, 1.
-Liu Zongyuan 柳宗元：《柳河东集》 Liu Hedongji.
-Lu Buwei 吕不韦 (2000)Cronache di Lu 《吕氏春秋》;inKnoblock, J. &J.Riegel. *The Annals of Lü Buwei: A Complete Translation and Study*. Stanford University Press, Stanford.
-Lu Huizhong, (2014) *Studi di Terminologia Cinese, approcci diacronici e sviluppi applicativi contemporanei*, Aracne, Roma.
-Masucco Costa A. (1963) Psicologia sovietica. Boringhieri, Torino.
-Mao Tse-tung (1967) Citazioni del presidente Mao. Il libro delle Guardie Rosse. Feltrinelli. Milano.
-Mao Tse-tung (1967) Da dove provengono le idee giuste? Casa Editrice in lingue estere, Pechino.
-Mao Tse–tung (1968) Discorsi alla conferenza di Yenan sulla letteratura e l'arte. Casa Editrice in lingue estere, Pechino.
-Marx M.H. & Hillix W.A. (1973) Systems and theory in psychology. McGraw-Hill Book Co., New York.
-Meng Zi 孟子: *Mencio* 《孟子》.(1945)Confucio e Mencio. *I quattro libri: La grande scienza, Il giusto mezzo, Il libro dei dialoghi, Il libro di Mencio*. F.lli Bocca, Milano
-Misiak H. & Sexton V.S. (1966) History of psychology. An overview . Grune&Stratton, New York.
-Qiong Zhang (1999) *Translation as Cultural Reform: Jesuit Scholastic Psychology in the Transformation of the Confucian Discourse on Human Nature*, in The Jesuits – Cultures, Sciences and the Arts. 1540-1773, University of Toronto Press.
-M.Ricci: 《西国记法》 (2010) *Xiguojifa,* (*Trattato di mnemotecnica occidentale*); in J.D.Spence *Il palazzo della memoria di Matteo Ricci*, Adelphi,Milano.
-F.Sambiasi & Xu Guangqi: 《灵言蠡勺》 (2009) *Lingyan lishao* Traduzione in spagnolo di I. Duceux;*La introduccion del aristotelismo en China a traves del de anima: Siglos XVI-XVII*, El Colegio de Mexico.

-Schein E.H. (1956) The Chinese indoctrination program for prisoners of war: A study of attempted “brainwashing” Psychiatry,19,149-172.
-Schmidt-Glintzer H. (2005) Storia della Cina. Mondadori, Milano.
-WangChong 王充: Saggi critici 《论衡》 (1907)LunHeng - Philosophical essays. London.
-Wang Hong Han 王宏翰 (1688) Yixue yuanshi 醫學原始 The origin of medicine.
-XunZi 荀子: *Xunzi* 《荀子》 (2014). Princeton University Press, Princeton.
-Yan Shuchang:*Ding Weiliang and His Xing Xue Ju Yu in the History of Modern Chinese Psychology*, (2011) Acta Psychologica Sinica, vol,43.
-YuLan F.(1956) Storia della filosofia cinese. Mondadori,Milano.-ZhuangZi 庄子: *Zhuangzi* 《庄子》 Chinese Text Project, http://ctext.org/zhuangzi .
-ZhuXi朱熹: 《朱子文集》, *Zhuziwenji*: 《朱子语类》 (1990) *Zhuziyulei* (Conversazioni del Maestro Zhu);in D.Gardner *Learning to Be a Sage: Selections from the Conversations of Master Chu*, California University Press, Berkeley.

* Psicologo-psicoterapeuta. Docente di Psicologia del lavoro, Facoltà di Medicina, Università degli Studi di Brescia.
** Farmacologo in Cina. Docente di Lingua e Cultura Cinese, Facoltà di Economia e Management, Università degli Studi di Brescia.

NOTA

I nomi cinesi sono stati romanizzati usando il sistema Pinyin, riconosciuto come standard internazionale dal 1982. In pubblicazioni moderne, soprattutto nel mondo anglosassone, si riportano ancora traslitterazioni con il sistema Wade-Giles, e questo può comportare qualche confusione, ma dobbiamo rilevare che soltanto il nome scritto in caratteri cinesi identifica in modo univoco una persona.
Seguendo la convenzione della onomastica cinese il cognome precede sempre il nome.

中国心理学史简略：从古代哲学到二十世纪七十年代的科学心理学

此文在对中国的哲学历史进行简单的回顾的同时，对中国学者丰富的哲学智慧在对心理学方面所作出的贡献做了进一步的探讨。
中国是一个古老而伟大的国家。由于它五千多年语言和文化的连续而致的历史积攒，曾使它站在了一个其他民族无以伦比的高度，成了周边国家的楷模。 在最近二十五个世纪的时间里，中国的学者们研究了绝大部分西方哲学家们都在讨论研究的主要问题。
本文在对传统的儒家，道家等经典理论的重温中，注意到佛学对中华文化的融入，以及基督教文化的进入及其对中华民族的影响。比如十六，十七世纪时期的重要天主教人物利玛窦，艾儒略，毕方济等传教士把当时重要的西方科学和哲学心理学思想带给了中国人民。这些重要的理论成了二十世纪初中国心理学科建立的重要理论基础。中国心理学科的诞生，除了受西方诸国的心理学理论的影响外，还得益于日本大量翻译的西方理论，有很多专用名词都是从日语直接借用的。二十世纪的最初十年，由于王国维先生等的心理学研究， 1917年在蔡元培先生的主持下成立了中国第一个心理学实验室。一大批中国心理学者陈大齐， 唐钺，汪敬熙，潘菽，郭任远等共同努力下1921年成立了中国心理学会，并出版了重要的心理学杂志。由于前苏联的政治影响，俄罗斯心理学思想对中国学界的影响也持久深远。中华人民共和国成立后，中国学术界重新焕发了青春，成立了中国社会科学院，心理学园地也硕果累累。当然，除了十年文革之外。
本文中还提到了台湾，特别是香港同行对中国心理学事业所做的贡献。作者还注意到了近年来中国临床心理学的发展以及心理检测学对心理学文化变化的影响。
遗憾的是由于本文的篇幅有限，作者无法对文中提到的重要人物及他们丰富的哲学思想对中国心理学举足轻重的影响，都一一做详细深入的论述。

(*)心理学家，心理治疗师，意大利Brescia大学医学系工作心理学教授。
(**)意大利Brescia大学经济管理学系汉语和中国文化教授。

A short outline of the history of Chinese psychology: from its origins in philosophy to the contributions of scientific psychology to the recent years ’70s of the XX century

The first text of psychology in Chinese was the translation of Joseph Haven’s book *Mental philosophy* (1862), made in 1899 by Yan Yongjing 顏永京 (1838-1898), a scholar who had studied psychology at Kenyon College, Ohio, had come back to China, and had become the director of St John’s College, Sheng Yuehan Shuyuan, in Shanghai. The article presents the development of psychology in China, tracing its origins in philosophy, its rich file of thinkers and researchers, its connection with the western world, especially the USA, its forced conversion to the ideology of state and its final recovery.

link

strumenti

Assessment lavorativo. Livello di burnout, clima di reparto e soddisfazione lavorativa nell'U.O.C. di Oncoematologia del P.O. "A. Tortora" di Pagani

A.CENTANNI, G.CAIAZZA, D. DELLA MURA, T.OLIVETO, G.TORRE

La transizione dall'università al mondo del lavoro: la sfida della stabilità nella società dell'incertezza

GIADA VEZZOSI

Assessment lavorativo. Livello di burnout, clima di reparto e soddisfazione lavorativa nell'U.O.C. di Oncoematologia del P.O. "A. Tortora" di Pagani

Il burnout in oncologia è stato osservato e descritto in letteratura come un problema sia clinico sia assistenziale che interessa diverse categorie professionali. Il presente lavoro è stato condotto dal team di Psicologi afferenti all'Ambulatorio di Psicologia Ospedaliera dell'ASL Salerno in sinergia con l'U.O.C. di Oncoematologia del P.O. "A. Tortora" di Pagani e l'Associazione di Volontariato AIL Salerno.
L'obiettivo dello studio è quello di determinare i fattori legati allo stress e le strategie utilizzate per farvi fronte negli operatori della suddetta U.O.C. La finalità è di programmare interventi mirati e di gruppo ed attuare misure preventive, organizzative e cliniche volte a contenere e ridurre lo stress degli operatori sociosanitari coinvolti.
Dai risultati ottenuti emerge un livello clinicamente non significativo di burnout ma si evidenziano difficoltà comunicative e di gestione dello stress sia all'interno dei vari gruppi di lavoro presi in esame che nelle relazioni tra i gruppi stessi.

A.CENTANNI*, G.CAIAZZA**, D. DELLA MURA**, T.OLIVETO**, G.TORRE**

Parole chiave: burnout, oncoematologia, clima di reparto, psiconcologia, stress lavoro-correlato.

Premessa

L'ultimo decennio ha visto un crescente interesse per lo studio dello stress in ambito lavorativo e di conseguenza per gli interventi di valutazione, prevenzione e cura finalizzati al miglioramento del benessere organizzativo. Anche dal punto di vista giuridico, il Legislatore si è pronunciato chiaramente in merito alla questione con il D.Lgs. 81/08, che definisce gli obblighi che le diverse organizzazioni lavorative devono seguire al fine di tutelare la salute e la sicurezza dei lavoratori. L'art. 28 di tale decreto obbliga i datori di lavoro a provvedere alla valutazione di tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli collegati allo stress lavoro-correlato. Questa legge prescrive quindi di valutare i rischi e preservare la salute attraverso misure di prevenzione e di cura che il datore di lavoro ha l'obbligo di attuare. Nel dettaglio, è quindi necessario capire quali rischi siano presenti in azienda e valutarli, per poi intervenire attraverso diverse misure gestionali, informative e comunicative. Con il D.Lgs. n. 106 del 3 agosto 2009 (Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro) viene ulteriormente ribadito tale obbligo da parte delle diverse realtà lavorative. Viene, inoltre, stabilito di affidare alla Commissione Consultiva Permanente per la Salute e Sicurezza sul Lavoro, istituita Presso il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, il compito di "elaborare le indicazioni necessarie alla valutazione del rischio da stress lavoro-correlato". All'interno delle organizzazioni sanitarie, il livello di stress lavorativo assume aspetti di mag-

giore problematicità rispetto ad altri ambiti, sia per le caratteristiche intrinseche alle helping professions (professioni di aiuto) sia per la crescente difficoltà nella gestione dei ritmi e dell'organizzazione del lavoro. Gli operatori sanitari, e chi si adopera in ambito oncologico in modo preponderante, si trovano a dover lavorare continuamente a contatto con la sofferenza dei loro assistiti. Per fronteggiare il disagio che ne deriva, vengono messe in atto una serie di strategie psicologiche di gestione dello stress che permettono al personale sanitario di tollerare le difficoltà e offrire aiuto ai pazienti e alle loro famiglie. Tuttavia, la vicinanza con la morte, con il dolore e con i vissuti di sofferenza psicologica dei pazienti sottopone quotidianamente gli operatori a un carico emotivo molto intenso, rendendoli maggiormente esposti, rispetto ad altri contesti, al rischio di burnout.
Tale sindrome può essere definita come "la risposta emotiva a uno stress cronico caratterizzato da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione professionale" (C. Maslach 1976). Il burnout costituisce l'ultima fase di un processo reattivo a condizioni di lavoro stressanti che determinano una varietà ben definita di sintomi fisici, psicologici e comportamentali. Questa condizione sembrerebbe essere generata non solo dal tipo di personalità, dalla motivazione e vocazione professionale del singolo ma anche dalle dinamiche organizzative dell'ambiente lavorativo.
L'oncologia, per le implicazioni specifiche, sia socioculturali sia terapeutico-assistenziali, è un ambito che determina livelli medio-elevati sia di frustrazione[9] sia di stress emozionale e gli operatori che vi lavorano possono essere una popolazione particolarmente a rischio di burnout, soprattutto perché il tipo di paziente trattato richiede a chi se ne occupa non solo un livello di competenza adeguato e una struttura organizzativa efficace ed efficiente, ma anche capacità psicologiche e relazionali specifiche.

La vicinanza con la morte, con il dolore e con i vissuti di sofferenza psicologica dei pazienti sottopone quotidianamente gli operatori a un carico emotivo molto intenso, rendendoli maggiormente esposti, rispetto ad altri contesti, al rischio di burnout. Occorre programmare interventi mirati e di gruppo e attuare misure preventive, organizzative e cliniche volte a contenere e ridurre lo stress degli operatori sociosanitari

Scopo e obiettivo della ricerca

L'obiettivo del presente lavoro è di determinare i fattori legati allo stress e le strategie utilizzate per farvi fronte negli operatori che lavorano presso il Presidio Ospedaliero "A.Tortora" di Pagani, nel reparto e nel Dh di Oncoematologia. Il fine ultimo è di programmare interventi mirati e di gruppo ed attuare misure preventive, organizzative e cliniche volte a contenere e ridurre lo stress degli operatori sociosanitari coinvolti. In particolare ci si è proposti di:

- Valutare il livello di Burnout;
- Determinare il tipo di organizzazione lavorativa (leadership, sviluppo e valorizzazione di ruolo e professionalità);
- Rilevare il "clima di reparto" (soddisfazione lavorativa, modalità relazionali e comunicative con i colleghi).

Metodologia

Lo studio è stato condotto dal team di Psicologi afferenti al Presidio Ospedaliero "A. Tortora" di Pagani, supervisionati dalla dott.ssa Antonella Centanni, Dirigente Psicologo del DSM Area Nord ASL SA, in collaborazione con l'Associazione di Volontariato AIL Salerno. La ricerca, svoltasi nell'arco di sei mesi, ha previsto una prima fase di progettazione, d'informazione e conoscenza da parte degli operatori coinvolti, un secondo momento dedicato alla somministrazione di gruppo del questionario e dell'intervista semi-strutturata ed una successiva fase dedicata allo scoring, alla elaborazione dei dati e alla comunicazione dei risultati ottenuti. Il campione indagato comprende: 19 Medici, 7 Biologi, 1 Caposala, 8 Infermieri, 3 O.S.A, 3 Data Manager, 5 Psicologi, 20 Volontari AIL.

Strumenti

Considerata la multifattorialità del fenomeno sono stati utilizzati i seguenti strumenti: una scheda anagrafica costruita *ad hoc*; il presente questionario, somministrato a tutti gli operatori del Reparto di Oncoematologia (medici, psicologi, infermieri, biologi, sociologi, oss, e a tutto il personale che afferisce anche in maniera saltuaria al reparto).

CONSENSO

☐ Dichiaro di aver compreso lo scopo del presente lavoro e accetto che i risultati emersi vengano utilizzati per scopi scientifici ed indagini future.

Si prega di rispondere a tutte le domande. Il questionario è completamente anonimo.

DATI SOCIO-DEMOGRAFICI

1. Sesso: ☐ maschio ☐ femmina **2. Età:** _____

3. Residenza (città):

_____

4. Stato civile:

☐ single ☐ relazione affettiva stabile ☐ sposato/a ☐ separato/a ☐ divorziato/a ☐ vedovo/a

SITUAZIONE LAVORATIVA

Le seguenti domande si riferiscono alle tue attività durante una "settimana/mese-tipo"

5. Qualifica professionale:

_____

6. Anzianità di lavoro (anni):

_____

7. Che tipo di contratto ha: : ☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato ☐ a progetto ☐ a collaborazione occasionale ☐ Altro (specificare)

_____

8. Rispetto al suo lavoro, il suo compenso è:

☐ Equo ☐ Troppo alto ☐ Troppo basso ☐ Misero

9. Si dedica ad altre attività lavorative remunerate? ☐ Si ☐ No

9.1 Se si, di cosa si tratta?:

☐ Libera professione ☐ Turni aggiuntivi ☐ sostituzioni ☐ Insegnamento/tutoraggio ☐ Altro (specificare) _____

10. Ha mai ricevuto lamentele ufficiali nei suoi confronti sul lavoro? ☐ Si ☐ No

10.1 Ha mai subito provvedimenti disciplinari? ☐ Si ☐ No

10.2 Ha mai subito un'azione legale per ragioni professionali? ☐ Si ☐ No

11. Sta assumendo terapie farmacologiche? ☐ Si ☐ No

11.1 Se si, con quale frequenza?

☐ Due volte la settimana o meno ☐ Più di due volte la settimana, ma non tutti i giorni ☐ Tutti i giorni

11.2 Se si, di che tipo di farmaci si tratta?

☐ Ansiolitici ☐ Ipnotici ☐ Analgesici ☐ Antidepressivi ☐ Antipsicotici ☐ Altro_____

12. Quanto tempo impiega, in media, per raggiungere il posto di lavoro?

☐ meno di 30 minuti ☐ 31-60 minuti ☐ oltre 60 minuti

Il *Maslach Burnout Inventory* (M.B.I.-GS). Il questionario, realizzato da Maslach e Jackson e adattato in Italia da Sirigatti e Stefanile, composto da 22 item che misurano tre dimensioni indipendenti della sindrome del *burnout*: "resistenza individuale" (esaurimento/energia), "reazione agli altri e al lavoro" (coinvolgimento/disaffezione) e "reazione individuale verso il proprio lavoro" (inefficacia/efficacia professionale).

Il *codice di classificazione dell'atmosfera di reparto* (per gli operatori), riportato in Appendice B. del manuale "L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo in SPDC" (N. Vendittelli, F. Veltro ed altri), in cui vengono raggruppate in diversi codici le reazioni emotive del personale.

- Il *codice bianco*: nel reparto il clima è sereno. Il personale ha la sensazione di riuscire a collaborare bene e a gestire i problemi in atto e quelli che potrebbero presentarsi.
- Il *codice verde*: in reparto vi possono essere momenti di nervosismo, d'incertezza

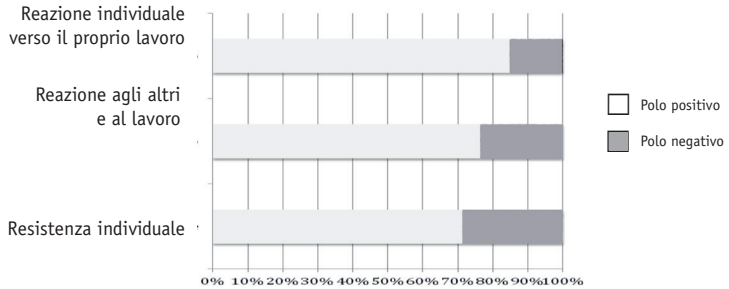
e di fretta, ma di breve durata. Il personale non prova frustrazione o paura e non si sente sopraffatto dal lavoro.

- Il *codice giallo:* il clima di reparto è più teso e alcuni operatori sono irritati, demoralizzati, insicuri durante il turno.
- Il *codice arancione:* l'atmosfera di reparto è pesante**;** gli operatori sono tesi, demoralizzati e si sentono oberati e oppressi dalla mole di lavoro da gestire quotidianamente.
- Il *codice rosso:* il clima di reparto è per la maggior parte del tempo inquieto e frenetico; il personale è frustrato, agitato e ansioso, si può verificare l'abbandono del turno e la perdita di entusiasmo lavorativo.

Intervista semi-strutturata costruita *ad hoc*, nella quale sono analizzate l'area organizzativa, l'area dello sviluppo e della valorizzazione di ruolo e della professionalità, l'area della soddisfazione lavorativa e quella relazionale, con specifiche domande aperte.

- **Area organizzativa:**
  Ritiene che l'organizzazione del lavoro e l'organico nell'ambito del suo gruppo di lavoro siano adeguati?
  All'interno del suo gruppo di lavoro chi dà le direttive necessarie per lo svolgimento del suo lavoro? Queste sono chiari ed esaurienti? Tempestive o tardive?
- **Area dello sviluppo e valorizzazione di ruolo e professionalità:**
  Ritiene che il ruolo da lei svolto nell'ambito del suo gruppo, in relazione alla sua professionalità sia adeguato?
  I ruoli impartiti corrispondono effettivamente alle capacità e competenze dei singoli?
  Ritiene che la struttura del suo gruppo e la sua collocazione all'interno di esso le offrano la possibilità di accrescimento professionale concreto o insufficiente?
- **Area della soddisfazione lavorativa:**
  È soddisfatto della sua attività lavorativa? Se sì quali sono gli aspetti che le danno maggiore soddisfazione?
  I suoi superiori le danno dei feedback sulle sue attività?
  Come si sente riguardo al carico di lavoro che deve svolgere?
  Quanto è soddisfatto delle indicazioni e del sostegno che le da il responsabile del suo reparto?
- **Area relazionale:**

Come sono i rapporti con i colleghi? Sono solidali e amichevoli?
Nel suo gruppo di lavoro i colleghi si aiutano reciprocamente?
Esistono dei conflitti tra colleghi? Se sì quali? Come vengono solitamente risolti?
I suoi colleghi parlano con lei su come svolge il suo lavoro?
È soddisfatto del livello di comunicazione esistente nel reparto?



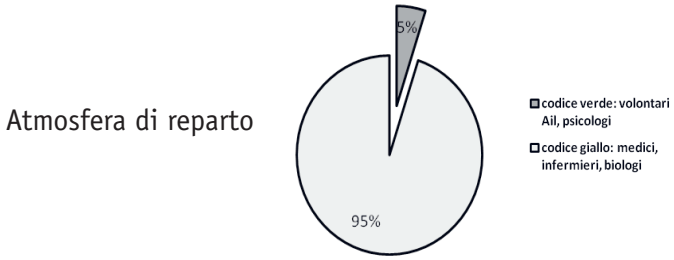
Risultati

Dalla somministrazione del **Maslach Burnout Inventory**, utilizzato a scopo puramente descrittivo, è emerso un livello clinicamente non significativo di burnout. In particolare, per ciò che concerne la dimensione *"Resistenza individuale"* (item 1, 2, 3, 4, 6) è presente una generale tendenza al polo positivo, ovvero sembrerebbe es-

Dalla somministrazione del* Maslach Burnout Inventory*, utilizzato a scopo puramente descrittivo, è emerso un livello clinicamente non significativo di burnout. In particolare, per ciò che concerne la dimensione "Resistenza individuale" è presente una generale tendenza al polo positivo, ovvero sembrerebbe essere presente, negli operatori, l'energia necessaria per affrontare la realtà lavorativa quotidiana.

In linea con i moderni orientamenti del SSN in tema di valorizzazione delle risorse umane e quindi di intervento sulle situazioni di eccessivo stress, i risultati ottenuti possono essere impiegati allo scopo di far riflettere le Istituzioni Sanitarie Regionali sulla possibilità di promuovere corsi di formazione e interventi istituzionali orientati all'acquisizione di competenze comunicative nella relazione d'aiuto.

sere presente, negli operatori, l'energia necessaria per affrontare la realtà lavorativa quotidiana. È stato rilevato, inoltre, nel gruppo medici e biologi, un più alto livello di esaurimento emotivo. Per la dimensione *"Reazione agli altri e al lavoro"* (item 8, 9, 11, 13, 15) è stato riscontrato un atteggiamento positivo di coinvolgimento nei confronti degli altri e della relazione professionale. Per la dimensione *"Reazione individuale verso il proprio lavoro"* (item 5, 7, 10, 12, 14, 16), infine sembrerebbe essere presente un sentimento di soddisfazione e adeguatezza professionale.
Dal codice di classificazione dell'**atmosfera di reparto** è stato riscontrato per i gruppi "Volontari AIL e Psicologi" il codice verde mentre per tutti gli altri gruppi è stato rilevato il codice giallo.



Nelle diverse aree dell'**intervista semi-strutturata** è emerso che l'organizzazione del lavoro è poco adeguata, le direttive, anche se chiare ed esaurienti, sono spesso non tempestive ed espletate attraverso modalità non appropriate, tranne che per il gruppo "Volontari AIL". Il lavoro svolto è percepito da tutti i gruppi come abbastanza adeguato alle proprie capacità professionali, ma non sempre i ruoli assegnati corrispondono alle capacità del singolo operatore. È pure avvertita la possibilità concreta di crescita professionale. Il personale si dice gratificato dallo svolgimento del proprio lavoro, soprattutto nel sentirsi utile all'utenza. In tutti i gruppi, infine, è emersa una difficoltà comunicativa che spesso complica lo svolgimento delle pratiche lavorative routinarie.

Conclusioni

La ricerca evidenzia quanto sia importante determinare i fattori legati allo stress, il tipo di organizzazione e quello che si definisce "clima di reparto" al fine di ottenere informazioni utili per programmare interventi di prevenzione del burnout, di miglioramento organizzativo e comunicativo tra gli operatori socio-sanitari del Polo Oncologico in questione.
I risultati indicano dei chiari punti di forza per quanto concerne la crescita professionale, la libertà di potersi esprimere e, inoltre, viene percepita una soddisfazione nella relazione con i pazienti che professionalmente gratifica molto gli operatori. La *mission* è ancora presente nei diversi gruppi e resiste alla corrosione determinata dallo stress. I punti di debolezza, invece, riguardano principalmente il carico di lavoro eccessivo, una comunicazione spesso carente e frettolosa, ed infine, una leadership poco incisiva e non sempre in grado di dare chiare direttive. Un altro dato da non sottovalutare è la presenza di un alto livello di esaurimento emotivo, in particolare per il gruppo dei medici. Una spiegazione potrebbe essere che gli operatori oncologici del nostro campione, dal momento che spendono gran parte del loro tempo lavorativo nell'assistenza diretta al paziente, con conseguente elevato coinvolgimento emozionale, hanno scarse possibilità di elaborare le tensioni accumulate. Ciò evidentemente dipende da situazioni organizzative che non permettono tempi e spazi dedicati ad altre attività quali la ricerca, la prevenzione, la formazione.
In linea con i moderni orientamenti del SSN in tema di valorizzazione delle risorse umane e quindi di intervento sulle situazioni di eccessivo stress, i risultati ottenuti possono essere impiegati allo scopo di far riflettere le Istituzioni Sanitarie Regionali sulla possibilità di promuovere corsi di formazione e interventi istituzionali orientati all'acquisizione di competenze comunicative nella relazione d'aiuto. Migliorando le capacità di integrazione all'interno del team di lavoro si determina un modello di salute organizzativo, che includa la promozione dei valori e delle risorse umane nel luogo di lavoro, finalizzate al potenziamento di abilità emotive quali il sapersi motivare, l'empatia, la gestione delle relazioni sociali fra i membri del gruppo di lavoro, la capacità di leadership e di negoziazione: tutte strategie di promozione dell'intelligenza emotiva nelle organizzazioni.

Sulla scorta delle criticità emerse, si è deciso di lavorare sullo stress causato dal carico di lavoro eccessivo e sull'alto livello di esaurimento emotivo. Si è dunque pensato di offrire agli operatori la possibilità di apprendere modalità nuove di gestione dello stress al fine di migliorare il proprio benessere psicofisico, di favorire il buon funzionamento del servizio e, di conseguenza, la soddisfazione dei pazienti attraverso un Training di rilassamento muscolare progressivo. Il corso, basato sulle teorie di Jacobson, cominciato il 15/01/2016 e concluso il 18/02/2016, ha interessato dieci operatori che hanno frequentato stabilmente gli incontri. All'inizio e alla fine del training è stato somministrato il Test di Holmes-Rahe e, in conclusione, una scheda di soddisfacimento sull'attività svolta. Durante gli incontri, di circa un'ora e quindici minuti ciascuno, i partecipanti attraverso commenti, riflessioni e contributi personali hanno evidenziato un significativo miglioramento nella gestione quotidiana dello stress lavorativo. In futuro si intende lavorare sulle modalità comunicative attraverso l'organizzazione di corsi sull'Assertività e sulla Comunicazione Efficace.

*Dirigente Psicologo DSM Area Nord ASL Salerno.
** Psicologo Volontario DSM Area Nord ASL Salerno.

BIBLIOGRAFIA

Avallone F, Paplomatas A. Salute organizzativa. Milano: Raffaello Cortina, 2005.
Sparks K, Faragher B, Cooper CL. Well-being and occupational health in the 21st century workplace. J Occup Organ Psychol 2001; 74: 489-509.
Fineman S. Emotion in organizations. Newbury Park CA: Sage, 1993.
Ragazzoni P, Tangolo D, Zotti AM. Stress occupazionale e valorizzazione delle risorse umane in azienda sanitaria: dalla valutazione al processo di cambiamento. G Ital Med Lav Ergon 2004; 26(2): 119-126.
Minvielle E, Dervaux B, Retbi A et al. Culture and organization assessment in intensive care units. Reanimation 2003; 12(2): 25- 30.
Costantini A, Grassi L, Biondi M. Psicologia e tumori. Una guida per reagire. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1998.
Grassi L, Biondi M, Costantini A. Manuale pratico di psico-oncologia. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2003.
Isikhan V, Comez T, Danis MZ. Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. Eur J Oncol Nurs 2004; 8(3): 234-244.
Whippen DA, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1000 oncologist. JCO 1991; 9: 1916-1920.
Barni S, Mondin R, Nazzani R, Archili C. Oncostress: evaluation of burnout in Lombardy. Tumori 1996; 82: 85-92.
Maslach C, Jackson SE. MBI: Maslach Burnout Inventory. Palo Alto CA: Consulting Psychologist Press, 1986.
Maslach C. Burnout: the cost of caring. Prentice Hall NY: Englewood Cliffs, 1982.
Sirigatti S, Stefanile C. Maslach Burnout Inventory adattamento italiano. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1993.
MBI-GS by Wilmar Schaufeli, Michael P. Leiter, Christina Maslach and Susan Jackson. Copyright 1996 by Consulting Psychologists Press. All rights reserved
Piattello A., Rea A., Turone S., Palazzo S. Oncostress. Uno studio multicentrico per la valutazione del burnout nelle Oncologie e Radioterapie della Calabria. Giornale Italiano di Psico-Oncologia 2004; 1: 29-34.
Goleman D. Lavorare con Intelligenza emotiva. Biblioteca Universale Rizzoli, Milano, 1998.

Work assessment. A descriptive study on the burnout level, the department climate and job satisfaction, in a Complex Operative Unit of Oncohematology at the "A.Tortora" hospital of Pagani

In literature, a high oncology burnout level has been seen and described as a clinical but also as a welfare problem that involves several different professional categories. This work has been conducted by the Psychologists team of the Hospital Psychology Service of the Salerno ASL together with the P.O. Oncohematology U.O.C., "A. Tortora" of Pagani and the AIL Salerno volunteers association.
The aim of this study was to define the reasons of stress and the methods used to face it by the U.O.C. operators. The objective is to plan targeted interventions and group interventions and to realize preventive, organizational and clinical proceedings to reduce the stress of the social health workers involved.
The results of the research showed a burnout ratio which is not relevant, but also highlighted some communication difficulties and stress management difficulties in the various work groups and in the interactions between the groups themselves.

La transizione dall'università al mondo del lavoro: la sfida della stabilità nella società dell'incertezza

Il processo di "transizione dall'università al mondo del lavoro", segna il passaggio dal mondo universitario al mercato del lavoro e l'ingresso in una realtà sconosciuta e difficile da affrontare. È un processo associato al cambiamento, all'attesa e all'incertezza, che rappresenta una tappa fondamentale verso la crescita personale e l'indipendenza. È contrassegnato da molteplici difficoltà le cui cause sono da ricercare rispettivamente in due fenomeni che hanno colpito la società contemporanea: da una parte la "globalizzazione", con la crescita progressiva delle relazioni e degli scambi a livello mondiale in diversi ambiti, e dall'altra l'"individualizzazione", la quale ha costretto l'uomo a fare di sé stesso il centro della propria vita e a cambiare la propria identità individuale. Inoltre, i continui mutamenti a livello sociale, politico, economico e individuale hanno avuto ripercussioni negative soprattutto sul mondo del lavoro, che ha visto la stabilità e certezza, identificate come "cultura del posto fisso", passare alle attuali condizioni di flessibilità e ambiguità, un "mismatch" tra la domanda e l'offerta di lavoro, che ha generato un presente rischioso e insicuro in cui anche il solo pensare al proprio futuro è diventato impossibile. Viene qui presentata una ricerca qualitativa di tipo esplorativo per analizzare la rappresentazione di un tema così rilevante nei giovani neolaureati

GIADA VEZZOSI (*)

Metodologia dell'indagine

Al fine di cogliere i problemi e le conseguenze che il processo di transizione comporta per chi si appresta ad uscire dal mondo universitario e ad entrare nel mercato del lavoro, è stata effettuata un'analisi fenomenologica del contenuto delle testimonianze di alcuni soggetti sopravvissuti al processo di transizione, che sono stati sottoposti rispettivamente ad un'intervista semi-strutturata in profondità costruita ad hoc, e al "DSSVP", il Disegno Simbolico dello Spazio di Vita Professionale, che consiste nella rappresentazione di sé stessi e di altri soggetti, luoghi ed avvenimenti significativi nella propria carriera lavorativa, in tempi diversi (attualmente e a distanza di 7 anni).
L'intervista è composta da nove domande mirate che riguardano la scuola, la transizione e la carriera lavorativa, la cui struttura è riportata sotto:

- Per quale/i motivo/i ha scelto di intraprendere la carriera universitaria dopo aver conseguito il diploma di maturità?
- Prima di compiere tale scelta, era già a conoscenza di come il sistema Italiano è in realtà per quanto riguarda il mercato del lavoro?
- Quali erano le sue aspettative in merito? Aveva progetti particolari?

- Una volta entrata/o nel mondo del lavoro, venendo a conoscenza di come esso fosse effettivamente duro e difficile da affrontare a dispetto delle sue aspettative, come si è sentita/o?
- Facendo riferimento alla domanda precedente relativa alle difficoltà e ai problemi connessi con il mondo del lavoro, cosa ha pensato in merito all'impegno, alla fatica e ai sacrifici spesi durante il suo percorso universitario?
- Ripensando a tutto quello che ha svolto, la sua idea riguardo all'università, il lavoro e la carriera ad essi connessa, è cambiata rispetto a quando era una/o studentessa/e? Che cosa prova ora?
- Se potesse tornare indietro, adesso che conosce come sono in realtà il sistema scolastico e lavorativo, ripeterebbe, nonostante tutto, quello che ha fatto o vorrebbe cambiare qualcosa? In caso di risposta affermativa, che cosa cambierebbe?
- Che cosa pensa della sua attuale posizione lavorativa? Come è riuscita/o a raggiungerla?
- Se potesse dare un consiglio ad un giovane che al giorno d'oggi si appresta a percorrere il percorso universitario, che cosa suggerirebbe?

Il Dssvp invece, è un disegno che prevede la figurazione di sé stessi e di altri elementi, che possono essere persone appartenenti alla famiglia o meno, ancora in vita o decedute, organizzazioni, gruppi, istituzioni, eventi particolari, che hanno fatto parte della nostra vita professionale e dei quali noi sentiamo ancora la presenza, con lo scopo di ricostruire attraverso un altro tipo di linguaggio la rappresentazione della propria professione, utilizzando più l'immaginazione che la logica. Per l'interpretazione del Dssvp è stata effettuata l'analisi fenomenologica di ogni singolo disegno utilizzando una griglia progettata ad hoc, per la cui spiegazione si rimanda al relativo articolo scritto da C. Gozzoli, C. D'Angelo e G. Tamanza (2012).

Il campione esaminato

Il campione esaminato è composto rispettivamente da 20 soggetti, suddivisi per genere (10 maschi e 10 femmine, di età compresa tra 25 e 40 anni) e per tipologia di laurea conseguita (Economia: 2 soggetti; Filosofia: 1 soggetto; Giurisprudenza: 3 soggetti; Infermieristica: 3 soggetti; Ingegneria: 2 soggetti; Lingue e Letterature Straniere:2 soggetti; Psicologia: 4 soggetti; Scienze Motorie e dello Sport: 1 soggetto; Sociologia: 2 soggetti).

Analisi dei risultati

Avendo analizzato prima singolarmente e poi a livello trasversale il contenuto delle domande dell'intervista, sono state ricavate sette dimensioni principali inerenti la transizione dall'università al mondo del lavoro, per ogni soggetto esaminato:

- Motivazioni
- Conoscenze pregresse
- Convinzioni, speranze
- Impegno, fatica, sacrifici
- Difficoltà, ostacoli
- Sconforto, tristezza, delusioni
- Soddisfazioni, gratificazioni

Dopo aver effettuato l'analisi trasversale completa dei dati ricavati dalle interviste e dal Dssvp, emergono i seguenti risultati:

Il 100% dei soggetti dichiara di aver deciso di intraprendere il percorso universitario soprattutto per avere maggiori possibilità di trovare una posizione lavorativa soddisfacente e coerente con le proprie aspettative ed il proprio percorso di studi. A ciò, si aggiungono motivazioni minori quali la necessità di arricchimento personale per il 70% del campione, la spinta della famiglia d'origine per il 65%, la forte passione per la disciplina scelta per il 70% e la curiosità verso il mondo universitario per il 35%.

La transizione dall'università al mondo del lavoro rappresenta una delle fasi più critiche nella vita di una persona, in quanto costringe quest'ultima ad intraprendere "sfide impossibili" e ad affrontare "notevoli cambiamenti" che, a loro volta, comportano innumerevoli ed incessanti sacrifici, con conseguenze che non solo colpiscono la sfera professionale, ma si estendono anche e soprattutto all'ambito personale e sociale.
L'analisi dei dati empirici dimostra, infatti, come la maggior parte degli studenti universitari viva questo periodo con particolare ansia, nervosismo, stress e apprensione, che, se non adeguatamente compresi e gestiti, in seguito alle forti delusioni e ai continui fallimenti cui i soggetti vanno incontro, possono sfociare in una profonda depressione e altri disturbi ad essa correlati.

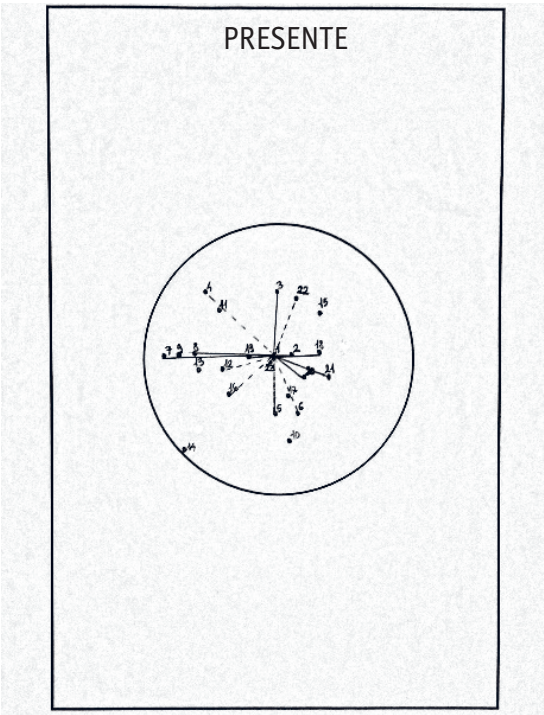


Figura 1.

A seguire, il 100% degli intervistati riconosce che inizialmente si ha completa inconsapevolezza ed ingenuità riguardo alla realtà del mercato del lavoro e, di questi, il 65% afferma di averne sentito parlare da altri.

Per il 100% del target, il percorso formativo universitario è considerato un "investimento a lungo termine" nella vita di una persona, che richiede molta fatica, tanti sacrifici e un impegno costante. Più precisamente, il 30% ritiene che il passaggio dalla teoria alla pratica non sia per niente semplice e che la ricetta vincente risulti essere una combinazione di studio, impegno, passione e determinazione. Inoltre, per il 35% lo studio universitario è stressante ed impegnativo non solo dal punto di vista psicologico, ma anche da quello economico e temporale, soprattutto per chi è costretto ad affiancare allo studio anche un'attività lavorativa finalizzata al proprio mantenimento, e, una volta terminati gli studi, è necessario comunque tenersi aggiornati e adattarsi alle mansioni e agli stipendi iniziali.

Il 100% del campione conferma l'enorme delusione nel constatare che mondo universitario e mondo del lavoro sono completamente diversi, e che possedere un titolo di studio elevato è condizione necessaria ma non sufficiente, per accedere a quest'ultimo. A ciò, per il 70%, segue la consapevolezza che emergere nel mondo del lavoro e trovare una posizione soddisfacente non dipendono da aspetti meritocratici ma dall'avere le giuste conoscenze, la fortuna, le competenze relazionali e l'esperienza e che le difficoltà sono insite in ogni attività lavorativa, anche quella per la quale non è necessario possedere una laurea, e quindi bisogna sempre impegnarsi.

Infine, il 100% degli intervistati dichiara che avere una posizione lavorativa soddisfacente e coerente con il proprio percorso di studi corrisponde a sentirsi realizzati dai punti di vista professionale e sociale e contribuisce al benessere psico-fisico di ogni individuo. Nello specifico, il 70% si ritiene felice di ciò che è riuscito a realizzare mentre solo il 30% non fa menzioni al riguardo.

A titolo esemplificativo, nel Dssvp sopra riportato, la fig.1 descrive la rappresentazione della vita professionale al tempo presente mentre la fig.2 descrive la rappresentazione della vita professionale al tempo futuro di uno dei soggetti del campione esaminato (Femmina, 25 anni, Facoltà di Psicologia).
Il soggetto in questione, in entrambe le figure, ha scelto di posizionarsi al centro del cerchio, che coincide perfettamente con il centro del disegno, utilizzando un punto piuttosto piccolo ma molto marcato e deciso: ciò significa che la persona in questione si sente la protagonista della propria vita professionale e considera la professione una parte vitale per la costruzione della propria identità e della propria storia.
Per quanto riguarda le figure rilevanti, anch'esse, in entrambe le rappresentazioni, sono state collocate tutte all'interno del cerchio con punti piccoli ma molto profondi e marcati, e la loro distanza dal centro del cerchio indica quanto queste persone siano rilevanti e presenti nella vita personale e professionale del protagonista.

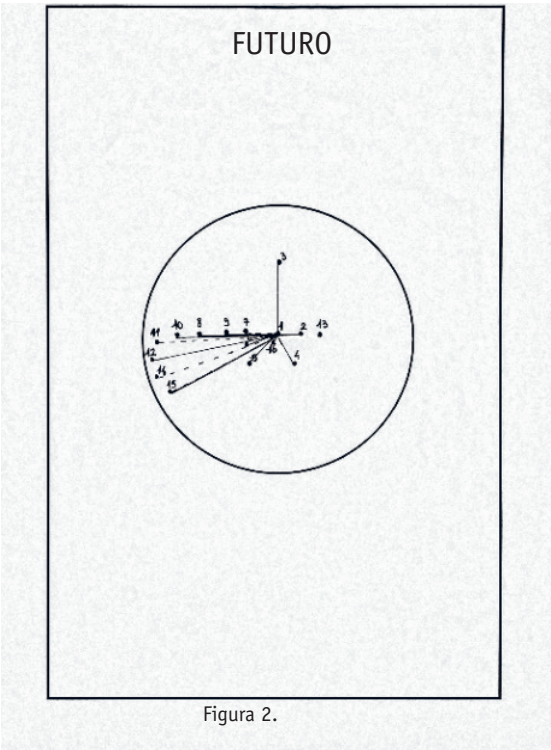


Figura 2.

Conclusioni

La transizione dall'università al mondo del lavoro rappresenta una delle fasi più critiche nella vita di una persona, in quanto costringe quest'ultima ad intraprendere "sfide impossibili" e ad affrontare "notevoli cambiamenti" che, a loro volta, comportano innumerevoli ed incessanti sacrifici, con conseguenze che non solo colpiscono la sfera professionale, ma si estendono anche e soprattutto all'ambito personale e sociale.
L'analisi dei dati empirici riportata sopra dimostra, infatti, come la

maggior parte degli studenti universitari viva questo periodo con particolare ansia, nervosismo, stress e apprensione, che, se non adeguatamente compresi e gestiti, in seguito alle forti delusioni e ai continui fallimenti cui i soggetti vanno incontro, possono sfociare in una profonda depressione e altri disturbi ad essa correlati.
In conclusione, poiché il processo di transizione dall'università al mondo del lavoro è inevitabile nella nostra vita e poiché esso potrebbe avere effetti ancor più negativi sulla nostra salute fisica e mentale e determinare un progressivo peggioramento della qualità della vita, è auspicabile che sia preso in considerazione come un valido e importante oggetto di studio per eventuali ricerche e applicazioni future inerenti l'ambito della psicologia del lavoro e delle organizzazioni, da estendere anche ad altre discipline quali la psicologia clinica, la psicologia sociale, la psicologia generale, la sociologia e altre, in modo che, attraverso la collaborazione e lo scambio di idee, ciascuna di esse possa contribuire alla ricerca di soluzioni adeguate per il benessere delle persone in fase di transizione, nei contesti più disparati e all'interno della società stessa.

*Psicologa.

BIBLIOGRAFIA

Accornero A. (2006). S. Precario lavora per noi. Milano: Rizzoli.
Amerio P. (2000). Giovani al lavoro. Significati, prospettive e aspirazioni. Bologna: Il Mulino.
Bertolini S. (2009). The heterogeneity of the impact of labour market flexibilization on the transition to adult life in Italy: when do young people leave the nest? Working Paper N. 14, Social Science Research Network Trans Europe. European Science Foundation.
Gozzoli C., D'Angelo C., Tamanza G. (2012). Il contributo del DSSVP (Disegno Simbolico dello Spazio di Vita Professionale) allo studio delle identità. Il caso di una casa circondariale. Risorsa Uomo, 17: 59-76. [http://hdl.handle.net/10807/60349]
Philips K., Eamets R. (2007). Approaches to flexicurity: EU models. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
RighiA., SciulliD. (2008). Durata dei processi di transizione scuola-lavoro: un confronto europeo. XXIII Convegno Nazionale di Economia del Lavoro. Università degli Studi di Brescia, Facoltà di Economia, 11-12 Settembre 2008.
Richards L., Morse J. M. (2009). Fare Ricerca Qualitativa – Prima Guida. Milano: Franco Angeli Editore.
Sverke M., Hellgren J., Näswall K. (2006). Job Insecurity. A literature Review. Saltsa, National Institute for Working Life. Mölnlycke, Sweden: ElandersGotab.

The transition from university to the working world

This study is meant to analyze the process of transition from university to the working world in Italy and to focus on how young graduates live this phase which is considered one of the most important passages in a person's life. It is a qualitative-exploratory research work for which were used: a semi-structured interview and the Dssvp1 (Gozzoli C., D'Angelo C. &Tamanza G., 2012), with a small sample of 20 subjects of different age, genre and types of degree. The data were interpreted following the Interpretative Phenomenological Approach (Richards L. & Morse J. M., 2009). The results show the students'initial ingenuity and lack of awareness of what the labour market is like and that the choice of a particular university/faculty is based on the desire to find a proper job, up to one's expectations and studies. University education is considered "a long term investment" in one's life as it requires great effort, sacrifices and constant committment. Then comes the great disillusionment in finding that the university world and the working world are different and that a university degree is not a sufficient title to get a good job. Of course, a satisfactory position at work contributes to the person's physical and psychological well-being.

link

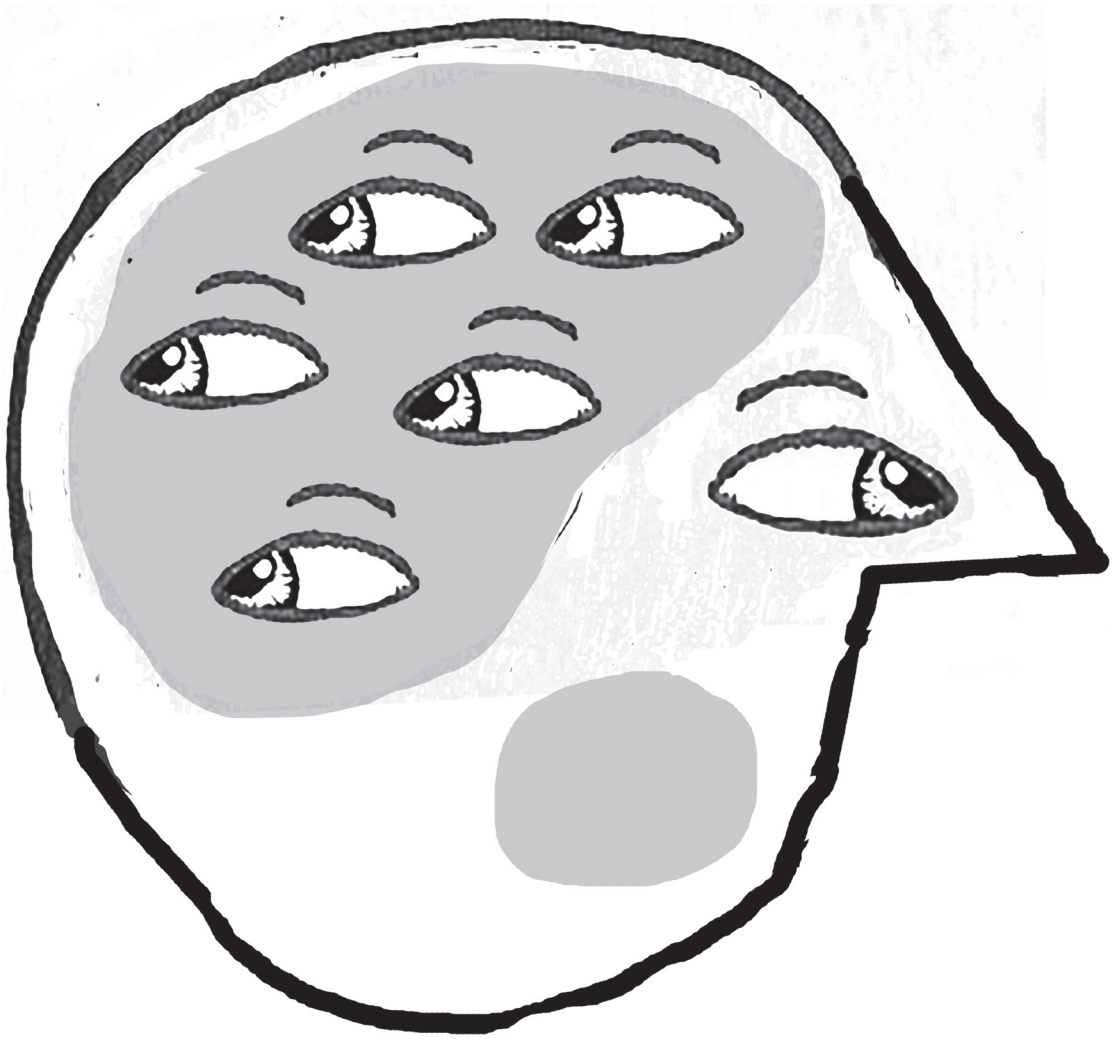
esperienze

Un servizio di counselling per genitori e bambini di età 0-5

MARIA POZZI MONZO E BEVERLEY TYDEMAN

I bias cognitivi nella schizofrenia delirante: teorie, valutazione, interventi

VALERIA CASTOLDI



Un servizio di counselling per genitori e bambini di età 0-5

In questo articolo esploriamo un modello di lavoro psicoterapeutico con genitori e bambini di età 0-5. Prendiamo in considerazione i principi psicoanalitici e gli aspetti tecnici dell'organizzazione di questo modello terapeutico, utilizzato nel Servizio Nazionale Mutualistico Inglese. Ne tracciamo la storia, gli obiettivi, la tecnica e l'utilizzo della consulenza telefonica per genitori. Riflettiamo sulla segnalazione clinica, il setting, la struttura e il contenuto di questo servizio di counselling utilizzando vignette cliniche

MARIA POZZI MONZO E BEVERLEY TYDEMAN**

PAROLE CHIAVE: counselling per genitori, neonati e bambini in età 0-5; osservazione; proiezioni genitoriali; contenimento dell'ansia; ridistribuzione delle proiezioni familiari; aspetti intergenerazionali.

Introduzione

L'idea di un Servizio di Counselling per bambini di età 0-5 è stata sviluppata negli anni ottanta alla Tavistock Clinic da un gruppo multidisciplinare, che voleva applicare il pensiero e le capacità di osservazione della psicoanalisi al lavoro con genitori e bambini molto piccoli. Le difficoltà che si presentano in questa età, appaiono spesso incomprensibili ai genitori che si rivolgono ai servizi in uno stato di estrema preoccupazione, angoscia e allo stremo delle loro forze. Questo breve modello operativo si rivolge a queste famiglie in ansia e angosciate per i loro bebè e per i loro bambini in questa tenera età.

La filosofia di questo approccio riconosce il fatto che, nel diventare genitore, le esperienze infantili precoci, i conflitti e i traumi non risolti del passato, vengono riattivati, proiettati o rimessi in scena con il proprio figlio nel presente. I genitori di bambini piccoli e i bambini stessi sono particolarmente aperti e disponibili al cambiamento. La plasticità è un aspetto presente sia nei primi anni di vita che negli anni in cui si diventa genitori. I sintomi e le modalità di comportamento non sono ancora stabili nella prima infanzia e possono essere facilmente rettificati. Questi genitori, che si trovano in grave stato di preoccupazione, si sentono spesso sopraffatti dall'intensità e dalla turbolenza delle sofferenze, paure e ansie dei loro bambini, e sono generalmente più accessibili all'aiuto rispetto a genitori che hanno vissuto per anni con figli difficili e forse si sono rassegnati ed abituati alle difficoltà. Gli psicoterapeuti dell'infanzia (Baradon, 2002; Barrows, 1997, 1999; Daws, 1999; Emanuel, 2002; Hopkins,1992; Likierman, 1988; Miller, 1992, 2000; Pozzi, 1999, 2003), gli psicoanalisti e altri ricercatori nell'ambito della relazione genitore-figli piccoli (Brafman, 2001; Brazelton & Cramer, 1991; Cramer, 2000; Berg,2000; Manzano et al., 1999; Norman, 2004; Pawl & Lieberman, 1997; Watillon, 1993) hanno confermato, in base ai risultati della loro esperienza clinica e ricerca, che molte famiglie possono trarre beneficio ed aiuto anche solo da poche sedute con questo counselling psicoanalitico con bebè e bambini piccoli.

Per cominciare, vengono offerte fino a cinque sedute a tutta la famiglia e, se necessario, se ne aggiungono altre cinque. Papà, fratelli e sorelle sono invitati a partecipare e i terapeuti generalmente lavorano con chiunque decida di venire ai colloqui. Se nel corso degli incontri emergono difficoltà della coppia genitoriale, viene offerto loro uno spazio per analizzare l'impatto delle difficoltà di coppia sul ruolo genitoriale.

Nel diventare genitore, le esperienze infantili precoci, i conflitti e i traumi non risolti del passato, vengono riattivati, proiettati o rimessi in scena con il proprio figlio nel presente. I genitori di bambini piccoli e i bambini stessi sono particolarmente aperti e disponibili al cambiamento. La plasticità è un aspetto presente sia nei primi anni di vita che negli anni in cui si diventa genitori. I sintomi e le modalità di comportamento non sono ancora stabili nella prima infanzia e possono essere facilmente rettificati.

Parleremo ora dell'importanza delle capacità di osservazione (Sternberg, 2005) in questo modello di lavoro psicoterapeutico. Il metodo di osservazione di un neonato dalla nascita fino ai due anni, nel suo ambiente domestico, e la registrazione dettagliata delle osservazioni fatte settimanalmente, è stato originariamente ideato e descritto dalla psicoanalista polacca Esther Bick nel 1948 (Bick, 1964). Questo è diventato uno strumento fondamentale per sviluppare la capacità di osservare non solo l'evoluzione della relazione madre-bambino, ma l'intero scenario familiare e la risposta emotiva e personale dell'osservatore. Nella sua mente si crea uno spazio per pensare e fare collegamenti, scevri di giudizio o di interpretazioni affrettate. Questo metodo promuove la capacità di identificazione con persone diverse, sia durante l'osservazione che nel setting di counselling, senza che si creino situazioni di alleanza, di critica o di esclusione nei confronti delle persone presenti. Questa capacità sia di osservare ed elaborare nella propria mente ciò che si evidenzia in queste sedute familiari, che di comprenderne la struttura psicodinamica, è la base del lavoro di counselling.

Obiettivi del servizio di counselling per bambini 0-5

Come abbiamo già sottolineato, i genitori arrivano in uno stato di intense ansia e preoccupazione e il terapeuta esplora con loro le attuali difficoltà e quando sono iniziate, oltre che approfondire gli eventi dei primi giorni di vita del bambino. Questo viene fatto in modo tale da fornire ai genitori l'opportunità di condividere e liberarsi, in un primo momento, poi di incominciare a riflettere sulla complessa rete emozionale e psicologica sottostante il comportamento preoccupante del bambino. Il terapeuta ha l'obiettivo di comprendere le emozioni, le fantasie e i conflitti sentiti o proiettati dai genitori e dal bambino, di solito legati a "fantasmi" irrisolti del passato, come Fraiberg li ha chiamati (Fraiberg, 1975). Il terapeuta contiene le ansie dei genitori e, se è il caso, le verbalizza in un modo a loro tollerabile, aiutandoli a comprendere e gestire quelle ansie.
Il terapeuta utilizza la comprensione del transfert, cioè di quelle sensazioni e fantasie che circolano nel qui ed ora delle sedute. Il controtransfert del terapeuta, cioè le sensazioni e i pensieri suscitati dai resoconti, dalle azioni e dalle interazioni che hanno luogo nelle sedute, è a sua volta uno strumento essenziale per capire le difficoltà e i sintomi presentati e per contenere ansie e proiezioni.
Come si può vedere, questo breve lavoro è lungi dall'essere semplice o dall'essere una versione abbreviata della psicoterapia psicoanalitica. Si basa su molte idee psicoanalitiche, sulla pratica e sulla comprensione del mondo dell'infanzia, dei piccoli e della loro relazione con i genitori. Richiede l'abilità di saper scoprire e mettere a fuoco i conflitti importanti e nascosti e le preoccupazioni dei genitori, utilizzando tecniche specifiche. Questo spiega perché raccomandiamo che il leader dell'équipe terapeutica del counselling 0-5 abbia una formazione psicodinamica con conoscenza specialistica e sensibilità per questa fase evolutiva del bambino e del ciclo di vita familiare.
Per quanto riguarda la formazione necessaria per questo counselling o psicoterapia 0-5, Pawl & Lieberman scrivono: "Il terapeuta deve essere un esperto dello sviluppo normale e deviante dell'infanzia e dell'età prescolare, oltre ad essere competente nella valutazione della psicopatololgia degli adulti, nell'osservazione e nell'intervento clinico. Data la necessità di possedere esperienza in varie aree, la psicoterapia genitore-bebè è essenzialmente un compito multidisciplinare." (Pawl & Lieberman, 1997, p 350)

Background teorico

Molti psicoanalisti e psicoterapeuti hanno posto le basi di quella che oggi è la psicoterapia 0-5. In Gran Bretagna, Winnicott, pediatra e psicoanalista, aveva un'ampia esperienza nella cura di madre e bambino, lavorando con loro in modo semplice e diretto, a volte con risultati straordinari. Nel 1941 ha scritto *The Observation of Infants in a Set Situation*, dove riferisce di aver liberato una neonata di 7 mesi dal sintomo di respiro affannoso e asmatico, che secondo Winnicott, (Winnicott, 1941) era una risposta alle ansie materne. In America, Selma Fraiberg, nel suo

lavoro: *Ghosts in the Nursery: a psychoanalytic approach to the problem of impaired infant-mother relationships* (Fraiberg, 1975), formalizzò una teoria della psicoterapia genitore-bebè. I genitori ripetono le loro esperienze infantili traumatiche e di abusi non metabolizzati emotivamente, perché la componente emotiva di quei traumi è stata repressa e non è presente a livello consapevole. Il gruppo di lavoro della Fraiberg univa l'esperienza psicoanalitica a quella di assistenza sociale, e il loro approccio comprendeva visite a domicilio a famiglie deprivate, dove la psicoterapia spesso si svolgeva in cucina. Lo scopo di questi trattamenti era di intervenire nel ciclo dell'abuso, del rifiuto e della deprivazione, per prevenire la ripetizione di traumi vissuti, comprendendoli e rendendoli accessibili al genitore.
In Svizzera, Daniel Stern, Cramer, Palacio-Espasa e l'équipe di Ginevra praticano brevi interventi genitore-bambino utilizzando la teoria dell'attaccamento, la psicologia dello sviluppo e le idee psicoanalitiche. Descrivono la relazione madre-bambino come una danza reciproca di azione e interazione, nella quale le modalità di attaccamento irrisolto del genitore vengono riprodotte nell'attuale relazione con il bambino (Cramer, 1995; Brazelton, 1991; Manzano & Palacio-Espasa, 1993; Stern, 1995). Norman in Svezia (2001; 2004) e da Morgan in Australia (Thomson-Salo & Paul, 2001), utilizzano un approccio piuttosto differente, centrato-sul-bambino, che considera il bambino in relazione diretta con il terapeuta. In questo modo, gli aspetti del mondo del bambino, che non sono stati contenuti dalla reverie materna (Bion, 1962, *Learning from Experience)* vengono attivati ed elaborati nelle sedute di terapia, con conseguenti cambiamenti nella relazione madre-bambino.
All'Anna Freud Centre di Londra, viene utilizzata una combinazione di approcci – di gruppo e diade madre-bambino. Il progetto The Parent Infant Project (P.I.P.) si rivolge a madri e bambini – quando possibile anche a padri – e si basa sulle teorie psicoanalitica e dell'attaccamento (Baradon, 2002). Il Toddler Group si occupa dei bambini più grandicelli e delle loro madri ed offre loro l'opportunità di incontrarsi e condividere preoccupazioni con altre madri, mentre i bambini giocano fra loro.
Il servizio di Infant Mental Health al Tavistock (unitosi all'Anna Freud negli anni 2000), un tempo chiamato The Under Fives' Counselling Service, ha un approccio fondamentalmente psicoanalitico. Applica al lavoro con queste famiglie la comprensione di processi inconsci ed esplora il significato inconscio dei problemi presentati in consultazione.
In questi diversi modelli si sovrappongono molti concetti teoretici che vengono adattati nella terapia breve secondo il background professionale del terapeuta e secondo quanto viene portato dal paziente.
Alcuni genitori desiderano comprendere le ansie e i conflitti legati alle difficoltà dei loro bambini e troveranno soddisfazione in questo approccio. Altri sono più interessati ad avere consigli pratici e in questo caso, il terapeuta può offrire consigli, contestualizzandoli nella comprensione psicologica profonda del bambino e delle dinamiche emerse durante le sedute.

La segnalazione

C'è di solito una rete di professionisti sensibili ai problemi e alle difficoltà di questa specifica età, che inviano le famiglie ai Child and Adolescent Mental Health Services (C.A.M.H.S.). Questi professionisti sono: medici della mutua (G. P. cioè: General Practitioner.), Visitatrici dell'Infanzia (Health visitors: H. V.), pediatri, assistenti sociali nei reparti dei Servizi Sociali che si prendono cura di bambini piccoli e famiglie, lavoratori e animatori degli asili nido. Anche le famiglie sono incoraggiate a richiedere assistenza diretta.
È importante facilitare l'instaurarsi di buone relazioni con la rete dei professionisti, stabilendo contatti mediante incontri con i colleghi del settore territoriale sulla prima infanzia, gruppi di formazione, supervisione e consulenze come per esempio i forum per H.V.
Gli utenti di riferimento per un modello breve 0-5 sono i bambini e le famiglie, che presentano blocchi specifici in aree dello sviluppo evolutivo fisico, psicologico e comportamentale del bambino piccolo. Difficoltà comuni e tipiche del bebè sono: ritardo nella crescita, pianto eccessivo, problemi di attaccamento, depressione materna, allattamento, svezzamento, difficoltà collegate al sonno, ansie parentali causate da esperienze traumatiche e da malattie fisiche. Difficoltà comuni per i bambini

Difficoltà comuni e tipiche del bebè sono: ritardo nella crescita, pianto eccessivo, problemi di attaccamento, depressione materna, allattamento, svezzamento, difficoltà collegate al sonno, ansie parentali causate da esperienze traumatiche e da malattie fisiche. Difficoltà comuni per i bambini più grandicelli di 2-5 anni sono: l'educazione sfinterica, aggressività eccessiva nei confronti di altri bambini o degli adulti, rivalità con i fratelli/sorelle particolarmente con il nuovo nato, iperattività, opposività, incubi notturni, ansia da separazione, isolamento all'asilo/ nel gruppo di gioco, depressione, capricci, comportamento incauto o rischioso.

Quando l'invio arriva al Servizio, il responsabile del servizio 0-5 discute la segnalazione nel team multidisciplinare e la famiglia viene assegnata a professionisti specializzati. Alcuni preferiscono contattare direttamente la famiglia al telefono, altri invitano ad un appuntamento con lettera. Idealmente, si dovrebbe offrire la disponibilità di un appuntamento nel giro di pochi giorni, poiché il livello di ansia ed esasperazione dei genitori di bambini piccoli tende ad essere molto intenso. Tuttavia, quando questo non è possibile, è stato sviluppato un sistema di counselling telefonico in una clinica C.A.M.H.S, per gestire l'urgenza per il genitore e minimizzare il rischio per il bambino.

più grandicelli di 2-5 anni sono: l'educazione sfinterica, aggressività eccessiva nei confronti di altri bambini o degli adulti, rivalità con i fratelli/sorelle particolarmente con il nuovo nato, iperattività, opposività, incubi notturni, ansia da separazione, isolamento all'asilo/nel gruppo di gioco, depressione, capricci, comportamento incauto o rischioso.
Nella nostra esperienza, anche situazioni complesse possono essere analizzate in una cornice di counselling breve e offrire beneficio con un input limitato nel tempo. Quando le difficoltà sopra menzionate sono presenti nel complesso quadro clinico di bambini con ritardi nello sviluppo, difficoltà di apprendimento, autismo ecc., le famiglie possono trarre vantaggio da un approccio breve e focalizzato su uno specifico comportamento presentato alla consultazione. Per esempio, un problema di sonno può essere migliorato in un bambino autistico mediante un breve counselling con l'intera famiglia. Allo stesso modo, un setting con limiti ben delineati può contenere l'eccessiva aggressività in un bambino con un handicap mentale ereditario, congenito (Pozzi, 2003).
Quando l'invio arriva al Servizio, il responsabile del servizio 0-5 discute la segnalazione nel team multidisciplinare e la famiglia viene assegnata a professionisti specializzati. Questi prendono contatto in modo diverso con le famiglie: alcuni preferiscono contattare direttamente la famiglia al telefono, altri invitano ad un appuntamento con lettera. Idealmente, si dovrebbe offrire la disponibilità di un appuntamento nel giro di pochi giorni, poiché il livello di ansia ed esasperazione dei genitori di bambini piccoli tende ad essere molto intenso. Tuttavia, quando questo non è possibile, è stato sviluppato un sistema di counselling telefonico in una clinica C.A.M.H.S, per gestire l'urgenza per il genitore e minimizzare il rischio per il bambino.

Un telefono amico per genitori

Questo telefono amico per genitori ha avuto inizio in un C.A.M.H.S. per rispondere alle pressioni dei molti utenti e per diminuire il tempo di attesa per le famiglie dei piccoli. Ha lo scopo di fornire ai genitori uno spazio immediato dove poter esprimere quelle preoccupazioni e paure, che di solito sono particolarmente acute quando si tratta di bambini molto piccoli. Offre un iniziale contenimento delle ansie e l'opportunità di cominciare a pensare alle difficoltà sperimentate dai genitori coi loro piccoli. Alcuni genitori, oltre a condividere pensieri e sensazioni con una persona disponibile e ricettiva, trovano una nuova modalità di comprensione dei comportamenti, degli stati d'animo e dell'infelicità del loro bambino. Queste conversazioni telefoniche possono sostenere le famiglie nell'attesa di avere un appuntamento al Servizio. Occasionalmente, l'input di contenimento e di pensiero fornito dal terapeuta può essere sufficiente a stimolare i genitori ad esplorare nuove modalità di relazione e cominicazione coi loro bambini, al punto tale da riuscire loro stessi a risolvere il problema e a non aver più bisogno del Servizio. Un contatto telefonico di follow-up valuta l'effetto della conversazione iniziale e l'eventuale desiderio e bisogno, o meno, di un colloquio clinico. Il counselling telefonico è stato ampiamente descritto in un lavoro recente (Pozzi, 2003); qui illustreremo un esempio di counselling telefonico, che ha risolto un problema grave e di lunga durata in una bambina di tre anni.

Chiameremo Eugenia questa bambina la cui mamma era terrorizzata a causa dei suoi improvvisi e inaspettati scatti di aggressività, morsi, calci e minacce di uccidere tutti con un coltello. Non è sorprendente che anche il sonno notturno di Eugenia fosse molto disturbato. La madre era anche molto preoccupata per come Eugenia avrebbe reagito alla nascita imminente di un fratellino, figlio di un papà diverso da quello di Eugenia. L'assistente sociale aveva descritto una situazione di grande ansia e la terapeuta aveva telefonato alla madre per farsi raccontare direttamente la storia e fare una iniziale valutazione della gravità del problema. La storia raccontata dalla madre era quella di una bambina che aveva picchiato, pizzicato e tirato i capelli della mamma fin dalla nascita e che, a diciotto mesi, era riuscita a provocare delle contusioni alla madre spingendola giù dalle scale. La signora aveva dovuto tornare al lavoro prima di quanto avrebbe voluto, poiché il marito l'aveva lasciata. Eugenia voleva che la madre restasse a casa, ma quando lei era a casa Eugenia non voleva stare con lei. Per qualche ragione inconscia e probabilmente legata al tono della comu-

nicazione telefonica, la terapeuta fece un commento insolito e piuttosto forte, che stupì lei stessa: "Sembra che Eugenia la odi!" La madre rimase scioccata e cominciò a piangere dicendo che aveva fatto del suo meglio ma che non era valso a niente e che non sapeva proprio che cosa avesse fatto di sbagliato. A volte non riusciva a non perdere la pazienza con Eugenia e la sgridava urlando. Eugenia era una gemella e la sua sorellina era morta dopo una nascita traumatica. La signora si era sentita sola e senza aiuto quando Eugenia aveva mostrato precocemente le sue difficoltà. Ora tutti potevano vedere com'era, quanto fosse aggressiva, e la famiglia era stata segnalata al Servizio Clinico. Nel corso di questa unica conversazione telefonica, la terapeuta si rese conto dell'urgenza della situazione e propose un incontro a breve termine. Inoltre chiese alla mamma di mettere per iscritto le emozioni espresse da Eugenia in situazioni diverse durante la giornata. Tuttavia, quando fu inviata la lettera di convocazione per un appuntamento, la signora telefonò per dire che Eugenia era ora una bambina differente e non aveva più bisogno di venire al servizio. Apparentemente, anche il sonno di Eugenia era migliorato, si svegliava solo una volta, per poi riprendere subito a dormire. Si comportava bene all'asilo e non era più aggressiva nè bisognosa di costante attenzione. Quando abbiamo chiesto alla madre che cosa pensava fosse accaduto, ci disse che aveva trovato utile parlare con qualcuno al telefono. Non si era più sentita sola, qualcuno le aveva finalmente dato ascolto. Aveva apprezzato che le si parlasse con empatia della perdita di uno dei gemelli, della rottura del suo primo matrimonio e di come queste perdite potessero aver influenzato la relazione con Eugenia. Anche il suggerimento di parlare con Eugenia di quanto fosse arrabbiata con la mamma e delle diverse emozioni suscitate in varie situazioni quotidiane, era stato molto utile sia a lei che al marito. La signora gli aveva riferito la conversazione telefonica e da quel momento le cose erano andate meglio. Entrambi avevano stabilito regole più flessibili con Eugenia e la mamma si sentiva meno arrabbiata con la sua bambina di tre anni. Riferì che la loro vita familiare correva ora su nuovi binari. La terapeuta fu sorpresa da questo successo così immediato in una situazione così complessa, con una sola consulenza telefonica. Questa madre ricettiva è stata capace di contattare e comunicare il suo profondo disagio e senso di colpa, di internalizzare l'accettazione della terapeuta e di cogliere quei suggerimenti psicologici e basilari necessari per capire la bambina.

La terapeuta ha svolto una funzione contenitiva, cioè ha sentito l'impatto della comunicazione emotiva della madre, che ha accolto senza giudizio e critica ma con comprensione e compassione. Il contenimento delle ansie materne ha probabilmente liberato la mamma permettendole di dare spazio alle sue capacità intuitive di porre limiti e di relazionarsi in modo diverso con Eugenia.

Per coloro che non hanno esperienza di questo tipo di lavoro è forse difficile credere che si possano verificare dei miglioramenti radicali così rapidamente. Questo potrebbe essere visto come una fuga irrealistica nella salute mentale o come fuga da ulteriore trattamento. Mentre si deve essere cauti nel ritenere questa una soluzione magica, è nostra opinione che sia stato il potente effetto del verbalizzare i possibili sentimenti di odio di Eugenia verso sua madre, che sembra abbia liberato i sentimenti inconsci di ostilità fra madre e figlia. Crediamo anche, che, dopo quella unica conversazione telefonica, la madre potesse accettare l'idea che l'odio era parte delle normali relazioni d'affetto fra genitori e figli. Anche l'aver riportato al conscio dei lutti dolorosi e irrisolti può essere stato un fattore molto importante nell'alleviare l'ostilità nella relazione tra genitore e bambina.

In letteratura ci sono molti resoconti sul valore di queste consultazioni che rivelano sentimenti negative sotterranei: da Winnicott, che nelle sue innumerevoli consulenze con madri e bambini, ha avuto risultati immediati e straordinari (Winnicott, 1941), ad Ann Morgan pediatra, psichiatra infantile e psicoterapeuta per genitori e bambini in Australia. Racconta di esiti molto rapidi e positivi quando la madre diventa più consapevole e accetta le emozioni ostili profonde verso il proprio bebè (Thomson Salo and Paul, 2001).

L'** équipe **0-5 è solitamente guidata da un clinico di formazione psicoanalitica, che affina le capacità di osservazione, di comprensione, la conoscenza dello sviluppo infantile e della relazione genitore-bebe' e bambino piccolo. Una familiarità con la psicopatologia degli adulti è necessaria per valutare la possibilità di rischi per il bambino. Un'équipe e un approccio multidisciplinari rendono ancora più efficace questo servizio clinico.

Il setting

Parleremo di tre aspetti del setting: l'aspetto fisico (la stanza del colloquio), l'aspetto mentale (lo stato mentale del terapeuta, le sue conoscenze teoriche e capacità) e gli operatori che compongono l'équipe.

I terapeuti familiari, gli psichiatri dell'infanzia, gli operatori sociali, gli psicologi clinici, gli analisti di gruppo, le infermiere psichiatriche di comunità (CPNs), altri C.A.M.H.S. clinici e operatori della salute mentale sul territorio, tutti portano dei vertici diversi agli interventi con questa fascia d'età. L'avere un'ampia ricchezza di punti di vista e stili professionali uniti in un obiettivo comune, contribuisce a rendere questo lavoro efficace e stimolante.

La stanza del colloquio deve essere accogliente per la famiglia; è preferibile usare ogni volta la stessa stanza, così che la famiglia si senta accolta e a proprio agio e la comunicazione inconscia sia facilitata. Si può utilizzare uno studio di terapia, purché ci sia sufficiente spazio per tutta la famiglia. La stanza dovrebbe essere arredata in modo semplice: sedie comode, incluse alcune per i bambini, un piccolo tavolo, magari qualche quadro alle pareti e possibilmente una scrivania. È utile avere un lavandino e del linoleum sul pavimento attorno al lavandino per segnare il confine dei giochi con l'aqcua. Si devono tenere in considerazione le normali precauzioni di sicurezza, come le prese elettriche, bollitori e caloriferi a prova di bambino, ecc. Questi elementi nella stanza di consultazione spesso costituiscono una fonte di informazione diagnostica sulla capacità della famiglia di porre dei limiti.
È utile fornire un tappeto per i bambini molto piccoli e un fasciatoio per cambiare i pannolini, anche se non necessariamente nella stanza della terapia. La scatola dei giochi conterrà giochi per bambini piccoli, famiglie di bambole etnicamente appropriate; animali e recinti; carta, matite e pennarelli; giocattoli morbidi come famiglie di bambole o orsacchiotti; costruzioni; set di tazzine, forbici di plastica; corda; un telefono giocattolo; scotch e pongo. Alcune stanze hanno anche una casa delle bambole.

Rispetto alla terapia tradizionale, c'è maggiore flessibilità per quanto riguarda la durata della seduta, che varia fra l'ora e l'ora e mezza specialmente per un primo colloquio.
L'aspetto mentale del setting sostanzialmente riguarda lo schema di riferimento teorico e lo stato mentale della terapeuta. Pozzi, facendo riferimento a Bion (1967), scrive che la libertà da preconcetti e aspettative come pure la consapevolezza delle proprie emozioni, facilitano l'instaurarsi di una relazione terapeutica autentica, nonostante la sua brevità (Pozzi, 2002). Il terapeuta si sintonizza ed assorbe la moltitudine di conflitti, preoccupazioni e sconvolgimenti emotivi che vengono presentati. Funziona come una madre, ricettiva ed aperta a ricevere e contenere ciò che il bambino esprime in termini di stati corporei, mentali e di bisogni. Le funzioni di "holding" (Winnicott, 1960) e di "reverie" (Bion, 1962) svolte dalla madre e dal terapeuta, offrono una comprensione che contiene la sofferenza e la elabora nel silenzio della propria mente. In un secondo tempo, si può restituire alla famiglia questa comprensione in forma diversa, così che possa essere accolta e possa ridurre lo stato di sofferenza.
Nella mente del terapeuta ci sono anche i dati di conoscenza elaborati dalle ricerche sull'età evolutiva e gli elementi teorici e psicoanalitici relativi ai processi intrapsichici e alle relazioni interpersonali bambino-adulto. Le abilità necessarie per questo lavoro includono l'osservazione e l'identificazione con tutti i membri della famiglia nell'hic et nunc della situazione presentata. Il terapeuta è più attivo che nel lavoro psicoanalitico tradizionale, in quanto deve rispondere a varie richieste psicologiche, oltre a dover assistere i genitori negli inevitabili aspetti pratici della cura del bambino, per esempio cambio dei pannolini, alimentare, andare in bagno, recuperare bambini che corrono fuori dallo studio, che vomitano, ecc. Il terapeuta deve fare attenzione a non essere trascinato in azioni istintive, che potrebbero minare fragili competenze e autorità genitoriali. In tutta questa turbulenza, si deve mantenere un atteggiamento analitico di riflessione e di contatto emotivo. I clinici che fanno questo lavoro possono trovarsi in sedute piuttosto caotiche, specialmente durante i primi colloqui, nei quali l'incontro iniziale può risultare in un impatto intenso e profondo.

L'*équipe* 0-5 è solitamente guidata da un clinico di formazione psicoanalitica, che affina le capacità di osservazione, di comprensione, la conoscenza dello sviluppo infantile e della relazione genitore-bebe' e bambino piccolo. Una familiarità con la psicopatologia degli adulti è necessaria per valutare la possibilità di rischi per il bambino. Una équipe ed un approccio multidisciplinari rendono ancora più efficace questo servizio clinico. I terapeuti familiari, gli psichiatri dell'infanzia, gli operatori sociali, gli psicologi clinici, gli analisti di gruppo, le infermiere psichiatriche di comunità (CPNs), altri C.A.M.H.S. clinici e operatori della salute mentale sul territorio, tutti portano dei vertici diversi agli interventi con questa fascia d'età. L'avere un'ampia ricchezza di punti di vista e stili professionali uniti in un obiettivo comune, contribuisce a rendere questo lavoro efficace e stimolante.

Integrazione della terapia infantile e adulta: spunti tecnici

Bick, nei suoi due lavori del 1962 e 1964, delinea una differenza tra l'analisi del bambino e il lavoro con gli adulti in quanto l'analista infantile deve capire la comunicazione non-verbale del bambino ed essere particolarlmente ricettiva al sé primitivo, infantile sperimentato nel controtransfert. (*Child Analysis Today* e *Notes on Infant Observation*).
I clinici che lavorano con approccio analitico secondo il modello breve qui descritto, devono possedere l'abilità di saper lavorare sia con i bambini che con gli adulti, sia individualmente che collettivamente. Coloro che praticano abitualmente la psicoterapia individuale con adulti sono spesso sorpresi dal livello di attività, rumore e concretezza riscontrabili nelle sedute in cui sono presenti famiglie con bambini piccoli, come abbiamo detto sopra.
Le ansie arcaiche, che emergono lentamente nel lavoro con gli adulti, vengono espresse in modo molto più immediato dal bambino piccolo: il terapeuta viene assalito da un'enorme quantità di dati clinici, incluse le rappresentazioni provenienti dal mondo interno di tutti i partecipanti presenti nella stanza. La tecnica richiede di selezionare i fatti clinici. Questa selezione è spesso determinata dalla capacità del terapeuta di collegare il gioco, il comportamento e la comunicazione verbale del bambino alla narrazione della situazione familiare da parte dell'adulto. Può essere sorprendente per i genitori scoprire che ci sono significati nelle comunicazioni del bambino, che spesso ritraggono concretamente alcuni degli elementi della situazione sotto esame. Alcuni genitori iniziano ad osservare e a fare proprie le abilità di osservazione del terapeuta e iniziano a fare più attenzione alla comunicazione dei loro bambini a casa e ai processi sottostanti alle loro relazioni e reazioni. L'aumento di consapevolezza di 'chi fa che cosa a chi', potrebbe essere visto come un modo per ridistribuire le proiezioni. Questo può moderare la tendenza a trovare un capro espiatorio in famiglia – spesso il bambino – liberandolo così dalle proiezioni negative, magari già consolidate.
Molto spesso, lavorando con giovani famiglie, sentiamo genitori esprimere il desiderio di dare ai propri figli un'esperienza di vita familiare migliore di quella vissuta personalmente. Affinchè questo desiderio possa realizzarsi, i genitori devono aver elaborato sufficientemente quelle difficoltà personali, che spesso tendono ad essere proiettate nei bambini. Troviamo che c'è spesso un adattamento reciproco, inconscio tra gli elementi non riconosciuti della psiche dei genitori e del bambino, il quale diventa il recettore di questa dinamica. Alla stessa stregua, c'è di solito un modello di incastro inconscio nella scelta reciproca dei genitori (Dicks, 1967).

Le ansie arcaiche, che emergono lentamente nel lavoro con gli adulti, vengono espresse in modo molto più immediato dal bambino piccolo: il terapeuta viene assalito da un'enorme quantità di dati clinici, incluse le rappresentazioni provenienti dal mondo interno di tutti i partecipanti presenti nella stanza. La tecnica richiede di selezionare i fatti clinici. Questa selezione è spesso determinata dalla capacità del terapeuta di collegare il gioco, il comportamento e la comunicazione verbale del bambino alla narrazione della situazione familiare da parte dell'adulto.

Struttura e contenuto del counselling

Trattandosi di un modello di psicoterapia breve che offre inizialmente fino a cinque sedute, il contenuto trattato di solito include la descrizione dei sintomi attuali e il loro impatto sulla famiglia. Questa è in genere la preoccupazione più immediata dei genitori. Mentre si dispiega la loro storia, noi pensiamo al perché la richiesta è arrivata ora e al perché proprio quei sintomi. Ci chiediamo se ci possa essere un legame con le storie familiari dei genitori. Alcune famiglie sono interessate ad esplorare questo legame e danno molte informazioni utili, che possono contribuire alla comprensione della situazione attuale. Spesso troviamo che c'è una trasmissione intergenerazionale dei "ghosts in the nursery" ("fantasmi nella nursery"), come Selma Fraiberg li ha chiamati (Fraiberg, 1975). Tuttavia ci sono genitori che non ritengono che questo sia necessario, come nel caso di Caesar, descritto nell'ultima parte di questo articolo. Queste famiglie vogliono circoscrivere la discussione del problema al loro bambino. Comunque, noi cerchiamo di prestare attenzione alle reciproche proiezioni in atto tra i membri della famiglia e all'atmosfera emotiva generale delle relazioni familiari. Molto spesso il comportamento sintomatico del bambino si manifesta nel qui ed ora delle sedute e questo dà al terapeuta la possibilità di esserne testimone diretto e di impegnare i membri della famiglia in una ricerca dei significati. Per esempio, quando un bambino fa i capricci in seduta se il fratellino gli porta via un giocattolo, osserviamo come i genitori si comportano e possiamo fare delle riflessioni sui sentimenti suscitati in tutti loro presenti da questo evento così comune.
Pensiamo che sia importante conoscere il percorso evolutivo del bambino: le circo-

Non è insolito scoprire come il bambino segua con grande attenzione il senso della conversazione degli adulti e come questo venga rappresentato nel disegno o nel gioco. Noi lo facciamo notare, così che ciascuno dei presenti diventi consapevole del contributo comunicativo del bambino. Possiamo dedicare un po' di tempo esclusivamente alle attività del bambino per capirne i significati e le emozioni espresse e condividerle sia con il bambino sia con i genitori.

stanze relative al concepimento, alla gravidanza, la stessa esperienza della nascita, i primi giorni di vita del neonato e il suo sviluppo, inclusi l'allattamento, lo svezzamento, l'educazione sfinterica e altre tappe fondamentali, come l'acquisizione del linguaggio. Ci interessa anche sapere come il bambino esplora e apprende nell'ambito delle sue prime relazioni di attaccamento e come i genitori gestiscono ogni fase evolutiva, sia praticamente che emotivamente. Alcuni genitori adottano modalità che tendono a stimolare la crescita dei loro bambini, mentre altri sembrano volerli tenere piccoli: alcuni genitori possono trovare difficile sintonizzarsi con il ritmo naturale di crescita dei loro bambini.

Il nostro obiettivo in questi incontri è quello di includere tutti i partecipanti, il che significa annotare mentalmente con attenzione ciò che il bambino dice e fa, mentre si svolge la conversazione nella stanza di terapia. Non è insolito scoprire come il bambino segua con grande attenzione il senso della conversazione degli adulti e come questo venga rappresentato nel disegno o nel gioco. Noi lo facciamo notare, così che ciascuno dei presenti diventi consapevole del contributo comunicativo del bambino. Possiamo dedicare un po' di tempo esclusivamente alle attività del bambino per capirne i significati e le emozioni espresse e condividerle sia con il bambino sia con i genitori. Questo potrebbe incoraggiare i genitori a comprendere meglio la psicologia del loro piccolo, osservandolo e immaginando come si possa sentire in quel dato momento, prima di reagire precipitosamente. Questo aiuta genitori e bambini ad interagire nelle loro individualità separate e diverse.

Molti genitori chiedono consigli e mentre, di regola, noi lavoriamo per aumentare la capacità di comprensione piuttosto che fornire consigli pratici, ci sono volte in cui pensiamo insieme ai genitori a semplici suggerimenti da mettere in pratica fra una seduta e l'altra, sulla base delle osservazioni e discussioni condivise. Per esempio, si è suggerito al genitore di un bambino di tre anni, che si rifiutava di defecare nel vasino, di mettere il pannolino nel vasino così che il bambino si sentisse sicuro per il fatto di avere ancora il suo pannolino vicino a sé, finchè a poco a poco riuscì a farne a meno.

Siamo sensibili al modo in cui i genitori ci percepiscono e ci sperimentano come clinici in un servizio di salute mentale. Di solito arrivano da noi con un misto di ansie, paure, aspettative, speranze, ecc. E questo è il loro transfert nei confronti dell'istituzione. Se notiamo che questi stati emotivi e pensieri ansiosi interferiscono con il lavoro di esplorazione, è utile verbalizzarli. Questo di solito contiene l'ansia o la negatività presenti nel processo di chiedere aiuto e permette ai genitori di raccontarci più liberamente la loro storia.

Esempi clinici di counselling 0-5

Esploreremo ora tre situazioni di counselling 0-5, che hanno avuto esiti molto diversi.

Il primo è un tipico caso di counselling, con esito positivo, nel quale sono state sufficienti due sedute per sbloccare una impasse critica con una neonata di dieci mesi con problemi di sonno. L'infermiera visitatrice dell'infanzia – una figura professionale specifica della mutua nazionale inglese - aveva inviato questi genitori, descrivendoli "allo stremo delle loro forze". Entrambi vennero al primo colloquio con Cristina. La mamma aveva già avuto dei figli da un precedente matrimonio e senza nessun problema, mentre questa bambina era la prima nata dalla relazione con questo papà e in questo nuovo matrimonio. In uno stato di forte agitazione i genitori descrissero le loro sofferenze, dovute a mancanza di sonno perché Cristina si svegliava almeno 3 o 4 volte dopo la mezzanotte. Erano entrambi esauriti ed avevano bisogno di un rapido cambiamento. Fu il padre a ipotizzare che lo svezzamento e il sonno fossero collegati e che non appena l'allattamento al seno fosse terminato, anche il sonno sarebbe migliorato. La madre sembrava non condividere pienamente questa idea, ma siamo comunque riusciti a parlarne insieme. La signora diceva che Cristina non aveva un reale bisogno di nutrirsi al seno; mangiava già cibi solidi con soddisfazione. Questo ci fece riflettere su come la mamma avrebbe mantenuto il legame con la sua bambina, se non poteva più farlo attraverso il seno: l'avrebbe tenuta in mente e l'avrebbe confortata in altri modi? La terapeuta parlò del ruolo paterno nell'aiutare la separazione tra madre e figlia e parlò anche degli aspetti positivi oltre che delle perdite, tipiche del processo di svezzamento. Alla fine del primo incontro i genitori

sembravano andarsene con la convinzione di avere un "progetto", che erano decisi ad attuare, indipendentemente dalle proteste di Cristina. Quando ritornarono per il secondo incontro, erano entrambi felici nel raccontare che Cristina stava prendendo il biberon, che prima rifiutava, e che non veniva più allattata al seno. Dissero anche che nelle precedenti due settimane erano riusciti a dormire per una notte intera. La terapeuta commentò che questo era un grande successo per tutti loro, inclusa Cristina, che in questa seduta, era occupata ad esplorare la stanza in un modo più indipendente. Non volevano "far perdere tempo alla terapeuta" e tornare per un terzo incontro e avevano espresso la loro gratitudine per aver capito cosa aveva provocato questo grosso cambiamento: era stato importante avere un osservatore esterno capace di considerare la loro situazione con serietà, il che li aveva aiutati a maturare un senso di convinzione. La signora ammise di aver precedentmente esitato a lasciare che il marito intervenisse in modo più attivo, ma che la sua esitazione era stata ridimensionata dopo il nostro primo incontro. Allo stesso modo avevano accettato l'idea che l'essere piu' rilassati e accettare una realtà di crescita, da un lato può essere doloroso, ma significa anche avere una nuova libertà per tutti loro. C'era una sensazione di gioia in tutti per il cambiamento conseguito.

La seconda famiglia ebbe bisogno di molto più aiuto, anche quando le difficoltà del bambino si erano attenuate. Il motivo dell'invio da parte della visitatrice dell'infanzia, erano i problemi comportamentali del piccolo Paul di quattro anni, la cui madre aveva appena partorito due fratellini gemelli. Questa madre aveva causato molte ansie all'équipe medica territoriale, a partire dalle difficoltà della coppia nel concepire, difficoltà superate grazie al trattamento IVF. Al primo incontro la madre si presentò con Paul, che lei descrisse come "bambino impossibile su tutti i fronti". Non mangiava, non dormiva e non voleva collaborare su niente. Raccontò di essere così stanca di lui da non poter neanche più sopportare di vedere la sua faccia. Quello che la terapeuta vedeva era un bambino triste che voleva a tutti i costi sedersi in braccio a sua mamma. Parlammo dell'impatto dei gemelli e di come il loro arrivo poteva aver influenzato Paul. La signora non diede importanza a questa idea insistendo che Paul li amava molto. I gemelli erano a casa con il padre e la terapeuta suggerì che la volta successiva l'intera famiglia venisse in clinica, così da poter vedere le dinamiche di interazione. La signora aveva anche ammesso di sentirsi fuori controllo ed ansiosa rispetto alla possibilità di influenzare i suoi figli con atteggiamenti che avrebbero potuto danneggiarli. Nominò la sorella maggiore che era "persa" e "fannullona". Nell'incontrare l'intera famiglia, fu chiaro che il padre aveva assunto la funzione nutritiva per tutti i figli e stava tentando di offrirla anche a sua moglie, ma lei non lo prendeva in considerazione. Per esempio, quando lui faceva un commento sensato, lei si sentiva criticata e rispondeva: "Certo, è sempre colpa mia!" Il padre aveva tentato di dire era non gli sembrava ci fosse qualcosa di sbagliato in Paul, ma che: "ha solo bisogno di te", le diceva. La terapeuta sentiva che il padre era molto in contatto con le emozioni, mentre la madre era molto preoccupata con pensieri ossessivi centrati sull'assunzione di cibo. Rivelò di essere stata ospedalizzata da adolescente per un problema di alimentazione e ora non voleva che i suoi figli avessero lo stesso problema. Era angosciata dal fatto che il figlio rifiutasse tutti i cibi, ad eccezione dei biscotti.

La famiglia ritornò dopo le vacanze estive durante le quali la madre e il figlio si erano riavvicinati; la signora disse di sentire di aver ritrovato "il suo Paul". Paul aveva ripreso a mangiare, dormiva bene e si sentiva più sicuro. Nonostante la terapeuta avesse suggerito che l'atteggiamento diverso della mamma aveva avuto un effetto molto positivo sul cambiamento di Paul, la signora non sembrava interessata a pensare in questi termini. Chiese una seduta indiviuale solo per lei e in quella seduta si focalizzò sulla crescente gravità delle sue ruminazioni relative al suo stato. Parlò della sua ricaduta in relazione con la sua attività fisica e ginnica eccessiva e alla mancanza di appetito. Negò di sentirsi depressa ma era preoccupata perché il marito stava assumendosi la maggior parte del peso dell'accudimento dei figli, perché lei faceva molto poco. Dopo questa seduta furono presi contatti con la rete di professionisti perché il caso destava crescenti preoccupazioni. Eravamo tutti d'accordo per un invio a un servizio locale perinatale. La famiglia non accettò questo nostro invio ma ci fu riferito che la mamma aveva contattato il suo ospedale privato dove era stata ammessa in osservazione.

Il breve lavoro svolto aveva portato ad un miglioramento del problema alimentare del bambino, mentre divenne necessario un ricovero per la madre. In questo caso la

Al primo incontro la madre si presentò con Paul, che lei descrisse come "bambino impossibile su tutti i fronti". Non mangiava, non dormiva e non voleva collaborare su niente. Raccontò di essere così stanca di lui da non poter neanche più sopportare di vedere la sua faccia. Quello che la terapeuta vedeva era un bambino triste che voleva a tutti i costi sedersi in braccio a sua mamma. Parlammo dell'impatto dei gemelli e di come il loro arrivo poteva aver influenzato Paul. La signora non diede importanza a questa idea insistendo che Paul li amava molto.

Qualcosa di non integrato emotivamente nella relazione del padre con la propria madre, che era spesso assente, e quindi fuori dal suo controllo, poteva ancora essere attivo in questa coppia genitoriale. Come genitori era per loro difficile trovare il giusto equilibrio tra dipendenza, indipendenza e controllo. Nessuna meraviglia che facessereo tanta fatica ad aiutare il loro bambino a imparare ad andare al gabinetto!

madre fu aiutata ad individuare le proprie difficoltà, liberando il bambino dalle gravi e patologiche proiezioni materne.
Il terzo è un esempio di counselling interrotto, nel quale la coppia genitoriale riuscì ad accettare solo tre sedute e solo un limitato miglioramento nel loro bambino di tre anni. La prognosi prevedeva difficoltà future.
Caesar fu inviato dalla visitatrice dell'infanzia perché i genitori erano preoccupati sia dalla mancanza di progressi nell'area dell'autonomia sfinterica che dalla sua ossessione con quello che aveva nel piatto. "È come se fosse tutto avvelenato", disse la madre durante la consultazione telefonica. Lo sviluppo del bambino era generalmente buono in tutte le altre aree, ma a volte l'andare al gabinetto diventava una battaglia e esauriva i genitori ed anche la famiglia estesa da parte materna. La famiglia partecipò soltanto a tre sedute, e dall'inizio era evidente che le riflessioni offerte dalla terapeuta non erano gradite ai genitori, in particolare alla madre. In seduta, si sedevano sull'orlo del divano ed erano tesi per tutta la durata dell'incontro. Come poteva la terapeuta comprendere la fustrazione della madre stando seduta nel suo studio? Si aspettavano che la terapeuta li visitasse a casa per poter vedere e sperimentare direttamente il loro problema. Raccontare e riferire la loro esperienza anche passata, riflettere ed esplorare le difficoltà che avevano con Caesar.... questo non era il tipo di aiuto o di "nutrimento", che questi genitori si aspettavano. Volevano aiuto sul campo con Caesar e consigli pratici. La terapeuta riconobbe il loro disappunto nell'essere "nutriti" con qualcosa che non volevano e questo permise di iniziare a lavorare, ma in piccole dosi. La signora era stata male durante la gravidanza pianificata e si era sentita trascurata dai medici che le avevano prescritto farmaci ma con troppo ritardo. Alla nascita, e sin dall'inizio, Caesar aveva succhiato e dormito bene. Non lo aveva allattato al seno perché, in un certo senso, la cosa la disgustava. Tuttavia era piuttosto timorosa ed esitante nel fare questa rivelazione, poiché pensava che la terapeuta, come tutti gli altri medici, avrebbe disapprovato la sua scelta.
Il padre era figlio unico senza problemi a casa, ma aveva visto poco sua madre, che era spesso assente per motivi di lavoro. Quand'era adolescente era andato a lavorare nel negozio di prodotti alimentari del padre e vi lavorava ancora. La madre di Caesar veniva da una famiglia che descriveva come insolita e diversa; era l'ultima di tre figli, dopo una sorella maggiore disabile e un fratello. Sua sorella aveva sofferto di un handicap ereditario, ed era morta negli anni dell'adolescenza dopo una vita difficile, passata su una carrozzella in completa dipendenza dagli altri per ogni suo bisogno. Sua madre era stata molto impegnata durante la sua infanzia e quando la sorella era morta, l'avevano pianta tutti insieme. Questo fu raccontato in modo molto pragmatico, senza alcun sentimento o propensione a riflettere sulle possibili emozioni suscitate da quel lutto.
Un'ipotesi, che non potè mai essere condivisa con questa famiglia, era che il disgusto materno all'idea dell'allattamento al seno potesse essere collegato alle emozioni provate da piccola, quando assisteva ai pranzi caotici, pasticciati e disgustosi della sorella disabile. Inoltre la mancanza di controllo della sorella, dipendente e malata, poteva aver influenzato la relazione materna inconscia con Caesar, per quanto riguardava l'uso del vasino. Il controllo sfinterico, in fondo, è centrato sul tema del trattenere o lasciare andare e, più di una volta, entrambi i genitori avevano espresso il loro orgoglio per il senso di indipendenza del loro bambino. Qualcosa di non integrato emotivamente nella relazione del padre con la propria madre, che era spesso assente, e quindi fuori dal suo controllo, poteva ancora essere attivo in questa coppia genitoriale. Come genitori era per loro difficile trovare il giusto equilibrio tra dipendenza, indipendenza e controllo. Nessuna meraviglia che facessereo tanta fatica ad aiutare il loro bambino a imparare ad andare al gabinetto!
I genitori riferirono un progresso limitato: Caesar, che sembrava meno bambino e più cresciuto nella terza seduta, era riuscito ad usare il gabinetto all'asilo ma non a casa, dove doveva usare ancora il pannolino. Nel complesso, si era ben adattato all'asilo, dopo aver pianto per un po' quando la mamma lo lasciava. I genitori decisero di terminare le consultazioni poiché la signora trovava troppo doloroso ricordare il suo passato e anche perché non riusciva a capire che legame ci fosse fra il suo passato e l'attuale problema di Caesar. Alla terapeuta fu detto, in una conversazione telefonica di alcuni mesi dopo, che i progressi verificatisi all'asilo, erano stati mantenuti ma che a casa continuavano le battaglie fra Caesar e sua madre, per quanto riguardava l'alimentazione.

Conclusioni

In questo lavoro abbiamo proposto alcuni principi di base teorici, pratici e tecnici relativi al lavoro di counselling con bambini di età 0-5, nella speranza che possano essere applicati da altri clinici per creare servizi di questo tipo. Questo modello breve è molto apprezzato dalle famiglie e dai professionisti che effettuano l'invio. Abbiamo feedback da parte di chi ha utilizzano il Servizio anche tramite il questionario inviato dopo la conclusione del trattamento, o quando gli utenti ritornano per un follow up alcuni mesi dopo. In molti casi è stata un'esperienza positiva e i miglioramenti ottenuti sono mantenuti. Riteniamo che questa sia la norma, e cioè non è solo il comportamento sintomatico del bambino a cambiare, ma anche il funzionamento psicologico profondo dell'intera famiglia. Ciò che è psicoanalitico in questo metodo è che poniamo attenzione ai processi inconsci della comunicazione, espressi dai resoconti dei genitori, dai disegni e dai giochi dei bambini, e dal comportamento esplicito di tutti i membri della famiglia in seduta. Ci rivolgiamo a tutte le persone presenti in seduta, inclusi i neonati e i bambini molto piccoli, e verbalizziamo sia ciò che pensiamo sia il loro pensiero inconscio ed espresso simbolicamente. Siamo incoraggiate in questo dalla ricchezza degli studi di ricerca sullo sviluppo infantile, studi che enfatizzano l'importanza di un' interazione sintonica tra genitori e bambini piccoli, per lo sviluppo della mente del bambino, del suo cervello e della sua capacità di relazionarsi. In questo senso un intervento precoce è sia preventivo che terapeutico. Tuttavia, sono necessarie precauzioni e cautela. Non tutte le famiglie con bambini piccoli possono trarre benefici da questo trattamento specialistico breve. È meno indicato per quei genitori che si sentono facilmente oggetto di persecuzione e giudizio, e che interpretano in tal senso l'osservazione e le riflessioni del terapeuta, come abbiamo visto nel caso di Caesar, la cui famiglia non è riusciata a cambiare molto.

Quei genitori che si preoccupano del loro bambino e hanno una rappresentazione interna abbastanza buona del ruolo genitoriale, tendono a sentirsi meno perseguitati e possono trarre maggiori e rapidi benefici da questo modello breve.

Non è solo il comportamento sintomatico del bambino a cambiare, ma anche il funzionamento psicologico profondo dell'intera famiglia. Ciò che è psicoanalitico in questo metodo è che poniamo attenzione ai processi inconsci della comunicazione, espressi dai resoconti dei genitori, dai disegni e dai giochi dei bambini, e dal comportamento esplicito di tutti i membri della famiglia in seduta.

* Dott.ssa Maria Pozzi – Psicoterapeuta dell'Infanzia
** Dott.ssa Beverley Tydeman – Psicoterapeuta dell'Infanzia

BIBLIOGRAFIA

Baradon, T. (2002) Psychotherapeutic work with parents and infants - psychodynamic and attachment perspectives. *Attachment and Human Development.* Vol 4 (1):25-38.
Barrows, P. (1999) Fathers in parent-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal.* Vol. 20:333-345.
Barrows, P. (1997) Parent-infant psychotherapy: a review article. *Journal of Child Psychotherapy.* 23(2):255-264
Bick, E. (1962) "Child analysis today". *International Journal of Psychoanalysis.* Vol. 43
Bick, E. (1964) "Notes on Infant Observation in Psychoanalytic Training". *Int. J. Psycho-Anal.*, Vol. 45.
Bion, W.R. (1962) "A Theory of Thinking", *Int. J. Psycho-Anal.* 33:306-10; republished (1967) in *Second Thoughts.* London: Maresfield Reprints, pp.111-19.
Bion, W.R. (1967) "Notes on memory and desire" in *Melanie Klein Today (1988),*Vol 2: Mainly Practice, Ed. Spillius, E. - Routledge.
Berg, A. (2000) Beyond the dyad: parent-infant psychotherapy in a multi-cultural society. Reflection from a South African perspective. Paper read at the 7th Congress of the W.A.I.M.H. - July, 2000. Montreal.
Brafman, A.H. (2001) *Untying the Knot. Working with Children and Parents.* London & New York: Karnac Books.
Brazelton, T.B. & Cramer, B.G. (1991) *"The Earliest Relationship"*. London: Karnac Books.
Cramer, B. (1995) Short-term Dynamic psychotherapy for infants and their parents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America,* 4:649-659.
Cramer, B.(2000) Bridging the Gap between Clinicians and Researchers. *W.A.I.M.H. Handbook Of Infant Mental Health. Vol II* Ed. Osofsky, J.D. & Fitzferald, H.E.
Daws, D. (1999) "Brief Psychotherapy with Infant and their Parents" in *The handbook of child and adolescent psychotherapy,* ed. Laniado, M., Horne, A.. Routledge.
Dick, H. (1967) *Marital Tensions.* London: Routledge & Kegan Paul.
Emanuel, L. (2002) "Parents united: addressing parental issues in work with infants and young children" in *Infant Observation,* 5(2):103-117.
Fraiberg, S., Adelson, E. and Shapiro, V. (1975) "Ghosts in the Nursery". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14: 387-421.
Hopkins, J. (1992) "Infant-Parent Psychotherapy", *Journal of Child Psychotherapy,* 18(1):5-17.
Likierman, M. (1988) Maternal Love and Positive projective Identification. *Journal of Child Psychotherapy,* 14(2):29-46.

Manzano, J. & Palacio-Espasa, F. (1993) *Las terapias en psiquiatria infantil y en Psicopedagogia*. Ediciones Paidos, Barcelona-Buenos Aires, Mexico. In Italian: *Curare il Bambino,* (1998), pp.16-48. Torino: Boringhieri.
Manzano, J., Palacio-Espasa, F. & Zilkha, N. (1999) The narcissistic scenario of parenthood. *International Journal of Psychoanalysis,* 80:465-476.
Miller, L. (1992) The Relation of Infant Observation to Clinical Practice in an under fives counselling Service. *Journal of Child Psychotherapy,* 18(1):19-32.
Miller, L. (2000) "An Under Fives's Counselling Service and its Relation to Questions of Assessment". *Assessment in Child Psychotherapy*. London: Duckworth.
Norman, J. (2001) The Psychoanalyst and the Baby: A new Look at Work with Infants. *International Journal of Psychoanalysis*, 82:83-100.
Pawl, J.H. & Lieberman, A.F. (1997) Infant-Parent Psychotherapy. *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry,* Vol.2. Editor-in-chief Noshpitz, J.D..John Wiley $ Sons, Inc. New York.
Pozzi, M. E. (1993) "It is never the right time: how to help a mother separate from her young child". *Psychoanalytic Psychotherapy*, Vol.7. No. 2, pp.135-147.
Pozzi, M. E. (1995) "Early problems in mother-child separation as a basis for narcissistic disturbance". *Narcissistic Wounds Clinical Perspectives.* Edited by Cooper, J. & Maxwell, N.. London: Whurr Publishers Ltd..
Pozzi, M. E. (1999) "Psychodynamic counselling with under-5s and their families: clinical and technical issues". *Journal of Child Psychotherapy* Vol.25 No.1:51-70.
Pozzi, M. E. (2000) "Ritalin for whom? Understanding the need for Ritalin in psychodynamic counselling with families of under-5's". *Journal of Child Psychotherapy* Vol. 26 No. 1:25-43.
Pozzi, M. (2003a) Psychic *hooks and bolts: psychoanalytic work with children under five and Their families.* London/ New York: Karnac Publisher. In Italian: "I disagi dei bambini", B.Mondadori Ed., 2004.
Pozzi, M.; Tydeman, B. (2005) Setting up a counselling service for parents, infants and young children. *Psychoanalytic Psychotherapy*, *Vol. 19(4):294-309*.
Pozzi Monzo, M.E.; Tydeman, B. (2007) "*Innovations in Parent-Infant psychotherapy*". London & New York: Karnac Books.
Stern, D. (1995) *The Motherhood Constellation*. London: Karnac Books (1998).
Sternberg, J. (2005) *Infant Observation at the Heart of Training*. London and New York: Karnac Books.
Thomson Salo, F. and Paul, C. (2001) Some Principle of Infant-Parent Psychotherapy. *Australian Journal of Psychotherapy,* vol.20(1&2):36-59.
Watillon, A. (1993) The Dynamics of Psychoanalytic Therapies of the Early Parent-Child Relationship. *International Journal of Psycho-Analysis,* 74: 1037-1048.
Winnicott, D.W. (1941) The observation of infants in a set situation. In: *Through Paediatrics to Psychoanalysis.* London: Karnac Books.
Winnicott, D.W. (1960) "The Theory of the parent-infant relationship" in *The Maturational Processes and the Facilitating Environment (1965)*. pp.37-55, Hogarth Press.

NOTA

Gli interessanti ad apprendere questo modello terapeutico, in Italia o in Svizzera, possono rivolgersi a: Dr. Maria Pozzi: mariapozzi@talktalk.net, Dr. Maria Pagliarani: mariapagliarani@bluewin.ch

Setting up a counselling service for parents, infants and young children

In this paper we explore a brief model of working psychotherapeutically with parents and children under five. We look at the psychoanalytic principles that guide the work and we also consider the practical aspects of setting up a service within N.H.S. clinics.
We trace the history of this model, its aims, technique and the use of telephone counselling for parents. We discuss the setting, the structure and content of this counselling using clinical vignettes.

KEY WORDS: parent-infant and under five's counselling; observation; parental projections; containment of anxieties; redistribution of family projections; parents' line.

I bias cognitivi nella schizofrenia delirante: teorie, valutazione, interventi

Molti bias cognitivi sono legati alla psicopatologia e in particolare alle manifestazioni psicotiche deliranti. Garety & Freeman e colleghi (Freeman, Garety, Kuipers, Fowler, & Bebbington, 2002; Garety, Kuipers, Fowler, Freeman, & Bebbington, 2001) elencano una serie di distorsioni cognitive che sembrerebbero confermare le ipotesi formulate. Il *Jumping to conclusion* (JTC), ad esempio, sarebbe la tendenza a scegliere una risposta prima di aver raccolto le informazioni necessarie a renderla sufficientemente sicura. L'*Attributional bias* può comportare l'esternalizzazione di eventi negativi conducendo ad un'errata percezione di minaccia sociale, come conferma delle idee deliranti e degli stati clinici di paranoia (Green & Phillips, 2004). La presenza di una Teoria della Mente (ToM) disfunzionale può portare ad errori nel leggere le intenzioni delle altre persone (Frith, 1996). Alterazioni a livello della memoria della fonte e della metamemoria peggiorerebbero la codifica e l'apprendimento di informazioni. Infine *il Bias Against Disconfirmatory Evidence* (BADE) diminuirebbe la tendenza a disconfermare le proprie credenze quando si rivelano meno plausibili (Woodward et al. 2004). Viene qui presentata una rassegna dei bias citati, degli strumenti di valutazione e degli interventi di risoluzione degli errori e delle formulazioni teoriche utili per la loro comprensione, da cui emergerebbe la presenza di un più generale deficit a livello metacognitivo

VALERIA CASTOLDI*

Introduzione

Il bias cognitivo è un errore sistematico non corrispondente all'evidenza che guida l'interpretazione delle informazioni e conduce ad un errore di valutazione o alla mancanza di oggettività di giudizio (Tversky e Kahneman, 1974). Il sistema cognitivo umano sarebbe costituito proprio da un insieme di procedure euristiche, efficaci in molte circostanze, ma soggette ad errori (Tversky e Kahneman, 1974; Kahneman, Slovic, & Tversky, 1982; Miller & Ross, 1975). Le evidenze sperimentali (Neuhoff, 1998, 2001, Tomarken, Mineka, & Cook, 1989, Taylor & Brown, 1988) suggeriscono quindi che gli esseri umani manifestano una moltitudine di bias o propensioni ad adottare una credenza a prescindere dalla presenza di numerose alternative.
Alcuni Autori (Bentall, 1991; Morrison, 2001) hanno sottolineato come le credenze e le aspettative nei confronti del sé e del mondo possano produrre i bias, anche se allo stesso tempo appare plausibile affermare che gli stessi errori o scorciatoie possano assolvere a qualche specifica funzione adattiva (Todd & Gigerenzer, 2013). In campo sociale, ad esempio si ritiene che il pregiudizio abbia la funzione di conservare l'autostima o la felicità soggettiva (Crocker & Park, 2003; Greenberg, Pyszczynski, Solomon, & Pinel, 1993; Kunda, 1990). Nel campo della sessualità (Haselton, Bryant, Wilke, Frederick, Galperin, Frankenhuis, Moore, 2009) è stato evidenziato che la tendenza documentata per gli uomini a sovrastimare l'interesse sessuale delle donne potrebbe essere un bias adattivo progettato dalla selezione naturale. Tale errore degli uomini, portati a peccare per eccesso, avrebbe comportato maggiori opportunità e quindi

Le teorie cognitive preminenti sostengono che i pregiudizi negativi, o la tendenza ad elaborare preferenzialmente con una valenza negativa le informazioni, giochino un ruolo centrale nella insorgenza e permanenza di manifestazioni cliniche come ansia e depressione. In linea di massima, queste teorie ipotizzano che i pregiudizi aumentino la frequenza, l'intensità, o la varietà di pensieri negativi, che a loro volta influenzano negativamente le emozioni e l'ansia e la depressione correlate ai sintomi. Più in generale, diversi decenni di ricerca hanno dimostrato un'interdipendenza tra ansia, depressione, e una serie di bias cognitivi negativi.

un maggior numero di discendenti. Sembrerebbe, pertanto, che la selezione naturale favorisca questa "*over-perception*". Un altro esempio può derivare dal dominio percettivo: Neuhoff (2001) ha sostenuto l'esistenza di un bias percettivo attraverso il quale i soggetti ritengono che le sorgenti sonore in entrata arrivino prima di quanto succeda in realtà, perché, ai fini dell'adattamento, sembrerebbe meglio essere pronti ad un evento precocemente, piuttosto che in ritardo.
Diversa è la prospettiva in ambito psicopatologico in cui particolari bias di pensiero possiederebbero una funzione disadattiva, contribuendo al perpetrarsi del disturbo. Le teorie cognitive preminenti (Beck, 1979; Beck & Clark, 1997; Bensi & Giusberti, 2007; Clark, Beck, e Alford, 1999; Mathews & MacLeod, 2005; Rapee & Heimberg, 1997; Williams, Watts, MacLeod, e Mathews, 1997) sostengono che i pregiudizi negativi, o la tendenza ad elaborare preferenzialmente con una valenza negativa le informazioni, giochino un ruolo centrale nella insorgenza e permanenza di manifestazioni cliniche come ansia e depressione. In linea di massima, queste teorie ipotizzano che i pregiudizi aumentino la frequenza, l'intensità, o la varietà di pensieri negativi, che a loro volta influenzano negativamente le emozioni e l'ansia e la depressione correlate ai sintomi (Clark & Steer, 1996). Più in generale, diversi decenni di ricerca hanno dimostrato un'interdipendenza tra ansia, depressione, e una serie di bias cognitivi negativi (Mathews & MacLeod, 2005).
Nella schizofrenia, invece, sembra che alcuni specifici errori di ragionamento siano alla base delle manifestazioni deliranti. Sono stati infatti individuati diversi meccanismi cognitivi significativi, coinvolti nella patogenesi di false credenze fisse e presumibilmente rilevanti per la comprensione dei deliri (Freeman & Garety, 1999, 2002, 2006).
Di seguito verrà presentata una rassegna dei principali bias riscontrati nella psicopatologia schizofrenica delirante e dei rispettivi strumenti di valutazione, seguita da una disamina critica delle teorie che hanno dato un maggiore contributo alla comprensione della relazione tra deliri e bias di ragionamento.

I bias cognitivi nella psicopatologia schizofrenica delirante

Bias di Attribuzione
Le persone tendono generalmente ad avere un'attribuzione interna degli eventi positivi e un'attribuzione esterna degli eventi negativi.
La maggior parte dei soggetti a cui è stata diagnosticata la schizofrenia paranoide o con deliri di persecuzione mostrano un'esagerazione di questo bias, in particolare in risposta alle minacce (Kaney et al 1989). Di solito incolpano la sfortuna quando si verificano eventi negativi, ma più spesso gettano la colpa su altre persone e/o istituzioni. Bentall (Kinderman & Bentall, 1996, 1997) sostiene che questo pregiudizio costituirebbe una difesa, bloccando le rappresentazioni negative di sé per proteggere una fragile autostima. Alcune prove da studi non clinici (Galbraith, Morgan, Jones, Ormerod, Galbraith, Manktelow, in stampa) e da studi clinici (Barrowclough, Tarrier, Humphreys, Ward, Gregg, Andrews, 2003), però, hanno evidenziato che la paranoia sarebbe correlata negativamente con l'autostima e positivamente alla depressione, riflettendo così un disposizione non solo difensiva.
Questo stile di attribuzione, in una forma più lieve, si trova anche in persone sane nella vita quotidiana: non si limita quindi agli scenari deliranti, ma può verificarsi anche in altre situazioni. Il dibattito se i pazienti presentino un *self-serving bias* (attribuzione del successo a se stessi, l'attribuzione del fallimento agli altri o alle circostanze) o solo un'esternalizzazione della presunta colpa degli altri è ancora acceso.
Valutazione: il questionario IPSAQ - *Attributional bias-Internal Personal and Situational Attributions Questionnaire*- (Bentall, Kaney, Dewey, 1991) rileva il bias di attribuzione per gli eventi positivi e negativi. È uno strumento di valutazione autosomministrato, nel quale il soggetto deve leggere un certo numero di situazioni brevemente descritte e cercare di immedesimarsi il più possibile in ogni situazione, al fine di immaginare quale possa essere stata la causa degli eventi e di esporla in poche parole. Dopo ogni situazione, il partecipante deve decidere se quest'ultima dipende da sé o da una causa esterna.

Jumping to Conclusion
I soggetti schizofrenici deliranti o affetti da disturbo Ossessivo-Compulsivo tendono a

giudicare molto rapidamente il valore positivo o negativo di una situazione. Rispetto ai controlli, i soggetti patologici chiedono meno informazioni prima di dare un giudizio (Garety, Hemsley, Wessely, 1991) e tale disposizione potrebbe aumentare gli errori nell'interpretazione della realtà.
A partire dalla ricerca di Garety et al. (1991), una vasta letteratura ha analizzato il processo decisionale nella psicopatologia, principalmente schizofrenica (Bell, Halligan, Ellis, 2006). È stato osservato che, ad esempio, il 40-70% dei pazienti schizofrenici raccoglie poche informazioni prima di giungere a una conclusione. Questo modello di risposta, definito *Saltare alle Conclusioni* (JTC), prevede che i pazienti assumano spesso come "prove" indizi o coincidenze inverosimili (Colbert & Peters, 2002; Ross, McKay, Coltheart, Langdon, 2015).
Il JTC svolge un ruolo importante nella formazione e mantenimento del disturbo. Questo è confermato dal fatto che si verifica anche in soggetti non patologici che presentano sintomi quasi-psicotici, come dispercezioni sensoriali (forma attenuata di allucinazioni) o sospettosità (forma attenuata di paranoia) (Freeman, 2007).
Il decorso longitudinale del JTC non è ancora ben chiaro, in quanto anche i pazienti trattati mostrano questo modello di risposta (Moritz & Woodward, 2005). Inoltre, in studi recenti è stato scoperto che i pazienti, non solo raccolgono meno informazioni, ma le raccolgono anche in modo inadeguato. Altri risultati della ricerca suggeriscono che i pazienti adottano criteri di decisione esageratamente "liberali" (Moritz & Woodward, 2005). In condizioni di laboratorio, le persone sane sono risultate più caute nei loro giudizi. Un livello di probabilità del 54% ad esempio è stato sufficiente per i pazienti schizofrenici ad approvare un'opzione di risposta, mentre i soggetti sani necessitano di almeno il 70% di probabilità per essere convinti. È interessante notare che recenti evidenze suggeriscono che i pazienti sono in gran parte inconsapevoli della loro fretta e che addirittura spesso si considerano piuttosto titubanti e indecisi (Freeman et al. 2006).
Valutazione: Il *compito delle perline* (Phillips e Edwards, 1966) è un compito sperimentale progettato per esaminare lo stile di ragionamento degli individui in condizioni d'incertezza ed è basato su un modello bayesiano di ragionamento probabilistico. È stato utilizzato per la prima volta nel campo della ricerca sulle psicosi da Garety et al. (1991). Da allora è stato ampiamente utilizzato in studi su persone affette da psicosi e deliri e ha dimostrato la presenza di uno stile di ragionamento *Jumping to Conclusion*. Nella versione originale del compito, agli individui sono presentati due vasi contenenti ciascuno 100 perline colorate. Ci sono 85 perle di un colore (es. nero) e 15 perle di un altro (es. giallo) in un barattolo, mentre l'altro vaso contiene perle in proporzioni opposte. In seguito i vasi vengono rimossi dalla visualizzazione. Su richiesta del partecipante, le perline saranno prelevate, una alla volta, da uno solo dei barattoli in un ordine predeterminato. I partecipanti possono visualizzare quante perle vogliono fino a quando non capiscono a quale vaso appartengono le perline. L'attività può essere presentata utilizzando perline reali in un vaso o somministrata attraverso computer. In una versione più difficile del compito, può essere utilizzato un rapporto di colore 60:40 anziché 85:15. Mentre la versione 85:15 è semplice e forse più adatta per valutare i pazienti con scarsa concentrazione, le versioni più difficili del compito possono essere più efficaci nel discriminare le differenze tra i gruppi con biases più attenuati, come i gruppi a rischio.

Teoria della Mente deficitaria
ToM è un termine generico e comprende una vasta gamma di aspetti, tra cui la conoscenza e la competenza sociale, l'individuazione delle emozioni (volti, prosodia, ironia) e il ragionamento sociale. Deficit nella cognizione sociale e della teoria della mente (ToM) sono frequentemente osservati nelle psicosi e in altre malattie psichiatriche e sfortunatamente i pazienti spesso non sono consapevoli del fatto che, per lo più, il loro comportamento è inadeguato o sgarbato (Frith & Done 1988). Sembra che i deliri di persecuzione, di riferimento e di errori di identificazione derivino da un'incapacità di rappresentare i pensieri, atteggiamenti, credenze e intenzioni altrui – ovvero la spia di una teoria della mente povera. Una serie di studi hanno riportato collegamenti tra deliri e ToM (Corcoran, Cahill e Frith, 1997; Gooding & Pflum, 2011; Taylor & Kinderman, 2002). Tuttavia, molti studi non hanno riscontrato associazioni tra ToM e la schizofrenia delirante o paranoide (Blackshaw, Kinderman, Hare & Hatton, 2001; Greig, Bryson & Bell, 2004), o hanno invece trovato associazioni tra la ToM e altre caratteristiche della psicosi, come i sintomi negativi o il disturbo del pensiero

***Il** compito delle perline **(Phillips e Edwards, 1966) è un compito sperimentale progettato per esaminare lo stile di ragionamento degli individui in condizioni d'incertezza ed è basato su un modello bayesiano di ragionamento probabilistico. È stato utilizzato per la prima volta nel campo della ricerca sulle psicosi da Garety et al. (1991). Da allora è stato ampiamente utilizzato in studi su persone affette da psicosi e deliri e ha dimostrato la presenza di uno stile di ragionamento** Jumping to Conclusion.*

Teoria della mente (ToM) è un termine generico e comprende una vasta gamma di aspetti, tra cui la conoscenza e la competenza sociale, l'individuazione delle emozioni (volti, prosodia, ironia) e il ragionamento sociale. Deficit nella cognizione sociale e della teoria della mente sono frequentemente osservati nelle psicosi e in altre malattie psichiatriche e sfortunatamente i pazienti spesso non sono consapevoli del fatto che, per lo più, il loro comportamento è inadeguato o sgarbato.

(Kelemen, Erdélyi, Pataki, Benedek, Janka, Kéri, 2005; Pickup & Frith, 2001). Il Deficit nella ToM potrebbe riflettere un fattore mentale generico di malattia (Corcoran, Cahill, Frith, 1997) o un deficit cognitivo (Bora, Yücel e Pantelis, 2009;. Langdon, Michie, Ward, McConaghy, Catts, Coltheart, 1997). La formulazione di una ToM è intuitivamente interessante per spiegare perché alcune persone fraintendono le intenzioni degli altri, ma i risultati non sono chiari per quanto riguarda la loro specificità del deficit nel disturbo schizofrenico e la loro associazione con sintomi paranoidi (Brüne, 2005). Alcune evidenze suggeriscono che i problemi ToM siano particolarmente gravi in pazienti disorganizzati (Sprong, Schothorst, Vos, Hox, van Engeland, 2007). Sembra in ogni caso che vi sia un ruolo importante della ToM come fattore aggravante per la formazione di false credenze. Le distorsioni cognitive, inoltre, possono diventare più problematiche in combinazione con problemi di ragionamento sociale (Moritz, Veckenstedt, Hottenrott, Woodward, Randjbar, Lincoln, 2010), soprattutto a fronte di una tendenza a interpretare molte espressioni facciali come neutre e le azioni degli altri come ostili.

Frith and Done (1989) hanno proposto che deficit nella social cognition siano la conseguenza del fallimento di un sistema che permette di monitorare azioni e pensieri volontari. Questo sistema, se funzionante, consentirebbe il processamento di informazioni sociali rilevanti, l'attribuzione di uno stato mentale all'altro e l'attribuzione di uno stato mentale a sé.

Valutazione: Il classico test per valutare la comprensione degli stati mentali altrui è il *False Belief Task* (Dennett, 1978; Marvin, Greenberg, Mossler, 1976; Mossler, Marvin, Greenberg, 1976), frequentemente utilizzato per valutare la ToM durante il periodo dello sviluppo, nell'autismo e nella schizofrenia. Consiste nel testare la capacità di un soggetto di capire che gli altri possono avere delle credenze errate rispetto a un evento di cui lui ha una conoscenza corretta. Serve per valutare sia false credenze di primo ordine (il soggetto deve fare inferenze su una situazione prevedendo lo stato mentale di un altro che compie un'azione) sia di secondo ordine (che testano la comprensione delle convinzioni di un'altra persona relative a quelle di una terza). Il classico *Sally and Ann Test* (Wimmer e Perner, 1983) crea sperimentalmente una situazione in cui il soggetto deve distinguere tra il fatto di sapere che un oggetto è stato nascosto da uno dei due personaggi (Ann) in assenza dell'altro (Sally) e il fatto che uno dei due personaggi (Sally) non abbia questa conoscenza. I bambini sotto i quattro anni hanno, di solito, una cattiva performance, perché per rispondere adeguatamente occorre possedere la capacità di meta-rappresentazione degli stati mentali (Gopnik, 1993; Wimmer and Weichbold, 1994; Ornaghi & Grazzani, 2008).

Alterazioni della Source Monitoring e della Metamemoria

La Letteratura suggerisce che molti pazienti affetti da psicopatologia schizofrenica mostrano una diminuzione del funzionamento della memoria (Aleman, Hijman, Kahn, 1999), con riferimento a problemi con la codifica e l'apprendimento di informazioni o ad un rapido oblio. Queste disfunzioni provocano un impatto negativo sulla vita quotidiana, sul lavoro del paziente e sulle abilità sociali.

La *Source Monitoring* (Johnson, Hashtroudi, Lindsay, 1993) deriva dall'insieme delle operazioni coinvolte nell'attribuzione di un'origine a ricordi, conoscenze e credenze. La maggior parte delle attribuzioni della fonte avviene in modo rapido e inconscio, sulla base delle caratteristiche dei ricordi. Talvolta, però, la Source Monitoring coinvolge processi di giudizio e ragionamento: quando le informazioni percettive e contestuali sono deboli l'individuo deve giudicare l'origine del ricordo sulla base delle informazioni disponibili. Questo processo necessita del recupero di ricordi di supporto, della creazione di collegamenti e dello sviluppo di un ragionamento, operazione afferente alle funzioni esecutive.

Oltre alle indagini di funzionamento della memoria, un altro filone di ricerche ha introdotto il concetto di *Metamemoria* (Flavell & Wellman, 1975; Moritz & Woodword, 2006) che consiste nella valutazione soggettiva delle proprie prestazioni di memoria, in particolare la prontezza di risposta e la vividezza della memoria. Ad esempio, i ricordi nei pazienti affetti da disturbi mentali sono spesso vaghi e non includono molti dettagli percettivi. L'interruzione dei processi di ricerca di nuovi criteri decisionali può portare a trascurare alcuni spunti essenziali che segnalano la fallibilità di un'opzione di risposta errata, promuovendo in tal modo un eccesso di fiducia negli errori. Al contrario, i controlli possono adottare strategie più minuziose, espresse in una certa riluttanza ad approvare completamente un'opzione di risposta, quando la

prova è incompleta. Sulla stessa linea, i controlli mostrano una maggiore fiducia nelle risposte corrette, in quanto l'individuazione di molteplici spunti di supporto aumenta la fiducia nella risposta.
Valutazione: nel caso della *Source Monitoring*, ai partecipanti viene mostrato un foglio su cui sono presenti tutte le parole mostrate in una fase precedente, più altre parole nuove che fungono da distrattori. I soggetti devono segnare le parole presentate e la loro fonte (figura, completamento, udite o nuove).
Per quanto riguarda la valutazione della *Metamemoria* invece, viene di solito somministrato il *Memory Functioning Questionnaire* (Gilewski, Zelinski, Schaie, 1990) composto da 64 item, valutabili su una scala Likert a 7 punti, raggruppati in quattro sottoscale che misurano la frequenza delle dimenticanze, la serietà delle dimenticanze, la stima delle proprie abilità mnestiche e le strategie che facilitano il ricordo.

Bias Against Disconfirmatory Evidence (BADE)
Questo bias è caratterizzato dal fallimento nel disconfermare una credenza integrando i dati provenienti dall'esperienza. Sembrerebbe quindi venire meno la capacità di distaccarsi dall'interpretazione iniziale anche quando francamente implausibile (Moritz & Woodward, 2007). Pare che questo bias sia più pronunciato per le credenze fortemente sostenute (Woodward & Moritz, 2008), e che emerga nella seconda fase di elaborazione dell'informazione a livello o del riconoscimento della natura contraddittoria dell'informazione o dell'integrazione dell'evidenza contraddittoria nel ragionamento.
I biases cognitivi sembrano in genere essere condivisi fra tutte le patologie psichiatriche, tuttavia Woodward e colleghi (2006), confrontando controlli e schizofrenici, hanno rilevato la tendenza a non disconfermare le ipotesi nei soli soggetti schizofrenici, ipotizzando che questa possa essere una caratteristica specifica della patologia. Inoltre tra i soggetti affetti da schizofrenia, il bias disconfirmatorio sembrerebbe essere associato alla presenza di deliri attivi. Infatti, sembra che la tendenza a non disconfermare sia una prerogativa dei pazienti deliranti i quali, in misura maggiore rispetto agli schizofrenici non deliranti, non sarebbero aperti all'evidenza che mette in discussione le loro credenze.
Valutazione: Woodward e colleghi (2006) hanno elaborato il "BADE test", composto da 30 scenari ognuno dei quali contenente una mini storia (es. Maria risponde al telefono al lavoro); per ogni scenario vengono fornite in sequenza 4 tipologie di risposta: una risposta che contiene un trabocchetto normale (es. Maria è segretaria), una seconda risposta che può essere considerata un trabocchetto emozionale (Maria è un'operatrice telefonica del 118), una terza risposta francamente assurda (Maria è una baby sitter) e una quarta risposta che è quella vera (Maria è un avvocato); a ogni presentazione compare una nuova informazione che disambigua il contenuto della mini storia (es. Maria è una donna potente) pertanto il compito consiste nell'assegnare una plausibilità alle risposte a ogni livello di presentazione dell'informazione. Ogni risposta prevede una barra di assegnazione di un punteggio che va da zero (per niente) a 10 (eccellente). Le risposte vere informano sul grado d'integrazione dell'informazione che conferma ipotesi iniziali e indicano la presenza o assenza di un bias verso le informazioni che confermano. Le risposte false (trabocchetti, assurde) misurano la tendenza a disconfermare le proprie credenze e la capacità di integrazione dell'informazione discordante (BADE).

Il Bias Against Disconfirmatory Evidence (BADE) è caratterizzato dal fallimento nel disconfermare una credenza integrando i dati provenienti dall'esperienza. Sembrerebbe quindi venire meno la capacità di distaccarsi dall'interpretazione iniziale anche quando francamente implausibile (Moritz & Woodward, 2007). Pare che questo bias sia più pronunciato per le credenze fortemente sostenute (Woodward & Moritz, 2008), e che emerga nella seconda fase di elaborazione dell'informazione a livello o del riconoscimento della natura contraddittoria dell'informazione o dell'integrazione dell'evidenza contraddittoria nel ragionamento.

Relazione tra schizofrenia delirante e bias cognitivi

I deliri sono considerati come false credenze fisse non soggette a prova contraria, e costituiscono sintomi distintivi dei disturbi dello spettro schizofrenico. Una comprensione psicologica della formazione del delirio nella schizofrenia è stata a lungo ostacolata e talvolta confutata dall'idea che i deliri non fossero spiegabili da un deficit di pensiero e ragionamento. Maher (1974, 2005) sostiene che i deliri siano causati dai tentativi dei pazienti di spiegare esperienze percettive anomale. Secondo l'autore, le convinzioni deliranti non deriverebbero da un ragionamento sbagliato ma piuttosto da percezioni difettose che inficerebbero il normale processo di ragionamento. Nonostante il relativamente ampio supporto empirico (Cohen, Magai, Yaffe & Walcott-Brown, 2004; Östling & Skoog, 2002) Maher (2005) si è distanziato da un approccio puramente percettivo, aggiungendo a quest'ultimo un probabile deficit di ragionamento. La teoria di Maher è stata aggiornata da Coltheart e colleghi (Davies

La combinazione di anomalie percettive e di schemi cognitivi disfunzionali, aiuta a spiegare perché le ipotesi iniziali deliranti rifletteranno temi deliranti comuni come la persecuzione. Allo stesso modo, l'aumento di attivazione e schemi positivi grandiosi circa il sé possono predisporre un individuo ad interpretare le esperienze interne o esterne attraverso un tema di grandiosità. Le teorie precedentemente elencate però sono ancora non sufficienti a spiegare il contenuto dell'ipotesi delirante, infatti le esperienze percettive e gli eventi esterni possono essere interpretati in molti modi diversi.

& Coltheart, 2000; Coltheart, Langdon e McKay, 2011), che propongono un modello a due fattori, di cui le anomalie percettive costituiscono il primo fattore; il secondo fattore invece riguarderebbe un deficit nel meccanismo di revisione delle credenze, che impedirebbe all'individuo di rifiutare idee alternative plausibili, e che sarebbe provocato dalle anomalie percettive stesse.

Freeman e colleghi (Freeman, 2007; Freeman, Garety, Kuipers, Fowler e Bebbington, 2002), pur riconoscendo che le allucinazioni possano avere un ruolo centrale nell'insorgenza di particolari tipi di deliri (persecutori), sostengono che altri fattori concorrano alla formazione di deliri. Altri eventi esterni come le interazioni con altre persone e le circostanze ambientali negative possono anche essere fattori precipitanti nella genesi dell'idea delirante. Gli stati affettivi quali ansia, preoccupazione (Fowler et al, 2006; Freeman et al., 2005; Martin & Penn, 2001; Freeman et al., 2013) e depressione (Galbraith et al., in corso di stampa) ad esempio aggraverebbero la paranoia.

La combinazione di ansia e schemi negativi di sé è fondamentale per il modello di previsione delle minacce di Freeman. Secondo tale modello, che prende spunto dalle teorizzazioni di Beck (1979) gli schemi negativi indurrebbero ad una costruzione parziale del sé, del mondo e delle altre persone. Inoltre, l'ansia porterebbe a un'iper-vigilanza nei confronti delle minacce esterne. Schemi negativi e ansia si combinerebbero quindi, contribuendo alla definizione di un'immagine di sé vulnerabile e soggetta al rischio di essere danneggiata dagli altri (Fowler et al., 2006).

La combinazione di anomalie percettive e di schemi cognitivi disfunzionali, aiuta a spiegare perché le ipotesi iniziali deliranti rifletteranno temi deliranti comuni come la persecuzione. Allo stesso modo, l'aumento di attivazione e schemi positivi grandiosi circa il sé possono predisporre un individuo ad interpretare le esperienze interne o esterne attraverso un tema di grandiosità. Le teorie precedentemente elencate però sono ancora non sufficienti a spiegare il contenuto dell'ipotesi delirante, infatti le esperienze percettive e gli eventi esterni possono essere interpretati in molti modi diversi.

Si pone infatti la questione del perché un'ipotesi delirante non venga immediatamente rifiutata come insostenibile. L'ipotesi delirante iniziale deve essere considerata in qualche modo così plausibile da giustificare l'assenza di qualsiasi ulteriore modifica. In questa fase sembra improbabile il coinvolgimento di una vasta raccolta di prove.

Galbraith (2015) sostiene che un bias di *"accettazione liberale"* possa spiegare perché ipotesi deliranti non vengano immediatamente respinte, in quanto non plausibili. Secondo la sua ipotesi, le persone che manifestano una tendenza ad accettare le ipotesi iniziali avrebbero una soglia ridotta nei confronti della loro plausibilità, quindi verrebbero prese in considerazione anche idee bizzarre che "normalmente" dopo una veloce riflessione e un confronto con gli altri dati a disposizione, sia nel contesto che immagazzinati in memoria, verrebbero scartate. È più probabile che le persone che non sono a rischio di delirio respingano le ipotesi iniziali di tipo delirante senza ulteriore esame perché la loro soglia di accettazione è più rigorosa. Inoltre la paura di una minaccia può indurre a formulare ipotesi deliranti che posseggono temi relativi al pericolo (Dudley e Over 2003), stimolando il desiderio di confermare anche un'ipotesi implausibile. Ciò condurrebbe a un'accettazione "liberale", rendendo l'ipotesi delirante plausibile e successivamente valida, in modo che possa iniziare un processo di conferma del pericolo di minaccia indotta.

Allo stesso modo, una forte attivazione emotiva come un eccessivo umore positivo possono incentivare la creazione di prove umore-congruenti e l'emozione accresciuta può aumentare l'effetto di *iper-salienza* (Speechley, Murray, McKay, Munz, Ngan, 2010). Se l'ipotesi delirante è coerente con uno stato d'animo attuale, viene data maggiore importanza ai dati in entrata umore-congruenti che corrispondono all'ipotesi delirante, e al contrario verranno sottostimati gli stimoli corrispondenti ad un umore diverso o ipotesi incongruenti.

In alternativa, alla luce della *Teoria del Processo Duale* di pensiero (Evans, 2003, 2008), è possibile che i tentativi di rilevare dati attraverso il Sistema di pensiero 2, lento, riflessivo e computazionalmente dispendioso, siano invece portati a compimento dal Sistema di pensiero 1, più veloce e automatizzato, nonché caratterizzato dall'uso di euristiche. Questo può essere dovuto ad un malfunzionamento del Sistema 2 quando entrano nel sistema dati disconfermanti l'ipotesi delirante, esacerbando il ricorso a giudizi intuitivi gestiti dal Sistema 1. Il ricorso al Sistema 2 per risolvere prove contraddittorie sarebbe limitato e inoltre aumenterebbe la fiducia nei confronti di convinzioni umore-congruenti (Speechley, Woodward, Ngan, 2013).

A fronte delle diverse ipotesi formulate dalle varie teorie esaminate, emergerebbe però un denominatore comune secondo il quale il meccanismo principale alla base del delirio nella schizofrenia sembrerebbe riguardare l'inconfutabilità dell'idea fissa: una volta generata, l'idea delirante viene tenacemente mantenuta nel sistema cognitivo. Allo stato dell'arte sembra pertanto plausibile che una probabile causa si riferisca principalmente a fattori metacognitivi di tipo top-down, che avrebbero un effetto di retro-azione sui sintomi psicotici (Cardella, 2012). In particolare, sembra quindi che alcuni specifici processi metacognitivi siano coinvolti nella formazione e nel mantenimento di sintomi nevrotici e psicotici; la vulnerabilità al disturbo mentale sarebbe provocata infatti da diversi meccanismi, come un'attenzione focalizzata su se stessi, un costante monitoraggio di situazioni potenzialmente minacciose, frequenti ruminazioni, attivazione di credenze disfunzionali e di strategie volte a mantenere credenze disadattive (Wells e Matthews, 1994; Morrison e Wells, 2003). In un sistema cognitivo così strutturato, l'esperienza si tradurrebbe in credenza la quale a sua volta si trasformerebbe in delirio e, a seconda degli eventi o delle sensazioni che i vari soggetti vulnerabili vivono, questi passaggi dalle esperienze alle credenze ai deliri possono essere davvero eterogenei (Morrison, 2001). Sottolineando il ruolo di fattori metacognitivi, si suppone che la credenza delirante, dopo essere stata generata, venga mantenuta tenacemente, sfruttando sempre i medesimi meccanismi: l'attenzione selettiva porterebbe a considerare alcuni stimoli salienti, a discapito di altri presenti nell'ambiente, in quanto principalmente connessi al tema delirante. L'attivazione emotiva che ne deriva alimenterebbe il delirio, attraverso la creazione di euristiche, cosicché la possibilità di generare alternative risulterebbe attenuata (Galbraith, 2015; Speechley e Ngan, 2008). Proprio sulla scorta di tale processo sarebbe possibile comprendere l'espressione tangibile dei diversi bias cognitivi, i quali non sarebbero altro che lo specchio di un sistema metacognitivo deficitario. Come sostengono le ricerche nell'ultimo decennio, i pazienti schizofrenici faticano ad avere un controllo sui propri processi di pensiero e sui propri stati emotivi: a causa di ciò falliscono nella pianificazione di strategie volte a superare i propri problemi psicologici. Inoltre, livelli più alti di tali difficoltà sono proprio legati a livelli alti di paranoia, sintomi negativi, disturbi del pensiero e scarsi livelli di funzionamento sociale (Lysaker, Salvatore, Grant, Procacci, Olesek, Buck, Nicolò, & Dimaggio, 2010; Lysaker, Dimaggio, Buck, 2011).

A fronte delle diverse ipotesi formulate dalle varie teorie esaminate, emerge un denominatore comune secondo il quale il meccanismo principale alla base del delirio nella schizofrenia sembrerebbe riguardare l'inconfutabilità dell'idea fissa: una volta generata, l'idea delirante viene tenacemente mantenuta nel sistema cognitivo. Allo stato dell'arte sembra pertanto plausibile che una probabile causa si riferisca principalmente a fattori metacognitivi di tipo top-down, che avrebbero un effetto di retro-azione sui sintomi psicotici (Cardella, 2012).

Interventi

La nascita di un'esigenza riabilitativa in psichiatria deriva dall'unione di due elementi: il primo è costituito dalle esigenze nate dalla deistituzionalizzazione, il secondo elemento da cui nasce il paradigma riabilitativo moderno è costituito da una corrente che ha sempre considerato possibile il trattamento delle gravi patologie mentali all'interno del tessuto sociale (Esquirol, 1838; Griesinger, 1861). Dall'unione di queste due istanze è nato il moderno paradigma riabilitativo che tuttavia presenta al suo interno aspetti complessi e diversificati, tanto da non potersi considerare un paradigma unitario (Ballerini, 1999).
Nel caso di sintomi positivi legati al delirio si riscontra la necessità di interventi che abbiano come bersaglio i deficit metacognitivi. In aggiunta a interventi volti a ridurre i sintomi, fornire supporto e aiutare a mettere da parte convinzioni disfunzionali, sembra estremamente importante cercare di promuovere le abilità di pensare in termini di stati mentali attraverso interventi che aiutino i pazienti a monitorare i propri stati interni, rinforzare la capacità di pensare alle intenzioni degli altri e di integrare i diversi elementi dell'attività mentale per dare senso a ciò che accade nella propria mente e in quella degli altri.

Psicoterapia cognitivo-comportamentale per la risoluzione dei bias di ragionamento

Nell'ambito del trattamento dei bias di ragionamento, la psicoterapia cognitivo-comportamentale si rivolge sia alla forma che al contenuto delle credenze deliranti.
Se, come generalmente si ritiene, il contenuto del delirio rappresenterebbe un tentativo di dare senso all'esperienza, è nella forma che si riscontra la fonte di possibili bias cognitivi.

Il training metacognitivo (MCT) per pazienti affetti da schizofrenia è un moderno trattamento psicologico di gruppo ideato da Moritz e Woodward (2010), volto alla normalizzazione delle distorsioni cognitive coinvolte nella genesi del delirio nella schizofrenia e messo a punto a fronte del grande numero di pazienti che mostra una risposta scarsa o assente ai neurolettici e che abbandona il trattamento.
Il training metacognitivo ricorre ad un approccio terapeutico il cui fulcro è la metacognizione, intesa come la capacità di riflettere sui propri processi di pensiero.

Due approcci simili, legati alla psicoterapia cognitivo-comportamentale per la schizofrenia, sono stati sviluppati da Kingdon e Turkington (1991, 1994) e Fowler, Garety e Kuipers (1995). I primi due ricercatori, ritengono che i sintomi schizofrenici si discostino solo quantitativamente dai processi "normali" collocandosi all'estremo di un continuum che si estenderebbe dal normale al patologico. L'intervento cognitivo-comportamentale con i pazienti psicotici, secondo gli autori, prevede prima di tutto una spiegazione comprensibile relativa ai sintomi della schizofrenia. Tale spiegazione però, su un piano terapeutico dovrebbe avvenire in un'ottica di "normalizzazione", in cui il disturbo, alla luce della teoria "vulnerabilità allo stress" (Nuechterlein e Dawson 1984), deriverebbe dagli effetti di situazioni di stress su un soggetto vulnerabile, contribuendo così a ridurre la riprovazione sociale e gettando le basi per trattare deliri e allucinazioni con argomentazioni razionali.
All'inizio della terapia pertanto si parte dalla ricostruzione con il paziente degli eventi di vita che hanno preceduto l'esordio psicopatologico e si analizzano inoltre gli elementi di vulnerabilità, che andrebbero descritti al paziente come il frutto di componenti genetiche e neuropsicologiche, declinate nella forma di carenze percettive ed attentive (Brenner, 1989). Solo a quel punto vengono analizzati e discussi con la persona gli specifici sintomi che si sono manifestati.
Fowler, Garety e Kuipers (1995), similmente a Kingdon e Turkington, hanno sviluppato un approccio cognitivo-comportamentale alla schizofrenia in base al quale le esperienze normali e psicotiche possono essere considerate come ai due estremi di un continuum. Questi elementi di base forniscono al terapeuta una chiave di lettura dell'esperienza delirante che, utilizzando le conoscenze sulle modalità di formazione delle credenze, sia nei soggetti normali che in condizioni patologiche, può riuscire a dare un significato ad esperienze bizzarre apparentemente prive di senso. In questa prospettiva, i deliri diventano credenze, che a loro volta possono essere considerate delle teorie sull'esperienza e sul mondo da condividere con il terapeuta che ne accoglie, ovviamente, anche gli aspetti più bizzarri (Cardella, 2012).

Il training metacognitivo per i bias di ragionamento

Il training metacognitivo (MCT) per pazienti affetti da schizofrenia è un moderno trattamento psicologico di gruppo ideato da Moritz e Woodward (2010), volto alla normalizzazione delle distorsioni cognitive coinvolte nella genesi del delirio nella schizofrenia e messo a punto a fronte del grande numero di pazienti che mostra una risposta scarsa o assente ai neurolettici e che abbandona il trattamento (Byerly, Nakonezny, Lescouflair, 2007). Il training metacognitivo, basato sul modello cognitivo-comportamentale della schizofrenia, ricorre ad un approccio terapeutico lievemente diverso. Fulcro di questo intervento risulta, infatti, la metacognizione, intesa come la capacità di riflettere sui propri processi di pensiero; inoltre comprende il modo in cui le persone valutano e ponderano le informazioni e il modo in cui affrontano le limitazioni cognitive. Il training si focalizza sui bias cognitivi precedentemente descritti e sulle modalità di problem solving nella schizofrenia. Tali errori cognitivi, presi singolarmente o abbinati, possono culminare nell'istaurarsi di false credenze fino al punto di diventare deliri (Freeman, 2007).
Il training è costituito da 8 sessioni di un'ora ciascuna dedicate a sensibilizzare il paziente a tali distorsioni e a indurlo a riflettere criticamente, integrare e cambiare il suo tipico sistema di risoluzione dei problemi. Le sessioni hanno carattere interattivo con lo scopo di catturare l'attenzione dei pazienti ed allenare a un impatto sostenuto. Il programma è costituito da due cicli paralleli A e B, ciascuno, come già anticipato, di otto moduli. Alla maggior parte dei pazienti vengono somministrati due moduli a settimana in modo da completare un ciclo intero in un mese; i pazienti ambulatoriali e in degenza semiresidenziale, che ricevono un trattamento prolungato, dovrebbero completare due cicli per consolidare le competenze acquisite con il training. Le versioni parallele si equivalgono, tuttavia gli esercizi possiedono sembianze diverse affinché ai pazienti non venga presentato lo stesso materiale due volte. Nonostante il training sia principalmente dedicato ai pazienti affetti da schizofrenia, possono essere inclusi pazienti con altre diagnosi che presentano sintomi psicotici contingenti.

Durante la prima fase viene comunicata ai partecipanti l'evoluzione del training, che inizia con la spiegazione del significato del termine "metacognizione" e prosegue con

la comunicazione degli obiettivi del programma, sottolineando il rapporto tra questi ultimi e la vita quotidiana.
Nel primo modulo, rivolto al *Bias di Attribuzione*, i pazienti sono incoraggiati a proporre spiegazioni alternative per le diverse situazioni, prendendo in considerazione tre possibili fonti: se stessi, altri, situazioni. L'obiettivo prevede un ampliamento delle prospettive legate ad un evento emotivamente denso, per poi modificare i diversi modelli cognitivi disfunzionali di attribuzione.
Il secondo modulo affronta il *Jumping to Conclusion*: i partecipanti vengono addestrati a evitare di credere alle prime impressioni che possono dimostrarsi errate in seguito o rivelare solo mezze verità in quanto le situazioni possono cambiare con il passare del tempo, pertanto opinioni o atteggiamenti alternativi non vanno esclusi prematuramente.
Il terzo modulo è concettualmente legato a quello precedente ma si rivolge al *Bias contro le evidenze di disconferma BADE*. Il gruppo, attraverso esercizi mirati, viene spronato a imparare l'importanza di resistere alla naturale tendenza a non cambiare idea, poiché tale modalità di pensiero conduce a decisioni errate, pertanto è desiderabile mantenere una mente aperta.
La *Teoria della Mente* è l'oggetto di intervento del quarto modulo. Il gruppo viene portato a riflettere sul fatto che le espressioni facciali possono facilmente dare adito a interpretazioni errate, pur essendo importanti per comprendere gli stati mentali e i sentimenti di una persona. Al fine di interpretare in modo adeguato un'espressione facciale, è importante considerare altre fonti come ad esempio il contesto e l'individuazione delle emozioni umane di base.
Il quinto modulo si occupa della *Metamemoria*. Ai pazienti viene prospettata la fallibilità della memoria umana come risultato di un processo costruttivo e non semplice e pedissequa registrazione di fatti. I pazienti si esercitano a comprendere che in presenza di un ricordo poco vivido i pazienti dovrebbero mettere in dubbio le loro convinzioni.
La *Teoria della Mente complessa* e la *Cognizione Sociale* sono le abilità riabilitate nel sesto modulo in cui viene rinforzata la competenza acquisita nel modulo 4. I partecipanti imparano la differenza tra il loro livello di informazione e i fatti reali.
Nel Modulo 7 si riprendono gli esercizi rivolti all'attenuazione del *Jumping to Conclusion,* rinforzando così gli apprendimenti del secondo modulo. Vengono messe in discussione le decisioni affrettate, non giustificate da un'analisi maggiormente approfondita dei fatti.
L'ultimo modulo infine è dedicato alle difficoltà emotive abitualmente mostrate dai pazienti schizofrenici. Ai partecipanti vengono descritti gli stili di pensiero disfunzionale che possono contribuire alla formazione e al mantenimento della depressione. In primo luogo viene chiesto ai pazienti di discutere sui sintomi della depressione e le possibilità terapeutiche. L'operatore, attraverso gli esercizi successivi, spiega come sia possibile sostituire gli schemi cognitivi distorti con altri più utili al raggiungimento dei propri obiettivi.

Diversi studi sono stati condotti dopo l'introduzione della MCT, per verificarne la sicurezza, la fattibilità e l'efficacia (Aghotor, 2007; Ferweda, De Boer, Van der Gaag, 2010; Kerstan, 2009; Kumar, Ul Haq, Dubey, Dotiwala, Siddiqui, Abhishek, 2010; Moritz e Woodward 2007; Ross Freeman, Dunn, Garety, 2011). Oltre ad aver ottenuto un'adesione piuttosto elevata al trattamento, pare che, in tutti i casi citati, dopo il training metacognitivo si sia verificata una significativa riduzione della sintomatologia positiva.
Recentemente è stata anche introdotta la terapia metacognitiva individualizzata (MCT+), maggiormente focalizzata sui sintomi individuali (Moritz et al., 2010), che combina elementi della terapia Cognitivo-comportamentale (eliminazione di credenze fisse attraverso il dialogo socratico, prevenzione della risposta, elaborazione di un modello di malattia) con la funzionalità di base dell'MCT. Come nell'MTC di gruppo, è stato adottato un approccio "back-door": invece di contestare immediatamente sintomi deliranti e valutazioni che possono gravemente minare l'alleanza terapeutica, le distorsioni cognitive sono affrontate prima che la terapia continui a sfidare pregiudizi individuali e credenze. Anche in questo caso sembra che il gruppo sperimentale abbia beneficiato di una significativa diminuzione dei sintomi positivi.
Il Training Metacognitivo dei bias di ragionamento sembra un intervento particolarmente valido, proponendo quesiti teorici molto semplici e coinvolgenti al fine di

Il ruolo delle emozioni rivestirebbe particolare importanza in vista del coinvolgimento degli stati di paranoia, come indicativi della presenza di un bias disconfirmatorio, ma non risulta chiaro come discriminare gli stati interni da quelli emotigeni esterni, che potrebbero determinare l'aumento di un quadro emotivo negativo e di conseguenza la manifestazione del bias. Inoltre ci si chiede anche in questo caso se esista un rapporto di continuità tra gli eventi.

Numerose ricerche hanno messo in luce come nella schizofrenia possano essere evidenziati segni e sintomi simili a quelli mostrati dagli individui sani. Ad un esame approfondito alcune indagini hanno dimostrato che lievi anomalie percettive o del pensiero e convinzioni allucinatorie (ad esempio esperienze di déjà vu, di tipo schizotipico, percezioni anomale o allucinatorie, credenza nella telepatia, astrologia, magia) si verificano in una considerevole percentuale della popolazione sana (circa il 15%-20%), ma di solito vengono scartate in tempi brevi.

cogliere l'attenzione dei partecipanti. Questo training ha come finalità principale la riflessione sulle modalità di pensiero e ragionamento e sull'influenza che esse assumono nei comportamenti reali: pertanto i pazienti, oltre ad essere consapevoli delle motivazioni per le quali stanno affrontando l'intervento, possono partecipare attivamente al loro processo di riabilitazione, grazie alla presenza di scenari che raffigurano esperienze prototipiche di cui riescono a comprendere il significato.
Il training metacognitivo però, si rivolge a funzioni cognitive il cui esercizio dovrebbe essere testato nella pratica quotidiana dato che, anche per questo modello riabilitativo, mancano studi che percorrano tale direzione. Come è già stato sottolineato in precedenza per il processo di valutazione, anche e a maggior ragione negli interventi riabilitativi è necessario che sia presente una validità ecologica che permetta ai pazienti di declinare le competenze acquisite nella pratica quotidiana.

Conclusione

I deliri, validamente descritti come aspetti nucleari della schizofrenia, sono tra i più evidenti segni del disturbo schizofrenico. I bias di ragionamento presentati da persone con deliri o persone considerate a rischio sono stati descritti e interpretati da diverse teorie psicologiche che si sono anche occupate di comprendere la formazione e il mantenimento di credenze deliranti (Maher, 1974, 2005, Coltheart et al., 2000, 2011; Freeman et al., 2002, 2005 2007, 2013; Galbraith, 2015; Speceley et al., 2010, 2013) e che progressivamente hanno tentato di considerare il ruolo del ragionamento delirante in relazione ad altri fattori psicologici (cognizione, percezione, concetto di sé).
Allo stato dell'arte sembra sensato sostenere che i progressi nel campo della ricerca sul ragionamento delirante dipenderebbero da un approccio globale. Tuttavia, rimane ancora aperto un certo numero di questioni critiche. Ad esempio bisognerebbe approfondire il ruolo dei fattori di rischio durante lo sviluppo per capire se specifici deficit di ragionamento in infanzia o adolescenza possono costituire fattori predittivi di vulnerabilità al delirio.
Nonostante l'ipotesi di Galbraith (2015) della presenza di un bias di *accettazione liberale* integri vari costrutti presumibilmente coinvolti nella genesi del delirio, il suo approccio si situa ancora su un livello descrittivo. Infatti non risulta chiara la relazione tra emozioni e tendenza all'accettazione, e se esista un chiaro rapporto di consequenzialità.
Inoltre, in molte ricerche (Fowler et al, 2006; Freeman et al., 2005; Martin & Penn, 2001; Freeman et al., 2013) il ruolo delle emozioni rivestirebbe particolare importanza in vista del coinvolgimento degli stati di paranoia, come indicativi della presenza di un bias disconfirmatorio, ma non risulta chiaro come discriminare gli stati interni da quelli emotigeni esterni, che potrebbero determinare l'aumento di un quadro emotivo negativo e di conseguenza la manifestazione del bias. Inoltre ci si chiede anche in questo caso se esista un rapporto di continuità tra gli eventi.
È possibile invece che i bias sottesi al delirio possano essere ricondotti anche ad altre categorie diagnostiche. Ad esempio sembrerebbero esserci vaste aree di sovrapposizione tra deliro e disturbo del pensiero formale (FTD) nella schizofrenia (Momeni, 2012), identificabili nella difficoltà ad integrare informazioni dal contesto e nell'intolleranza nei confronti dell'ambiguità. Sarebbe pertanto necessario condurre nuovi studi che indaghino le particolari circostanze in cui le persone ignorano le evidenze disconfermanti oppure al contrario reagiscono eccessivamente modificando la stima iniziale in modo repentino (*over-react*).
Sarebbe inoltre interessante continuare a studiare la relazione tra bias di ragionamento e delirio alla luce della *Teoria del doppio processo* (Evans, 2003). Se assumiamo che nella schizofrenia delirante il Sistema 2 sia compromesso, possiamo dedurre che il Sistema 1 diventi predominante e pertanto gli errori di ragionamento, provocati dall'utilizzo di procedure standardizzate, impedirebbero al sistema di assimilare adeguatamente le informazioni del contesto, continuando invece ad emettere la stessa risposta. È possibile quindi che le persone che soffrono specificamente di sintomatologia delirante presentino un maggior deficit a livello delle capacità logiche e di astrazione, a cui il Sistema 2 sarebbe preposto.
Numerose ricerche hanno messo in luce come nella schizofrenia possano essere evidenziati segni e sintomi simili a quelli mostrati dagli individui sani. Ad un esame

approfondito alcune indagini (Fowler, Garety e Kuipers, 1995; Kingdon e Turkington, 1994) hanno dimostrato che lievi anomalie percettive o del pensiero e convinzioni allucinatorie (ad esempio esperienze di déjà vu, di tipo schizotipico, percezioni anomale o allucinatorie, credenza nella telepatia, astrologia, magia) si verificano in una considerevole percentuale della popolazione sana (circa il 15%-20%), ma di solito vengono scartate in tempi brevi. In momenti di stress, la "ricerca di un senso" può indurre le persone a ritenere adeguate le proprie ipotesi o idee senza considerare alternative, specialmente quanto più una persona è isolata, priva di riferimenti familiari e amicali. È stato anche messo in luce come soggetti sani che abbiano avuto tali esperienze presentino spesso errori di elaborazione cognitiva sovrapponibili a quelli di pazienti psicotici (Perris & McGorry, 2000) e come in condizioni d'incertezza, tutti siano portati a cercare informazioni che confermino le proprie convinzioni (Tversky e Kahnemann, 1974).

Dal momento che i bias cognitivi sembrerebbero non solo specifici della psicosi delirante, ma anche condivisi da altre patologie psichiatriche e a volte dalla popolazione cosiddetta "normale", appare utile riconoscerne le caratteristiche salienti. Negli ultimi decenni si sta facendo strada l'idea che i sintomi psicotici, per quanto gravi, abbiano una valenza quantitativa in cui il confine tra normalità e anormalità non sia dato da un unico salto, ma da una serie di piccoli passaggi continui. È importante quindi ricordare che tali bias non si ricondurrebbero a categorie discrete, ma a dimensioni collocabili lungo un continuum che procederebbe dallo stato pre-morboso alla psicopatologia conclamata. Una prospettiva dimensionale riguarderebbe varie uscite psicopatologiche quali il delirio, le allucinazioni e la paranoia (Beck & Rector, 2003; Ellett, Lopes, Chadwick, 2003; Freeman, 2005, 2010; Johns, 2002, 2005; Verdoux e van Os, 2002).

I pazienti deliranti quindi, in modo analogo ai soggetti sani, possono andare incontro a errori di giudizio e di ragionamento che danno origine a credenze ben radicate anche se prive di supporto razionale. Probabilmente, ciò che distingue le persone affette da disturbo psichiatrico è il fatto che certe valutazioni cognitive disfunzionali si verificano con una frequenza significativamente più elevata che nelle persone normali e che le prime siano meno capaci di quelle sane di correggere gli errori. Pertanto un'ampia varietà di pregiudizi, sia positivi (ottimista) che negativi (paranoia), potrebbero essere contenuti sotto un unico ombrello esplicativo, fornendo indizi utili sulle circostanze in cui il ragionamento non propriamente logico può aver dato vantaggi dal punto di vista dell'evoluzione e dell'adattamento.

Altrettanto importante, in questa prospettiva risulta il dibattito in corso sulla razionalità umana, dal momento che il ragionamento non razionale, non avendo bisogno di essere considerato un difetto di progettazione della cognizione umana, possiederebbe invece delle caratteristiche adattive. Tale aspetto manterrebbe le proprie funzioni di "economia" in un sistema non quantitativamente compromesso come nel caso della schizofrenia in cui invece, sembra proprio che la difficoltà principale consista in un deficit di adattamento alla realtà circostante in cui il sistema è inserito. Appare a questo punto cruciale il ruolo della valutazione e della riabilitazione cognitiva specialmente quando queste ultime siano concepite proprio ai fini di un miglioramento delle competenze adattive.

Dal momento che i bias cognitivi sembrerebbero non solo specifici della psicosi delirante, ma anche condivisi da altre patologie psichiatriche e a volte dalla popolazione cosiddetta "normale", appare utile riconoscerne le caratteristiche salienti. Negli ultimi decenni si sta facendo strada l'idea che i sintomi psicotici, per quanto gravi, abbiano una valenza quantitativa in cui il confine tra normalità e anormalità non sia dato da un unico salto, ma da una serie di piccoli passaggi continui. È importante quindi ricordare che tali bias non si ricondurrebbero a categorie discrete, ma a dimensioni collocabili lungo un continuum che procederebbe dallo stato pre-morboso alla psicopatologia conclamata.

*Psicologa dottoranda presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università Bicocca - Milano.

BIBLIOGRAFIA

Aghotor, J., (2007), *Evaluation of a metacognitive training program for schizophrenia patients. A feasibility study*, Heidelberg, Universitat Heidelberg.

Aleman, A., Hijman, R., Kahn, R.S.,(1999), Memory impairment in schizophrenia: a meta-analysis, *American Journal of Psychiatry*, 156, 1358-1366.

Ballerini, A.C., (1994), Una breccia nella atemporalità. Il progetto riabilitativo, In Rossi Monti, M., *Manuale di Psichiatria nel territorio*, Firenze, la Nuova Italia.

Barrowclough, C., Tarrier, N., Humphreys, L., Ward, J., Gregg, L., & Andrews, B. (2003). Self-esteem in schizophrenia: Relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 92–99.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behavioural Research and Therapy*, 35, 49–58.

Beck A., Rector N., A cognitive model of Hallucinations, (2003), *Cognitive Therapy and Research,* 27, 19-52

Bell, V., Halligan P.,W., Ellis, H., (2006), A cognitive neuroscience of belief, in Halligan P.W., Aylward M. (eds.) *The Power of Belief: Psychosocial influences on Illness, Disability and Medicine,* Oxford University Press.

Bensi, L., & Giusberti, F. (2007). Trait anxiety and reasoning under uncertainty, *Personality and Individual Differences*, 43(4), 827–838.
Bentall, R.P., Kaney, S., Dewey, M.E., (1991), Paranoia and Social Reasoning: An attribution Theory analysis, *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 13-23.
Blackshaw, A. J., Kinderman, P., Hare, D. J., & Hatton, C. (2001), Theory of mind, causal attribution and paranoia in Asperger syndrome. *Autism*, 5, 147–163.
Bora, E., Yücel, M., & Pantelis, C. (2009), Theory of mind impairment: A distinct trait-marker for schizophrenia spectrum disorders and bipolar disorder? *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 120, 253–264.
Brenner, H. D., Boker, W., Hodel, B. & Wyss, H. (1989), Cognitive treatment of basic pervasive dysfunctions in schizophrenia.(In S. C. Schulz (Ed.), *Schizophrenia: Scientific progress* (pp. 358—367). New York: Oxford University Press).
Brüne, M., (2005), "Theory of mind" in schizophrenia: a review of the literature, *Schizophrenia Bulletin*, 31, 21-42.
Byerly, M.J., Nakonezny, P.A., Lescouflair, E., (2007), Antipsychotic medication adherence in schizophrenia, P*sychiatric Clinics of North America*, 30, 437-452.
Cardella, V., (2012), Deliri e allucinazioni: Due patologie della credenza, *Reti, Saperi, Linguaggi,* 4, 83-88
Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999), *Scientificfoundations of cognitive theory and therapy for depression*. New York: Wiley.
Clark, D. A., & Steer, R. A. (1996), Empirical status of the cognitive model of anxiety and depression. In Paul M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 75–96). New York, NY: Guilford Press
Cohen, C. I., Magai, C., Yaffee, R., & Walcott-Brown, L. (2004), Racial differences in paranoid ideation and psychoses in an older urban population. *American Journal of Psychiatry*, 161, 864–87.
Colbert, SM., Peters, ER., (2002), Need for closure and jumping-to-conclusions in delusion-prone individuals, *Journal of Nervous & Mental Disease*, 190 (1), 27-31.
Coltheart, M., Langdon, R., & McKay, R. (2011), Delusional belief. *Annual Review of Psychology*, 62, 271–298.
Corcoran, R., Cahill, C., & Frith, C. D. (1997), The appreciation of visual jokes in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 24, 319–327.
Crocker, J., & Park, L. E. (2003), Seeking self-esteem: Construction, maintenance, and protection of self-worth. In M. R. Leary & J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity*. New York: Guilford.
Davies, M., & Coltheart, M. (2000), Introduction: Pathologies of belief. In M. Coltheart & M. Davies (Eds.), *Pathologies of Belief*. Malden, MA: Blackwell.
Dennett, D. C. (1978) Beliefs about beliefs. *Behavioral Brain Science*, I, 568-570.
Dudley, R. E. J., & Over, D. E. (2003), People with delusions jump to conclusions. *Clinical Psychology and Psychotherapy,* 10, 263–274.
Ellett, L., Lopes, B., Chadwick, P., (2003), Paranoia in a nonclinical population of college students, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 425-30.
Evans, J. (2003) In two minds: dual-process accounts of reasoning. *Trends in Cognitive Sciences* 7(10):454–59
Evans JS. (2008), Dual-processing accounts of reasoning, judgment, and social cognition. *Annu. Rev. Psychol*. 59:255–78.
Esquirol, E., (1838), *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygénique etmédico-legal*, Bruxelles, Meline.
Ferwerda, J., De Boer, K., Van der Gaag, M., (2010), Metacognitieve training voor patienten met een psychotische kwetsbaarheid, *Directieve therapie*, 30, 263-279.
Flavell, J.H., Wellman, H.M. Metamemory (1977), In R. V. Kail & J. W. Hagen (Eds.), *Perspectives on the development of memory and cognition*, Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
Fowler, D., Freeman, D., Smith, B., Kuipers, E., Bebbington, P., Bashforth, H. & Garety, P. (2006), The Brief Core Schema Scales (BCSS): Psychometric properties and associations with paranoia and grandiosity in non-clinical and psychosis samples. *Psychological Medicine*, 36(6), 749–760.
Fowler, D., Garety, P., Kuipers, E., (1997), *Terapia cognitivo-comportamentale delle psicosi: teoria e pratica,* Milano, Masson.
Freeman, D. & Garety, P. A. (1999), Worry, worry processes and dimensions of delusions: an exploratory investigation of a role for anxiety processes in the maintenance of delusional distress. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 27, 47–62.
Freeman, D., Garety, P., Kuipers, E., Fowler, D., & Bennington, P. (2002), A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 331–347.
Freeman, D., Dunn, G., Garety, P. A., Bebbington, P., Slater, M., Kuipers, E., & Ray, K. (2005), The psychology of persecutory ideation I: A questionnaire survey. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(5), 302–308.
Freeman, D., Garety, P., Kuipers, E., Colbert, S., Jolley, S., Fowler, D., Dunn, G., Bebbington, P., (2006), Delusions and decision-making style: use of the Need for Closure Scale. Behaviour, , *Research and Therapy* , 44, 1147-58.
Freeman, D., (2007), Suspicious minds: The psychology of persecutory delusions, *Clinical Psychology Review,* 27 (4), 425-457.
Freeman, D., Startup, H., Dunn, G., C˜ ernis, E., Wingham, G., Pugh, K., . . . & Kingdon, D. (2013), The interaction of affective with psychotic processes: A test of the effects of worrying on working memory, jumping to conclusions, and anomalies of experience in patients with persecutory delusions. *Journal of Psychiatric Research*, 47(12), 1837–1842
Freeman, D., Pugh, K., Vorontsova, N., Antley, A., Slater, M., Testing the Continuum of Delusional Beliefs (2010), An Experimental Study Using Virtual Reality, *Journal Abnormal Psychology*, February; 119, 83-92
Frith, C.D., Done, D.G., 1989, Experience of alien control in schizophrenia reflect a disorder in the central monitoring and emotion, *British Journal of Psychiatry*, 153, 437-443.
Frith, C.D., Corcoran R., (1996) Exploring Theory of Mind in people with schizophrenia, *Psychological Medicine*, 26, 521-530.
Galbraith, N., Manktelow, K., (2015) A Psychological Model Of Delusional Belief, in Galbraith, N., *Aberrant Beliefs and Reasoning*, London, Psychology Press.
Galbraith, N. D., Morgan, C. J., Jones, C. L., Ormerod, D. R., Galbraith, V. E., & Manktelow, K. I. (in press). The mediating effect of affect: Different pathways from self and other schemas to persecutory ideation. *Canadian Journal of Behavioural Science.*
Garety, P.A., Hemsley, D.R., Wessely, S., (1991), Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients.

Biases in performance on a probabilistic inference task, ,*Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 194-201
Garety, P. A., & Freeman, D., (1999), Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories and evidence, *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 113-154.
Gilewski, M.J., Zelinski, E.M., & Schaie, K.W., (1990) The Memory Functioning Questionnaire for assessing memory complaints in adulthood and old age, *Psychology and Aging*, 4, 482-490.
Gooding, D. C., & Pflum, M. J. (2011). Theory of mind and psychometric schizotypy. *Psychiatry Research*, 188(2), 217–223.
Gopnik, A. (1993), How we know our own minds: the illusion of ®rst person knowledge of intentionality, *Behavioral and Brain Sciences*, 16, 1±14.
Green, M.J., Phillips, M.L., (2004) Social threat perception and the evolution of paranoia, *Neuroscience and Bio-behavioral Reviews*, 28, 333-342.
Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., Pinel, E., Simon, L., & Jordan, K. (1993), Effects of self-esteem on vulnerability-denying defensive distortions: Further evidence of an anxiety-buffering function of self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology*, 29, 229–251.
Greig, T. C., Bryson, G. J., & Bell, M. D. (2004), Theory of mind performance in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 12–18.
Griesinger, W., *Die pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten*, (1861), Stoccarda, Krabbe.
Haselton, M. G., Bryant, G. A., Wilke, A., Frederick, D. A., Galperin, A., Frankenhuis, W. E., & Moore, T. (2009), Adaptive rationality: An evolutionary perspective on cognitive bias. *Social Cognition*, 27, 733– 763. doi:10.1521/soco.2009.27.5.733.
Hegarty, J.D., Baldessarini, R.J., Tohen, M., Waternaux, C., Oepen, G., (1994), One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature, *American Journal of Psychiatry*, 151, 1409-16.
Johns, L.C., Nazroo, J.Y., Bebbington, P., Kuipers, E., (2002), Occurrence of hallucinatory experiences in a community sample and ethnic variations, *The British Journal of Psychiatry*, 180, 174-178.
Johns, L.C., Nazroo, J.Y., Bebbington, P., Kuipers, E., (2002), Occurrence of hallucinatory experiences in a community sample and ethnic variations, *The British Journal of Psychiatry*, 180, 174-178.
Johnson, M. K., Hashtroudi, S., & Lindsay, D. S. (1993), Source monitoring. *Psychological Bulletin*, 114, 3-28
Kaney, S., Bentall, R.P., Persecutory delusions and attributional style, 1989, *British Journal of Medical Psychology*, 81, 191-198.
Kahneman, D. Slovic, P., Tversky, A., (1982), eds. *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*, Cambridge and New York: Cambridge U. Press.
Kelemen, O., Erdélyi, R., Pataki, I., Benedek, G., Janka, Z., & Kéri, S. (2005), Theory of mind and motion perception in schizophrenia. *Neuropsychology*, 19, 494–500.
Kerstan, A., (2009), *Evaluation of metacognitive training program in chronic schizophrenia patients*, Hamburg, University of Hamburg.
Kinderman, P., & Bentall, R. P. (1997), Causal attributions in paranoia and depression: Internal, personal, and situational attributions for negative events. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 341–345.
Kinderman, P. & Bentall, R. P. (1996), Self-discrepancies and persecutory delusions: Evidence for a model of paranoid ideation, *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 106-113.
Kingdon, D.G., Turkngton, D., (1991), Preliminary report. The use of cognitive behavior therapy and a normalizing rationale in schizophrenia*, Journal of Nervous & Mental Disease,* 179, 207-211.
Kingdon, D.G., Turkington, D., (1997), *Cognitive Behavioural Therapy of schizophrenia*, Trad. ItTerapia cognitivo-comportamentale per la schizofrenia. Milano, Cortina.
Kumar, D., Zia, Ul Haq M., Dubey, I., Dotiwala, K., Siddiqui, S.V., Abhishek, P., (2011), Effect of Meta-Cognitive Training in the reduction of positive symptoms in schizophrenia, *European Journal of Psychotherapy & Counseling*.
Kunda, Z. (1990), The case for motivated reasoning. *Psychological Bulletin*, JOS, 480-498.
Mathews, A., & MacLeod, C. (2005), Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 167195.
Langdon, R., Michie, P. T., Ward, P. B., McConaghy, N., Catts, S. V., & Coltheart, M. (1997), Defective self and/or other mentalising in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 2, 167–193.
Lysaker, P.H., Salvatore, G., Grant, M.L., Procacci, M., Olesek, K.L., Buck, K.D., Nicolò, G., & Dimaggio, G. (2010), Deficits in theory of mind and social anxiety as independent paths to paranoid features in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 124, 81–85.
Lysaker PH, Dimaggio G, Buck KD, (2011), Poor insight in schizophrenia: links between different forms of metacognition with awareness of symptoms, treatment need and consequences of illness. *Compr. Psychiatry* 52(3), 253–260.
Maher, B. A. (1974), Delusional thinking and perceptual disorder. *Journal of Individual Psychology,* 30, 98–113.
Maher, B. A. (2005), Delusional thinking and cognitive disorder. *Integrative Physiological and Behavioral Science,* 40 (3), 136-146.
Martin, J. A., & Penn, D. L. (2001), Brief report: Social cognition and subclinical paranoid ideation. British Journal of Clinical Psychology, 40, 261–265.
Marvin, R.S., Greenberg, M.T. and Mossier, D.G. (1976), The early development of conceptual perspective taking: Distinguishing among multiple perspectives, *Child Development*, 47, 511-514.
Momeni, F., Raghibdoust, S., (2012), The relationship between incoherent speech and different types of delusions and hallucinations in schizophrenics with positive symptoms, *Social and Behavioral Sciences*, 32, 288-295.
Morrison, A. P. (2001), The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to psychotic symptoms. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 29, 257–276.
Moritz, S., Woodward, T.S., (2005), Jumping to conclusions in delusional and non-delusional schizophrenic patients, , *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 193-207.
Moritz, S., Woodward, T.S., (2006), Metacognitive control over false memories: a key determinant of delusional thinking, , *Current Psychiatry Reports*, 8, 184-190.
Moritz, S., Woodward, T.S., (2006), The contribution of metamemory deficits to schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology*, 115(1), 15-25.
Moritz, S., Woodward, T.S., (2007), Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention, , *Current Opinions in Psychiatry* , 20, 619-625.
Moritz, S., Veckenstedt, R., Hottenrott, B., Woodward, T. S., Randjbar, S., & Lincoln, T. M. (2010), Different

sides of the same coin? Intercorrelations of cognitive biases in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 15, 406e421.
Morrison A.P., Wells, A., (2003), A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls, *Behaviour Research and Therapy*, 41, 251-256.
Morrison, A.P., (2001), The interpretation of illusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.
Mossler, D. G., Marvin, R. S. and Greentlerg, M. T., (1976), Conceptual perspective taking in 2- to 6- year-old children, *Developmental Psychology*, 12, 85-86.
Neuhoff, J.G., (1998), Perceptual bias for rising tones, *Nature*, 395, 123-124.
Neuhoff, J.G., (2001), An Adaptive Bias in the Perception of Looming Auditory Motion, *Ecological Psychology*, 13(2), 87-110.
Nuechterlein, K.H., Dawson, M.E., (1984), Information processing and attenctional functioning in the developmental course of schizophrenic disorder, S*chizophrenia Bulletin,* 10, 160-203.
Ornaghi, V., Grazzani, I., (2008), Can 3 year-old children be trained to use mental state talk in order to increase their understanding of the mind? *Workshop on Pragmatics and Social Cognition*.
Östling, S., & Skoog, I. (2002), Psychotic symptoms and paranoid ideation in a non-demented population-based sample of the very old. *Archives of General Psychiatry*, 59(1), 53–59.
Penn, D.L., Addington, J., Pinkham, A., (2006), Social cognitive impairments, in: Lieberman, J.A., Stroup, T.S., Perkins, D.O., *American Psychiatric Association textbook of schizophrenia*, Arlington, American Psychiatric Publishing Press, 261-74.
Perris, C., Mc Gorry, P.D., (2000), *Psicoterapia cognitiva dei disturbi psicotici e di personalità*, Milano, Masson
Phillips, L. D., Edwards, W., (1966), Conservatism in a simple probability inference task, , *Journal of Experimental Psychology*, 72, 346-354.
Pickup, G. J., & Frith, C. D. (2001), Theory of mind impairments in schizophrenia: Symptomatology, severity and specificity. *Psychological Medicine*, 31(02), 207–220.
Rapee RM, Heimberg R. (1997), A cognitive behavioral model of social phobia. *Behav. Res. Ther*. 35:741–56
Ross, K., Freeman, D., Dunn, G., Garety, P., (2011), A randomized experimental investigation of reasoning training for people with delusions, *Schizophrenia Bulletin,* 37, 324-333.
Ross, RM, McKay R., Coltheart, M., Langdon, R., (2015), Jumping to conclusions about the beads task? A meta-analysis of delusional ideation and data-gathering, *Schizophrenia bulletin,* 41 (5) 1183-1191.
Speechley, W.J., Ngan, E.T.C., (2008), Dual-stream modulation failure: A novel hypothesis for the formation and maintenance of delusions in schizophrenia, *Medical Hypotheses*, 70, 1210-1214.
Speechley, W. J., Murray, C. B., McKay, R. M., Munz, M. T., & Ngan, E. T. C. (2010), A failure of conflict to modulate dual-stream processing may underlie the formation and maintenance of delusions. *European Psychiatry*, 25(2), 80–86.
Speechley, W. J., Woodward, T. S., & Ngan, E. T. (2013), Failure of conflict to modulate central executive network activity associated with delusions in schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 113.
Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J., van Engeland, H., (2007), Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis, , *British Journal of Psychiatry*, 191, 5-13.
Stratta, P., Bustini, M., Daneluzzo, E., Rossi A., (2008), La valutazione della capacità metacognitiva nel disturbo schizofrenico: dalla funzione cognitiva al mondo reale, *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 14, 75-79.
Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988), Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103,193-210.
Taylor, J. L., & Kinderman, P. (2002), An analogue study of attributional complexity, theory of mind deficits and paranoia. *British Journal of Psychology*, 93(1), 137–140.
Todd, PM., Gigerenzer G., (2013), *Ecological rationality: Intelligence in the world*, New York, Oxford University Press.
Tomarken, A. J., Mineka, S. & Cook, M. (1989), Fear-relevant selective associations and covariation bias. *Journal of Abnormal Psychology, 98*, 381-394.
Tversky, A., Kahneman, D., (1974), Judgment Under Uncertainty: Heuristics and Biases, *Science*, 185, 1124-1131.
Verdoux H., Van Os, J., (2002), Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis, *Schizophrenia Research*, 54, 59-65.
Wells, A., & Matthews, G., (1994), *Attentions and emotion: A clinical perspective,* Hove, Erlbaum.
Williams, J. M. G., Watts, P. N., MacLeod, C., & Mathews, A., (1997), *Cognitive psychology and emotional disorders*. Chichester, England: Wiley.
Wimmer H., Perner J., (1983), Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception, *Cognition*, 13, 103-128.
Wimmer, H., & Weichbold, V. (1994), Children's theory of mind: Fodor's heuristics examined. *Cognition*, 53, 45-57.
Woodward, T.S., Moritz, S., Menon M., Klinge R., (2008), Belief inflexibility in schizophrenia, *Cognitive Neuropsychiatry*, 13, 267-77.

Cognitive Biases and delusions in schizophrenia

Some research studies have outlined the existence of several different cognitive biases linked to delusional psychotic manifestations, which might lead to mistakes in reading other people's intentions and actions.
The article analyses a range of biases, and gives useful advice and information about the instruments available to detect and modify a distorted perception of reality.

link

un caso clinico

Un percorso terapeutico con l'EMDR di una paziente con disturbo somatoforme: i sentieri dell'attaccamento, della regolazione affettiva e della riparazione del sé

ANGELA FUNARO, STEFANIA ALFANO, IOLANDA MARTINO

Un percorso terapeutico con l'EMDR di una paziente con disturbo somatoforme: i sentieri dell'attaccamento, della regolazione affettiva e della riparazione del sé

Le malattie somatiche sono quelle che più strettamente manifestano i meccanismi difensivi più arcaici attraverso un'espressione diretta del disagio psichico nel corpo. Le capacità difensive tendono a tener lontani i contenuti psichici inaccettabili e imprevedibili, a costo di nuocere al proprio corpo. Non sono presenti rappresentazioni simboliche capaci di mentalizzare il disagio psicologico e le emozioni troppo dolorose per poter esser vissute e sentite, pur essendo presenti, non vengono percepite e verbalizzate. Questo articolo si propone di affrontare una nuova prospettiva d'intervento nei disturbi somatoformi. Una serie di recenti ricerche (Farina et al., Nijenhuis, 2009) ha dimostrato che pazienti con alcuni tipi di disturbi somatoformi, hanno elevati punteggi alle scale che misurano la dissociazione. L' uso della dissociazione come meccanismo difensivo, occupa un posto centrale nel processo di gestione immediata del trauma. La persona, dissociando, crea un rifugio mentale dalla paura e dal dolore evocati dall'evento traumatico. Facendo riferimento alle teorie dell' attaccamento e della dissociazione strutturale, e utilizzando l' EMDR, siamo giunti alla risoluzione del caso, peraltro complesso, in tempi rapidi ed efficaci. Parliamo di una paziente reduce da un lungo lavoro di psicoterapia durato 10 anni, unito all'uso costante di psicofarmaci

ANGELA FUNARO*, STEFANIA ALFANO**, IOLANDA MARTINO***

PAROLE CHIAVE: Disturbo Somatoforme, Orticaria, Dissociazione strutturale, Attaccamento disorganizzato, Trattamento EMDR.

Nell'impossibilità di pronunciare le emozioni,
le parole rimangono
"sotterrate vive"
N. Abraham e M. Torok (1978)

Anamnesi

La paziente è nubile, ha 50 anni ed è casalinga; ha due sorelle più grandi con le quali ha un pessimo rapporto. Ha conseguito da qualche anno la laurea in lettere, non ha amici né un'adeguata vita relazionale.
Il padre della paziente, era un uomo violento sia con la moglie che con le figlie; la madre della paziente soffriva di depressione sin dalla sua nascita.

Dopo la morte dei genitori, nonostante il pessimo rapporto con le sorelle, spesso a causa dell'acutizzarsi della malattia, la paziente è "costretta" ad andare a vivere a casa di una di loro: *"diventa insopportabile vivere da sola per la paura che mi possa accadere qualcosa"*.

Il disturbo somatoforme

Il disturbo somatoforme è per definizione una sindrome caratterizzata dalla presenza di sintomi fisici che suggeriscono l'esistenza di un disturbo organico ma che, in realtà, non sono giustificati né da una condizione medica generale né dagli effetti diretti di una sostanza, né da un altro disturbo mentale. Affinchè si possa parlare di disturbo di somatizzazione, secondo la definizione del DSM IV TR, deve essere presente una storia di molteplici lamentele fisiche cominciate prima dei 30 anni che portano ad una continua ed estenuante ricerca di trattamento, ad un punto tale da poter causare significative menomazioni del funzionamento sociale, lavorativo, o in altre importanti aree della vita della persona. I sintomi non sono prodotti in maniera intenzionale né sono simulati.
Una serie di recenti ricerche (Farina et al., Nijenhuis, 2009) ha dimostrato che pazienti con alcuni tipi di disturbi somatoformi hanno elevati punteggi alle scale che misurano la dissociazione e presentano sintomi dissociativi (di distacco e di compartimentazione), coesistenti con quelli somatoformi; motivo per cui Nijenhuis ha proposto di includerli nella dizione "dissociazione somatoforme." Al momento, con l'espressione "dissociazione somatoforme" si indicano le manifestazioni meno visibili della dissociazione che, riguardano, appunto, gli aspetti percettivi e i sintomi somatici. La dissociazione somatoforme comporta alterazioni della normale integrazione tra coscienza, memoria esplicita, volizione e gli schemi somatoviscerali e percettivo-motori che costituiscono la base per la percezione corporea di sé e per la comprensione dello stato emotivo.
Diversi studi, alla fine degli anni ottanta, hanno dimostrato un'associazione tra disturbi somatoformi e storie di traumi infantili: Krystal, van der Kolk e van der Hart (1989) hanno osservato che emozioni intense suscitate da un trauma possono interferire con l'elaborazione cognitiva dell'esperienza, così che gli affetti vengono codificati ad un livello sensomotorio ed attivo, piuttosto che in una modalità semantica e linguistica**.** Nijenhuis (2000) ha descritto la dissociazione somatoforme associata a traumi precoci, che implicano l'abuso o la sensazione che la propria vita sia messa in pericolo da parte di un altro, quale modalità di risposta a un danno fisico inevitabile. Studi recenti, in particolare quelli effettuati da Glenn Waller e colleghi, sostengono l'ipotesi che le dissociazioni somatoformi sono specificatamente associate ai traumi infantili sia fisici, sia verbali; in particolare, questi ricercatori hanno dimostrato che la dissociazione somatoforme è associata a traumi fisici, mentre la dissociazione psicologica è associata a traumi senza contatto. Waller e colleghi concludono che la dissociazione somatoforme può essere compresa se la si considera quale set di risposte adattative psicofisiologiche al trauma, quando c'è una minaccia fisica incomprensibile: *"Mio padre era una persona contraddittoria, era violento, mi ha educato con gli schiaffi. Un giorno la maestra* (la paziente aveva 6 anni*) gli ha detto che non studiavo, e quando sono tornata a casa, mio padre mi ha chiuso in una stanza, mi ha spogliata e mi ha preso a cinghiate"*. La minaccia all'integrità del corpo produrrebbe reazioni dissociative somatoformi; in proporzione alla gravità del trauma, all'età della vittima e al grado di traumatizzazione precedente, tra la vasta gamma di reazioni di dissociazione somatoformi, saranno preminenti: l'incapacità di muoversi e parlare, l'anestesia relativa alle varie modalità percettive, quali la mancanza di percezione del dolore (analgesia), visione tunnel o paralisi corporea (anestesia tattile e cinestesica). La paziente dà questa spiegazione alla sua incapacità di reagire di fronte ad uno stato di minaccia: *"Io ho l'orticaria perché sono una persona sensibile e non riesco a reagire, quindi i miei anticorpi reagiscono in questa maniera. Io sono una persona fragile, non riesco a difendermi". "Mi sento una fallita, quando succede qualcosa non sono reattiva"*.
I traumi infantili, ostacolando il normale sviluppo dei processi di de-somatizzazione, verbalizzazione e distinzione degli affetti, provocano anche un danneggiamento delle funzioni narcisistiche di auto-conservazione, autostima e autodifesa. Non danneggiano il Sé, ma il senso di Sé fa fatica a costruirsi. La prima esperienza di tale ferita narcisistica è accompagnata dalla vergogna. La vergogna è vissuta non come

Recenti ricerche hanno dimostrato che pazienti con alcuni tipi di disturbi somatoformi hanno elevati punteggi alle scale che misurano la dissociazione e presentano sintomi dissociativi (di distacco e di compartimentazione), coesistenti con quelli somatoformi; motivo per cui Nijenhuis ha proposto di includerli nella dizione "dissociazione somatoforme." Al momento, con l'espressione "dissociazione somatoforme" si indicano le manifestazioni meno visibili della dissociazione che, riguardano, appunto, gli aspetti percettivi e i sintomi somatici.

Molti pazienti focalizzano l'attenzione selettiva sui segnali provenienti dal proprio corpo, interpretandoli come sintomi di una patologia organica, nonostante numerose visite attestino il contrario. In realtà, alla base, vi è una difficoltà nel processare coscientemente le informazioni viscerali dell'attivazione emozionale. In chiave psicosomatica, i sintomi cutanei sono rappresentazioni simboliche di situazioni che non possono essere espresse adeguatamente dall'Io: emozioni vietate.

sensazione o come emozione, ma come espressione di identità: la paziente si definisce come: "*da quando sono nata io mi considero un errore umano, uno sbaglio*". Nel tentativo di ristabilire un sentimento di sicurezza, si attivano processi narcisistici compensatori, che possono promuovere il diniego dei fallimenti, l'isolamento, la scissione degli affetti intollerabili, lo sviluppo di sintomi somatici, il mantenimento di fantasie onnipotenti o il credere in una propria invulnerabilità. La patologia psicosomatica, sostiene Krystal, rappresenta un tentativo di proteggersi dal riconoscimento dei difetti narcisistici procurati da relazioni primarie inadeguate e fallimentari (Todarello, Porcelli).

Orticaria come malattia psicosomatica

L'orticaria è una dermatosi che può colpire ogni zona dello strato più superficiale della pelle. È una reazione allergica benigna di cui circa 20-40 % della popolazione mondiale soffre almeno una volta nella vita. In genere, questo disturbo ha un decorso acuto ed in tal caso la prognosi è del tutto favorevole; al contrario, quando le manifestazioni si protraggono per più di sei settimane, si parla di orticaria cronica per la quale la risoluzione diviene molto più problematica. Per la diagnosi di orticaria è indispensabile un'accurata indagine, al fine di individuare i possibili agenti eziologici scatenanti: farmaci, alimenti, agenti fisici o da contatto con sostanze.
Molti pazienti focalizzano l'attenzione selettiva sui segnali provenienti dal proprio corpo, interpretandoli come sintomi di una patologia organica, nonostante numerose visite attestino il contrario. In realtà, alla base, vi è una difficoltà nel processare coscientemente le informazioni viscerali dell'attivazione emozionale. In chiave psicosomatica, i sintomi cutanei sono rappresentazioni simboliche di situazioni che non possono essere espresse adeguatamente dall'Io: emozioni vietate. In ambito neuro-biologico MacLean, già nel 1949, formulò l'ipotesi che nei pazienti psicosomatici le emozioni non riuscissero a giungere dai centri nervosi inferiori alla corteccia, impedendone la verbalizzazione (Solano, 2001). È la paziente stessa che in una delle sedute dice: *"adesso, finalmente, ho capito che l'orticaria è di origine psicosomatica… mi tengo molto dentro le cose, non riesco a buttarle fuori… io molte cose non le ho dette per paura, non sono mai stata un tipo di pelle, un tipo libero "*.
L'osservazione che l'orticaria spesso sembra essere correlata a situazioni psicologiche particolari, ha origine lontana nel tempo: già nel 1953 Wittkower, in un suo studio sulla personalità di questi pazienti rilevò la presenza di meccanismi psicopatologici quali masochismo, aggressività repressa ed esibizionismo represso, oltre al fatto che esperienze di perdita o di minaccia di perdita di persone significative precedevano la comparsa o la recidiva della malattia nel 70% dei casi. (Quando la paziente aveva 4-5 anni, la mamma ha subito ripetuti ricoveri per depressione).
Autori di stampo psicoanalitico, hanno messo in primo piano il ruolo della pelle e delle prime esperienze infantili tattili e cutanee, considerandole essenziali per uno sviluppo sano del bambino sia dal punto di vista fisico che psichico. Per Anna Freud, essere accarezzato ed abbracciato all' inizio della vita, aiuta il bambino a costruire un'immagine corporea ed un io corporeo sani. Didier Anzieu considera le prime sensazioni cutanee essenziali per introdurre il bambino in un universo di esperienze nuove e complesse, e ha introdotto, in questo senso, il concetto di Io-Pelle che può essere spiegato come una rappresentazione dell'Io del bambino utilizzata da questo nelle prime fasi del suo sviluppo. L' Io-Pelle ha principalmente tre funzioni: è il sacco che contiene il buono che le cure materne vi hanno depositato; la barriera che delimita gli spazi e che quindi impedisce l'entrata di materiale esterno non gradito, come per esempio l'aggressività altrui; è il luogo privilegiato della comunicazione con gli altri (Anzieu, 1987). Tuttavia, se il contatto pelle-pelle è troppo violento, il bambino lotterà, dice F. Tustin (1990), contro una presa di coscienza troppo brutale del mondo esterno e procederà allo smantellamento del suo mondo psichico in mille sensazioni frazionate.

Disturbo somatoforme e Attaccamento disorganizzato

Un'interpretazione del disturbo somatoforme nell'ottica della teoria dell'attaccamento considera determinante, nell' infanzia del paziente, la relazione instaurata con il

caregiver che non ha fornito una corretta " traduzione" delle emozioni, in termini che potessero essere compresi e assimilati dal bambino. La figura di attaccamento, venendo meno alla propria funzione di "codifica emotiva", favorisce una dissociazione delle emozioni da tutto ciò che è stato percepito. Una mancanza di risposte contingenti e coerenti determina la rottura del dialogo madre-bambino, e questo crea nel bambino l'esperienza di essere invisibile, l'autoriflessione si ferma e il Sé scompare. Al posto di rappresentazioni dei propri stati interiori, dell'esistenza di pensieri e sentimenti in se stessi e negli altri, nella scissione mente-corpo si sperimenta un senso disturbante di alterità e di vuoto esistenziale che deriva dall'aver vissuto in modo particolarmente aggressivo la scoperta della separazione e del distacco nelle prime fasi dello sviluppo, con la conseguenza di essere afflitti da un pervasivo sentimento di impotenza mai elaborato (Todarello, Porcelli): *"Mia madre era depressa, non aveva voglia di fare niente. Poi litigava con mio padre che si lamentava che non era pronto e succedevano storie e io stavo sempre ad un angolo. La mia vita è stata sempre ad un angolo. Di mio padre ho avuto sempre paura, fino alla morte ho avuto sempre paura di mio padre"; ".... Per molto tempo ho pensato di essere impotente, di essere impotente a cambiare".* Altre conferme del suo sentirsi impotente venivano anche dalla scuola: "*io mi vedo una bambina normale ma a scuola mi sentivo diversa e impotente. Il fatto che mi aveva imposto di scrivere con la destra* (è mancina), *era motivo per la maestra di scaricare questa rabbia che aveva nei miei confronti, e venivo picchiata ingiustamente...i miei compagni mi vedevano che ero inerme e ridevano tutti*".
È importante ricordare che il sistema dell'attaccamento è su base innata, ed opera, quindi, molto prima che il soggetto possa utilizzare strutture cognitive complesse, idee e concetti che l'aiutino a interagire con l'ambiente. Per A. Shore, la relazione madre-bambino "agisce come modello per improntare i circuiti del cervello destro del bambino, responsabile del trattamento delle informazioni". L' emisfero corticale destro, sviluppandosi e divenendo maturo prima di quello sinistro, conserva l'impronta definitiva e per tutta la vita delle prime esperienze affettive. Queste esperienze sono impresse nella memoria procedurale, che è un po' come il libro dei conti dove vengono registrate tutte le entrate e le uscite sulle quali si basa il bilancio finale, e diventa la struttura di riferimento per l'immagine del Sé, che è quella che influenza maggiormente la valutazione delle situazioni relazionali complesse. Nel corso del primo sviluppo preverbale, il bambino costruisce i modelli operativi interni delle relazioni di attaccamento e queste rappresentazioni, registrate permanentemente nei circuiti cerebrali in via di maturazione, determinano l'approccio caratteristico dell' individuo nei confronti della modulazione affettiva per il resto della sua vita:"*Io ero una bambina particolare, vivevo male in casa perché i miei genitori litigavano, non avevo rapporto con gli altri e questo me lo porto anche oggi, mi sento diversa, non amata o comunque non amata come io vorrei*."
Se la FdA anziché contenere e trasformare, spaventa e disorienta, la paura può diventare un'esperienza sensoriale dilagante, disorganizzante e in grado di minacciare l'integrità stessa del Sé. La paura può diventare non solo l'esperienza somatica che non potendo essere contenuta e trasformata, dilaga e saccheggia l'unità mente-corpo, ma diventa anche "paura senza sbocco": *"Sento dolore, angoscia, paura..sono nella stanza e mio padre sta per picchiarmi, è una sensazione di paura, sensazioni dalla testa per tutto il corpo, e chiamo mamma e mamma che da dietro la porta dice: finiscila ti prego, lasciala stare, ti prego, ma con nessun risultato*". E ancora: *"quando mio padre picchiava mamma io scappavo sotto il letto e non volevo uscire, era il mio rifugio".*
La FdA contemporaneamente diventa fonte di paura o minaccia, e produce versioni incoerenti ed incompatibili di sé: "*mio padre era così, imprevedibile perché quando non te l'aspettavi ti dava un abbraccio, un bacio"; "mia madre era molto musona, volubile, imprevedibile e incostante, e io l'avevo capito e la lasciavo stare perché se tu le dicevi qualcosa, lei se la prendeva e non ti parlava".* L'imprevedibilità del caregiver disorganizza i processi psichici ed il comportamento del bambino. In nessun modo, l'architettura innata del bambino potrà decodificare questi segnali emotivi incoerenti della FdA: *"io ascoltavo mamma, osservavo come si comportava, e mi adeguavo a questo modello di comportamento".* La stessa incoerenza viene agita nei rapporti con l'esterno: *"mamma mi diceva che nonostante le violenze subite da questa insegnante che sono state grosse, io questa insegnante la andavo a trovare, le portavo i fiori... io andavo da lei l'abbracciavo e mia madre mi diceva: ma perché fai così? Questa ti maltratta, ti picchia ...".*
Laddove una figura di cura ha manifestato una specifica difficoltà a prestare un'at-

Il sistema dell'attaccamento è su base innata, e opera, quindi, molto prima che il soggetto possa utilizzare strutture cognitive complesse, idee e concetti che l'aiutino a interagire con l'ambiente. Per A. Shore, la relazione madre-bambino «agisce come modello per improntare i circuiti del cervello destro del bambino, responsabile del trattamento delle informazioni». L'emisfero corticale destro, sviluppandosi e divenendo maturo prima di quello sinistro, conserva l'impronta definitiva e per tutta la vita delle prime esperienze affettive.

la dissociazione è certamente uno dei meccanismi più arcaici e immediatamente disponibili cui l'essere umano può ricorrere sin dalle prime fasi dello sviluppo per preservarsi dalla minaccia di disgregazione psichica. La dissociazione è il risultato di un'istintiva risposta di sopravvivenza, ed è una delle possibili risposte al trauma. In molti casi, la dissociazione può risultare "vantaggiosa" durante gravi condizioni di minaccia fisica o psicologica dell'individuo, ma tale processo a lungo termine può condurre a forme di adattamento patologico.

tenzione flessibile agli stati affettivi del figlio, bloccando sul nascere la capacità di modulare e regolare gli affetti, l'*Adult Attachment Interview* ha dimostrato che la FdA ha sviluppato una condizione mentale di dissociazione in rapporto ai propri traumi o alle proprie esperienze di perdita non elaborati. Sembrerebbe che la perdita e il trauma irrisolto del genitore, portino a gravi distonie e comportamenti suscettibili di spaventare il bambino (Main e Hesse, 1990). Ancor più forte è la correlazione tra DA nel bambino e stati mentali del caregiver caratterizzati da ostilità e impotenza, ovvero dalla forte tendenza ad abdicare le funzioni di accudimento (Solomon, Georger 2011): "*Quando ero piccola, la prima sorella si sentiva che doveva gestire lei tutta la situazione. Si sentiva più materna, lei faceva la mamma e quindi ci doveva controllare un po' tutte …*".
Alla luce del fatto che molte madri hanno sofferto in prima persona di traumi irrisolti, l'imprinting spazio-temporale del terrore e della dissociazione rappresentano un meccanismo primario per la trasmissione transegerazionale del trauma (Schore, 2000). Attraverso l'espressione degli affetti e la qualità del legame di attaccamento vi è una trasmissione inconsapevole lungo le generazioni.
Dalla storia della famiglia d'origine apprendiamo che il padre della paziente è stato cresciuto da una madre vedova, descritta come una persona molto rigida "*nonna maresciallo*", che a sua volta era *"costretta a punirlo spesso perché era un bambino senza regole e senza orari";* mentre la madre della paziente è stata abbandonata dal padre all'età di 5-6 anni, per cui sua madre è stata costretta a dipendere dalla mamma, una donna violenta che picchiava spesso la madre della paziente: "*Mia madre veniva picchiata da sua madre. Lei diceva: ho avuto una famiglia particolare".*

Orticaria come rappresentazione della difesa dissociativa

Tra le operazioni difensive che la mente umana può mettere in atto per contrastare il dolore, la dissociazione è certamente uno dei meccanismi più arcaici e immediatamente disponibili cui l'essere umano può ricorrere sin dalle prime fasi dello sviluppo per preservarsi dalla minaccia di disgregazione psichica. La dissociazione è il risultato di un'istintiva risposta di sopravvivenza, ed è una delle possibili risposte al trauma. Parecchie teorie indicano che in molti casi, la dissociazione può risultare "vantaggiosa" durante gravi condizioni di minaccia fisica o psicologica dell' individuo, ma tale processo a lungo termine può condurre a forme di adattamento patologico. In tal senso, uno dei "vantaggi": *"io devo stare a casa di mia sorella* (medico) *per questo motivo, perché se mi succede qualcosa durante la notte, ho paura di rimanere soffocata. Però se resto sola a casa ho questa paura… non mi sopporto. Ci sono dei momenti in cui ci sono degli attacchi di paura che mi possa succedere qualcosa, io ce li ho e io mi faccio davvero così (piccola)… Ho una soglia di dolore molto bassa, io col dolore vado subito al farmaco, sono farmaco-dipendente".*
Ogden (1994) utilizza l'espressione di posizione autistico-contigua, per descrivere un'esperienza dissociativa a matrice sensoriale, che permette al soggetto di sottrarsi transitoriamente alle ansie e alle tensioni della sua esperienza psichica, nonché di trovare una forma di rifugio per mezzo della quale isolarsi temporaneamente dalla realtà delle esperienze relazionali. Una rappresentazione di tale concetto viene esemplificata dalle parole: "*Io ho questa visione: quando i miei familiari urlano, io cerco di esprimermi ma mentre parlo c'è una campana di vetro trasparente intorno a me, è come se mi trovassi in una stanza insonorizzata. Loro fanno di tutto per essere invalidanti su di me, urlano, strepitano, io resto sotto la campana e me ne vado"*. Ma l'uso eccessivo e rigido di queste esperienze sensoriali alternative allo stato di coscienza ordinario, portano col tempo ad un impoverimento grave del mondo oggettuale interno e della vita relazionale in genere: "*Io sono sola, io non vado d'accordo con le mie sorelle, non ho un'amica, ho pochi punti di riferimento, non ho una vita sociale".*
I pazienti con disturbi legati a traumi complessi, sono caratterizzati da una divisione della loro personalità in parti tra loro differenti e mal comunicanti. In seguito alla formazione di una o più parti che veicolano le emozioni disturbanti, si verifica una condizione tale per cui all'interno dell'individuo nascono meccanismi di evitamento, che portano all'istaurarsi di vere e proprie fobie.
La persona, quindi, sviluppa strategie dissociative di evitamento fobico di determinati stimoli volte ad evitare l'attivazione di stati mentali, che non sarebbe in grado di regolare (Mosquera et al. 2011). Una delle condotte di evitamento messe in atto

dalla paziente, si evidenzia in uno degli episodi raccontati in seduta: "*quando ci riuniamo con le mie sorelle, io mi alzo e faccio altro, loro mi chiamano ed io faccio altro. Sì io scappo, me ne vorrei proprio andare… vorrei non averci niente a che fare".* Attraverso un meccanismo di mantenimento fobico, la dissociazione strutturale acquista un valore adattivo, in condizioni di cronica carenza dell'energia ed efficienza mentale utili a integrare le esperienze traumatiche: prima di tutto fobie per gli stati mentali (fobie delle emozioni), poi per le parti deputate a trattenere il ricordo traumatico (fobia per le e tra le parti ANP e EP), e infine fobie per i ricordi traumatici in sé.

Trattamento

La paziente è in terapia da Luglio 2012. L'ultima seduta risale a Dicembre 2012; abbiamo assistito ad una remissione completa del sintomo dal mese di Ottobre. Le sedute sono state a cadenza settimanale.
Dopo una prima fase di psicoeducazione tra il sintomo e la sua storia familiare, siamo passati a lavorare su quello che ruota attorno alla malattia: significati, punizioni e senso di colpa. Abbiamo poi indagato i fattori di mantenimento, tra cui i vantaggi secondari della malattia, e quali sono le cose che evita quando ha il sintomo.
Abbiamo individuato i Target su cui lavorare.
Elenco dei Target:
"*quando mio padre è andato a scuola, la maestra ha detto che non studiavo e tornata a casa mio padre mi ha chiusa in una stanza , mi ha spogliata e mi ha preso a cinghiate e mia madre era fuori dalla stanza che piangeva.*"
"*mio padre e mia madre che mi costringevano a scrivere con la destra … ho questa immagine in cui loro mi tengono questa mano destra con uno spago, e con qualcosa di appuntito mi fanno uscire queste gocce di sangue dalla mano, io ce l'ho proprio vivo questo ricordo";*
"io avevo paura di mio padre… a 20 anni mi sono fatta la pipì addosso perché non avevo messo l'acqua nella macchina e ho avuto paura che papà avesse una reazione sproporzionata";
"mio padre, pochi anni prima di morire, mi ha tirato uno schiaffo (la paziente aveva 42 anni)".
Seguendo il piano terapeutico si è passati ad elaborare i fattori scatenanti attuali**.**
Target:
la paziente mentre sta lavando i piatti per sfuggire al confronto dialettico con le sorelle quando discutono chi di loro deve pagare l'assicurazione della macchina (è intestata alla paziente ma la guida una delle sorelle).
La convivenza forzata con la sorella (per paura di stare da sola a casa) diventa un ulteriore fattore scatenante:
i suoi nipoti mettono disordine dopo che lei si è occupata di riassettare la casa e non pensano a tutto il lavoro che lei ha svolto.
Attraverso lo scenario futuro abbiamo individuato e installato le risorse. Abbiamo installato come risorsa la figura di Gandhi, per la proprietà di linguaggio senza violenza fisica e di Madre Teresa perché sapeva aiutare i poveri.

Note conclusive

Il processo terapeutico agisce sulle impronte neurobiologiche, favorendo la disattivazione delle vecchie procedure patogene e cessando di riprodurle. Indagando sulle relazioni di attaccamento si propongono nuove esperienze costruttive, trasformatrici del modello di attaccamento disorganizzato/insicuro ereditato dalla storia della paziente. Nel setting terapeutico, abbiamo avviato l'incontro con il sé preverbale, non perdendo di vista la teoria della dissociazione strutturale; successivamente le sue esperienze traumatiche, i fattori di mantenimento e i vantaggi secondari della malattia sono stati tradotti in ricordi ed elaborati attraverso l'EMDR. Per finire abbiamo concluso con l'installazione di risorse.
Riportiamo le parole della paziente in una delle ultime sedute del trattamento: «In questo momento io sto entrando nella mia isola dove mi sento tranquilla, allora camminando su questa isola a piedi scalzi sento questa tensione che va scemando pian piano, dove io ho quest'aspetto pieno di dolore e di rabbia, perché non riesco

Indagando sulle relazioni di attaccamento si propongono nuove esperienze costruttive, trasformatrici del modello di attaccamento disorganizzato/ insicuro ereditato dalla storia della paziente. Nel setting terapeutico, viene avviato l'incontro con il sé preverbale, non perdendo di vista la teoria della dissociazione strutturale; successivamente le esperienze traumatiche, i fattori di mantenimento e i vantaggi secondari della malattia sono tradotti in ricordi ed elaborati attraverso l'EMDR. Si conclude con l'installazione di risorse.

a difendermi, però camminando riesco a liberarmi da questa paura, rabbia e riesco a dire a me stessa: Io sono forte e quindi ce la posso fare... e quella sensazione di chiusura e tensione, che parte dalla testa ai piedi, se ne va, come una pelle ... come il serpente che cambia la pelle...».

*Dott.ssa Angela Funaro - Psicoterapeuta
**Dott.ssa Stefania Alfano – Psicoterapeuta
***Dott.ssa Iolanda Martino - Psicoterapeuta

BIBLIOGRAFIA

Albanese F., Marazziti D., (2005) La disorganizzazione dell'attaccamento: implicazioni cliniche, *Psichiatria e Psicoterapia 24,2-1*.
American Psychiatric Association, (2009) Trad.It. *DSM-IV TR manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano .
Anzieu D., (1987), *L'Io-pelle*, Borla, Roma.
Bowlby J. (1969) *Attaccamento e perdita, vol. 1*, Trad. it. , Boringhieri, Torino, 1974.
Boszormenyi-Nagy I., Spark G.M, (1988) *Lealtà Invisibili*, Astrolabio, Roma.
Caretti V., Craparo G., (2008) *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*, Astrolabio, Roma.
Ciulla S., Caretti V., (2012) *Trauma, dissociazione, disregolazione, dipendenza,* Psichiatria e Psicoterapia (2012) 31, 2, 101-119.
Farina B, Liotti G (2011) *Dimensione dissociativa e trauma dello sviluppo*. *Cognitivismo clinico* 8, 1, 3- 17.
Liotti G, Farina B., (2011) *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
Mosquera D, Gonzales A, van der Hart O (2011). Borderline personality disorder, childhood trauma and structural dissociation of the personality. *Persona* 11, 1, 44-73.
Nijenhuis Ellert R.S, (2007), *La Dissociazione Somatoforme*, Casa Editrice Astrolabio, Roma.
Shore Allan N.,(2008) *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*, Casa Editrice Astrolabio, Roma.
Solano L., (2011), *Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute.* Cortina editore, Milano.
Tonella G., (2010), *Una memoria per il corpo*, Corpo Narrante, Rivista online dell'I.I.F.A.B., Istituto Italiano di Formazione in Analisi Bioenergetica, N. 4, dicembre 2011.
Todarello O., Porcelli P. *Trattamenti in medicina psicosomatica. Psicoterapie, farmacoterapia e neuroscienze*. Franco Angeli Editore.
Van del Hart O, Steele K. e Nijenhuis Ellert R.S, (2011) *I fantasmi del sé*, Cortina Raffaello, Milano.

A new perspective of intervention in somatoform disorders

Somatic diseases are those that most express the most archaic defense mechanisms through a direct expression of psychic disorders in the body. The defensive capabilities tend to ward off unacceptable and unpredictable psychic contents at the cost of harming your body. There are no symbolic representations capable of mentalizing psychological distress: emotions that are too painful to be lived and felt, although present, are not perceived and recorded. This article aims to address a new perspective of intervention in somatoform disorders. Recent studies (Farina et al., Nijenhuis, 2009) have shown that patients with certain types of somatoform disorders have high scores on scales measuring dissociation. The use of dissociation as a defense mechanism occupies a central place in the process of immediate management of trauma. By dissociating, the person creates a mental refuge from the fear and pain evoked by a traumatic event. Referring to the theories of 'attachment' and structural dissociation, and using the EMDR treatment, we came to the resolution of a complex case, rapidly and effectively. This article considers the case of a patient recovering from trauma through a long process of psychotherapy (lasting 10 years) with a constant use of psychotropic drugs.

Keywords: Somatoform Disorder, Urticaria, structural dissociation, disorganized attachment, EMDR treatment.

link

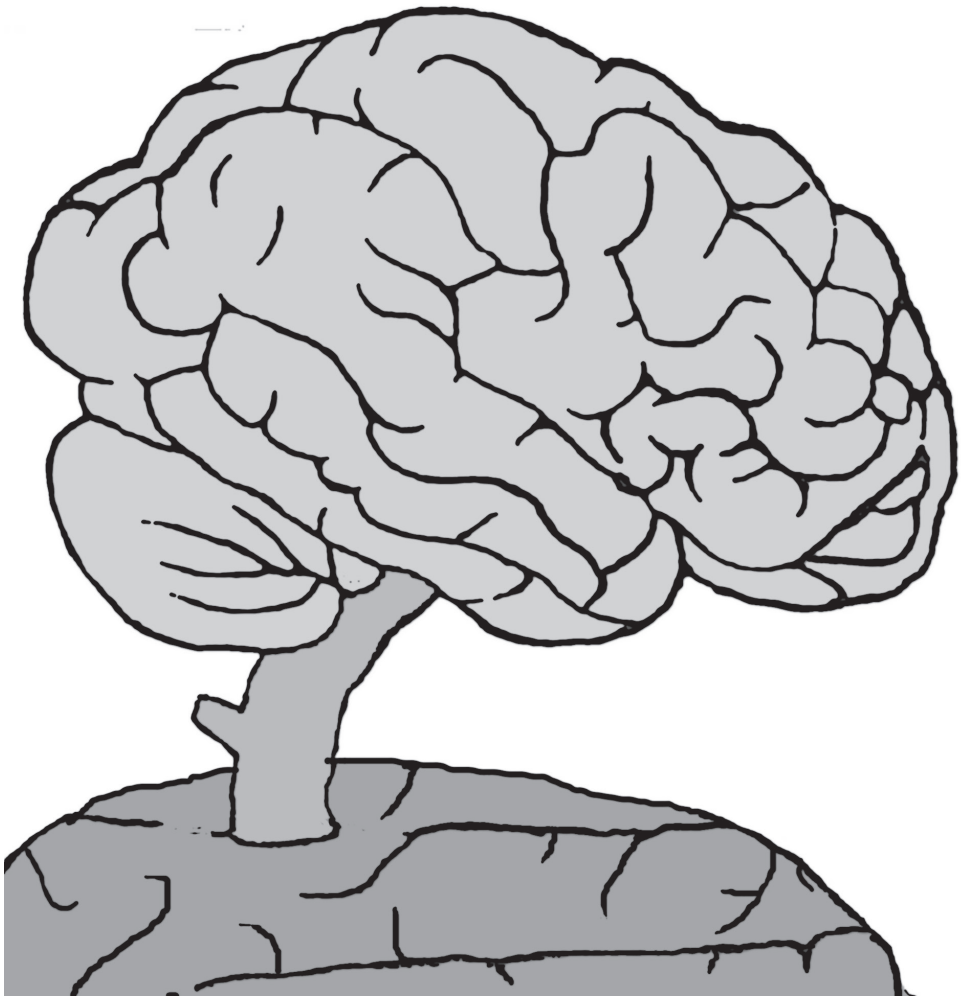
società

Un modello per la prevenzione del disagio giovanile, la riorganizzazione dello schema corporeo nel caso di disabilità e per vivere l'integrazione: ecologia della mente e dello sport

GIOVANNI LODETTI E ALESSANDRA COVA

Rassegna scientifica sul trattamento della depressione post-partum: il ruolo dello psicologo

MARTA OSTINELLI, FRANCESCA CAMARDA



Un modello per la prevenzione del disagio giovanile, la riorganizzazione dello schema corporeo nel caso di disabilità e per vivere l'integrazione: ecologia della mente e dello sport

Nell'ultimo ventennio del secolo scorso inizia un percorso clinico destinato a dar la luce a una nuova disciplina, la Psicologia Clinica dello Sport, il cui riconoscimento a livello scientifico internazionale avviene nel 2007 durante il XI Congresso Europeo di Psicologia di Praga, e alla conseguente nascita del suo modello applicativo "Ecologia della mente e dello sport"©.

GIOVANNI LODETTI* E ALESSANDRA COVA**

I primi passi partono dalla definizione di griglie di osservazione clinica applicate allo sport, in particolare alla scherma, e dal'avvio del progetto "Sugli aspetti psicoanalitici dell'attività sportiva", fortemente voluto dal Prof. Carlo Ravasini all'epoca titolare della cattedra di Psicologia Clinica dell'Istituto di Psicologia della Facoltà di Medicina.
La definizione di psicologia clinica più aderente alle problematiche trattate è espressa molto bene dalle parole del prof. Ravasini stesso:

"*quella disciplina che si propone di studiare ed insegnare, verificandoli continuamente sul campo, gli aspetti psicologici delle dinamiche e delle transazioni emotive che si attuano nel rapporto interpersonale per cui la persona di cui l'operatore si occupa non va vista solo come essere umano che soffre di una malattia, di una condizione scolastica o lavorativa sfavorevole, e così via, ma come una personalità globale inserita in una trama di rapporti familiari, lavorativi, sociali, fra cui non va dimenticato il rapporto con l'operatore stesso. Il rapporto fra l'operatore psicologico e il suo cliente è anzi spesso l'argomento privilegiato della psicologia clinica*".

Ravasini ribadisce anche che la psicologia clinica è soprattutto:

"...la ricerca e lo studio delle sue fonti culturali, la verifica del suo strumentario tecnico della sua legittimazione scientifica, della sua verifica pratica nei vari settori di applicazione ed intervento (diagnostico, counseling, terapeutico, sociosanitario, scolastico, giuridico, lavorativo)".

Il primo progetto di studio si muove dunque su premesse ben definite che riguardano la dimensione operativa, l'utilizzo di strumenti di clinica psicodinamica-analitica, i meccanismi di difesa, il tutto applicato al setting ludo sportivo privilegiando all'inizio l'età della latenza per poi, negli anni successivi, allargare il focus all'età pre adolescenziale, adolescenziale e adulta e alle diverse abilità per un percorso di integrazione olistica della persona.
Le radici di questa ipotesi trovano riscontro anche nel pensiero di M.Klein che notò

come il gioco infantile poteva rappresentare simbolicamente le angosce e le fantasie del bambino.
Notò inoltre che i bambini piccoli, sollecitati dall'angoscia, cercavano di scindere i loro oggetti e i loro sentimenti sfrozandosi di trattenere i sentimenti piacevoli e introiettare gli oggetti buoni e di espellere gli oggetti cattivi proiettando i sentimenti spiacevoli; richiamò l'attenzione sull'importanza della scissione, dell'interazione, della proiezione meccanismi che notò attivissimi in bambini molto piccoli.
Non va poi dimenticata, come parte agente nella dinamica progettuale, la funzione della fantasia e il suo aspetto difensivo da tenere in debito conto: è una difesa verso la realtà esterna della deprivazione e non solo.
La fantasia non soltanto evita la frustrazione e il riconoscimento di una realtà spiacevole ma permette di difendere se stessi contro la realtà della propria rabbia e della propria forma, cioè contro la propria realtà interna e nel gioco la fantasia viene agita spontaneamente.

Il progetto "Sugli aspetti psicoanalitici dell'attività sportiva" inizia i suoi primi passi coinvolgendo alcune strutture scolastiche del Comune di Desio e del Comune di Milano e integrando nella équipe multidisciplinare che opera sul progetto anche gli educatori e altri operatori sul campo, debitamente formati preventivamente affinchè condividessero il pensiero e il linguaggio comune.
I risultati vengono pubblicati nel saggio "Aspetti psiconalitici dell'attività sportiva." pubblicato nel 1989 con prefazione di Marcello Cesa-Binachi, all'epoca Direttore dell'Istituto di Psicologia.

L'importanza dell'utilizzo dello sport come strumento di intervento non è un'ipotesi nuova perché affonda le radici nel concetto di gioco e di sport attraverso i secoli.
Se all'inizio il bambino gioca spontaneamente, con il crescere il gioco spontaneo può essere sostituito dallo sport, gioco sportivo con regole strutturate.
A questo proposito è importante ricordare le parole di Callois:

«il gioco come lo sport è un'occupazione svolta in generale entro precisi limiti di tempo e di luogo. C'è uno spazio gioco a seconda dei casi... Occorre un costante e imprevedibile rinnovamento della situazione, come avviene nella scherma o nel gioco del calcio, nel tennis ad ogni rinvio di palla, negli scacchi ogni volta che uno degli avversari muove un pezzo. Il gioco consiste nella necessità di trovare, di inventare immediatamente una risposta che è "libera nei limiti delle regole". Inoltre gli uomini mimano attraverso il gioco le occupazioni corporee e anche morali in cui la vita moderna li obbliga a rinunciare».
Interessante è ricordare che Schilling in un suo studio ha classificato le varie tipologie di sport in base a caratteristiche ben precise che formano il substrato comune indipendentemente dalle regole del singolo sport. La sua classificazione ha suddiviso gli sport in: aggressivi diretti con contatto fisico (rugby, hockey su ghiaccio, sport vari di combattimento), ritualizzati (pallavolo, basket, scherma), indiretti senza contatto (ginastica, pattinaggio artistico).

La prima disciplina sportiva analizzata dal progetto è stata, come anticipato, la disciplina schermistica, in quanto setting privilegiato che pone i due componenti uno contro l'altro e dove il contatto diretto è mediato da un prolungamento del Sé: rappresentato dall'arma.
Le interazioni che un soggetto deve avere nei confronti dell'altro sono estremamente dirette perché ogni movimento è portato verso un altro individuo e anche il non agire è interpretato come gesto.
In altre parole non esiste un qualcosa che sia un "non comportamento" o per dirla anche più semplicemente non è possibile non avere un comportamento. Da qui la relazione tra gesti atletici della disciplina e meccanismi di difesa.
La psicologia clinica dello sport prende forma e si propone come disciplina adatta per effettuare analisi comportamentale e per individuare il più precocemente possibile i soggetti che potrebbero in seguito manifestare comportamenti problematici nel rapporto con se stessi e/o con gli altri.

Erickson ricorda che :
«I meccanismi di difesa probabilmente non sono predisposti solo per contenere le

Schilling in un suo studio ha classificato le varie tipologie di sport in base a caratteristiche ben precise che formano il substrato comune indipendentemente dalle regole del singolo sport. La sua classificazione ha suddiviso gli sport in: aggressivi diretti con contatto fisico (rugby, hockey su ghiaccio, sport vari di combattimento), ritualizzati (pallavolo, basket, scherma), indiretti senza contatto (ginastica, pattinaggio artistico).

Va ricordato che il percorso di riabilitazione non contempla solo gli aspetti fisici e sanitari: bisogna riconoscere se stessi ed acquisire un nuovo senso di realtà. Durante il percorso inizia a maturare la consapevolezza della propria autonomia e del nuovo schema corporeo con il fine ultimo di gestire la quotidianità nel modo più indipendente possibile.

spinte istintuali del singolo ma, dove riescono a funzionare relativamente bene, vengono condivisi ed integrati come parte della interazione ritualizzata di individui e famiglie, come di più ampi gruppi sociali. I meccanismi di difesa possono essere condivisi da altri ed assumere un valore ecologico nelle esperienze di vita delle persone che hanno rapporti in comune nella vita sociale».

Sposando questo punto di vista il gruppo schermistico sportivo diventa un gruppo che condivide un linguaggio comune e la gestione ritualizzata delle situazioni tramite l'attuazione di meccanismi di difesa secondari.
Diventa, se praticata attraverso la lettura clinica e quindi assicurando la ripetibilità della lettura, palestra per l'affinamento dei meccanismi di difesa attraverso la lettura dei mutamenti stessi all'interno dei gruppi e la maggior distribuzione di tale meccanismi da parte del praticante.
Va inoltre sottolineato l'impegno profuso per sdoganare il termine "clinico" da una connotazione legata al concetto di malattia.
"Clinico" nell'ambito della psicologia clinica dello sport sta ad indicare l'oggettività delle osservazioni effettuate e dell'analisi dei dati raccolti; è da interpretarsi inoltre come garanzia di ripetibilità.
Siamo quindi ben lontani da un concetto di malattia.
Dai primi pioneristici passi si è sviluppato un percorso che ha portato alla realizzazione di un modello applicativo della psicologia clinica dello sport denominato "Ecologia della mente e dello sport"©.
Tra le tappe principali di questo cammino, costellato da numerosi progetti volti alla gestione del disagio evolutivo, pre-adolescenziale e adolescenziale, nonché alla proposta di un approccio alla disabilità che preveda la completa integrazione della persona nel tessuto sociale, vale la pena ricordare il progetto "Campus" caratterizzato dall'attivazione di un luogo polisportivo per la pratica dell'attività sportiva, ricreativa, didattica, preventiva al disagio giovanile nelle ore scolastiche e pomeridiane per le scuole di ordine primario e secondario del Comune di Desio.

Nel 1994 il convegno "Sport ed educazione giovanile", tenutosi a Milano presso il Palazzo Sormani, ha messo a confronto i massimi esperti italiani delle discipline psicologiche e psichiatriche sui dati delle ricerche svolte e sui modelli di prevenzione applicatati sul territorio.
Il 1994 rappresenta anche l'anno in cui nasce A.I.P.P.S., Associazione Internazionale di Psicologia e Psicoanalisi dello Sport, la cui presidenza onoraria è affidata al Prof. Carlo Ravasini mentre Presidente è il M° Marcello Lodetti e la Direzione Scientifica viene affidata al dr. Giovanni Lodetti.

Nel 1996 le ricerche fin qui condotte da A.I.P.P.S. sono pubblicate in seno al 1° World Council of Psychoteraphy a Vienna. È la prima volta che sono esposte in sede plenaria ed internazionale le tipologie della scienza clinica psicologica applicata allo sport.
Il percorso della novella disciplina scientifica, forte dei primi risultati raggiunti attraverso il primo prototipo e il conseguente progetto "Campus" riproposto sul territorio per un intero quinquennio (1988-1992), punta ad ampliare l'orizzonte di intervento proponendosi come obiettivo l'integrazione olistica dei pazienti dell'Unità Spinale Unipolare dell' Azienda Ospedaliera Niguarda a Milano.
Siamo nei primi anni di questo secolo, precisamente nel 2005, quando A.I.P.P.S. (ormai onlus attiva sul territorio lombardo con mission di ricerca in campo clinico e di formazione di operatori sensibili al modello proposto) apre lo"Sportello di Psicologia Clinica dello Sport" presso l'unità Spinale H. Cà Granda di Milano con lo scopo di fornire informazioni e supporto ai pazienti e ai loro familiari su tutto quello che può facilitare il recupero dell'autonomia della persona e il suo reinserimento sociale: attività per il tempo libero, accessibilità e barriere architettoniche, promozione delle attività sportive, istruzione e formazione al lavoro delle persone paratetraplegiche, conoscenza delle leggi e dei diritti della persona con disabilità.
L'obiettivo è di orientare la persona con lesione midollare rispetto alla nuova condizione di vita e ai suoi nuovi diritti fornendo un supporto complessivo che possa aiutarla a ridefinire il proprio progetto di vita.
Va ricordato che il percorso di riabilitazione non contempla solo gli aspetti fisici e sanitari: bisogna riconoscere se stessi ed acquisire un nuovo senso di realtà.
Durante il percorso inizia a maturare la consapevolezza della propria autonomia e

del nuovo schema corporeo con il fine ultimo di gestire la quotidianità nel modo più indipendente possibile.
La riabilitazione viene affiancata dalla "Sport Terapia", due momenti importanti nella vita del paziente che possono essere gestiti da operatori con competenze differenti.
Il successo ottenuto è dato dal fatto che la scherma è un'attività sportiva con delle importanti connotazioni psicologiche dal punto di vista della gestione del sé e dell'altro, essendo uno sport *vis à vis* con contatto mediato dall'arma e fortemente caratterizzato dall'artefatto della maschera.
L'intervento dello psicologo viene reso il meno invasivo possibile riportandolo ad un intervento di setting sportivo dove vengono privilegiate le regole del gioco senza dimenticare di monitorare, attraverso strumenti di rilevazione, dati quali il signum grafico, ritestato attraverso altri test quali ad esempio il TAT, la lettura clinica del contesto e delle relazioni agite.

Per raggiungere gli obiettivi perseguiti dalla psicologia clinica dello sport, permettere a ogni persona coinvolta di trovare all'interno della pratica sportiva lo strumento principe per la riconquista di se stesso, della propria vita fisica, emotiva, psicologica e relazionale, è necessario un lavoro lungo composto da obiettivi a breve, medio e lungo termine in continuo monitoraggio e perfezionamento in base alle osservazioni ottenute durante il concreto svolgimento dell'attività sportiva e ai feedback offerti da tutte le persone coinvolte.
Il target della popolazione a cui si rivolge la psicologia clinica dello sport si amplia e coinvolge anche una fascia di età solitamente poco toccata dal mondo sportivo ma che in realtà coincide con il primo ingresso dei bambini nella vita sociale con l'avvio del percorso scolastico. Stiamo parlando della fascia di età compresa tra i tre e i sette anni, momento in cui spesso i piccoli entrano a far parte del sistema scolastico senza aver ancora maturato le necessarie competenze motorie, affettivo emotive per adattarsi alle richieste del percorso.
È in questo evento che spesso si manifestano così precocemente ADHD o disturbi di condotta di varia natura.
I bambini identificati come affetti da ADHD nei paesi anglosassoni sono solitamente tra i primi ad essere trattati con il RITALIN (psicofarmaco e stimolante centrale); la sfida da vincere è dimostrare che con l'uso dell'attività motoria e sportiva monitorata e classificata, tutto questo può essere arginato.
Nel 2006 viene avviata la "Ludoteca dello sport"©, prima nel suo genere e non solo in Europa, modello operativo che può porre un tassello importante per l'individuazione e la seguente prevenzione dei primi sintomi dei bambini iperattivi o con disturbi di condotta altrimenti specificati.
Il modello adottato dalla "Ludoteca dello Sport" opera nell'ottica di favorire l'apprendimento da parte del bambino della corretta gestione dello schema corporeo in tutte le sue dimensioni, aiutandolo a riconoscere le emozioni e i sentimenti provati nonché a gestire e canalizzare le spinte aggressive in modo consono al setting.
È grazie alla gestione delle metodologie di relazione e di comunicazione, alle regole del gioco e dello sport e ad una lettura clinica del movimento ed eventualmente del segno grafico, letto attraverso il disegno, attività spesso amata dal bambino, che si possono individuare forme di disagio che possono essere trattate e ben contenute per il benessere del bambino.
La ludoteca, ormai realtà presente sul territorio milanese da quasi dieci anni, si propone come luogo di monitoraggio attento a questi fenomeni di interazione fra il bambino e la società nel campo della educazione non solamente sportiva.
Il bambino che ha partecipato alla Ludoteca dello Sport ha maturato esperienze e conoscenze che si rivelano utili nel percorso scolastico sia nella acquisizione di competenze cognitive importanti e fondamentali per il percorso scolastico come la lettura e la scrittura, sia nella gestione dei ritmi imposti dall'attività scolastica imparando a dosare attenzione, concentrazione, memoria, gestione del tempo a seconda delle attività proposte.
Inoltre una forma adattata di Ludoteca dello Sport viene proposta nell'ambito dei POF, piani operativi di formazione, delle scuole primarie come strumento alternativo di sostegno ai bambini che per qualsiasi motivo si trovano nella condizione di essere classificati come portatori di bisogni educativi speciali (B.E.S.).
L'accesso alla ludoteca consente al bambino di prendere coscienza della sua situazione in modo reale e oggettivo, confrontandosi su un terreno pratico di gioco sportivo,

Per raggiungere gli obiettivi perseguiti dalla psicologia clinica dello sport – permettere a ogni persona coinvolta di trovare all'interno della pratica sportiva lo strumento principe per la riconquista di se stesso, della propria vita fisica, emotiva, psicologica e relazionale – è necessario un lavoro lungo composto da obiettivi a breve, medio e lungo termine in continuo monitoraggio e perfezionamento in base alle osservazioni ottenute durante il concreto svolgimento dell'attività sportiva e ai feedback offerti da tutte le persone coinvolte.

Il modello clinico di A.I.P.P.S., maturato negli anni grazie ai progetti avviati sul territorio, evidenzia che il concetto di prevenzione e di benessere è estendibile anche nei contesti lavorativi. Il benessere aziendale è evoluto nel tempo e la qualità dei processi comunicativi, la sostenibilità del lavoro, la chiarezza della strategia e degli obiettivi organizzativi, la valorizzazione delle competenze, la qualità dei sistemi di gestione del conflitto, la sicurezza fisica e la prevenzione del rischio psicosociale sono dimensioni che diventano importanti nella valutazione del benessere aziendale.

e di affinare gli strumenti necessari per procedere nel suo percorso scolastico attraverso l'apprendimento di regole di gioco, di relazione, di spazio tempo.
I continui feedback offerti e la proposta di obiettivi incrementali affina la fiducia nelle proprie risorse e accresce l'autostima.

Il modello clinico di A.I.P.P.S., (*Association International Psychologie et Psychanalyse du Sport*) maturato negli anni grazie ai progetti avviati sul territorio, evidenzia che il concetto di prevenzione e di benessere è estendibile anche nei contesti lavorativi.
Il benessere aziendale è evoluto nel tempo e la qualità dei processi comunicativi, la sostenibilità del lavoro, la chiarezza della strategia e degli obiettivi organizzativi, la valorizzazione delle competenze, la qualità dei sistemi di gestione del conflitto, la sicurezza fisica e la prevenzione del rischio psicosociale sono dimensioni che diventano importanti nella valutazione del benessere aziendale.
Il campo formativo, dalle micro-imprese alle grandi multinazionali, non si rivolge più ai corsi tradizionali di comunicazione o leadership ma ricerca brevi seminari informativi che spieghino i meccanismi di sviluppo dello stress, come riconoscerlo e come gestirlo, il funzionamento dei timori irrazionali e dei meccanismi di difesa agiti.
I meccanismi che contribuiscono a scatenare lo stress sul luogo di lavoro sono: le responsabilità connesse all'attività lavorativa, la gestione dei conflitti interpersonali, il carico di lavoro, le scadenze ravvicinate accentuate anche da clima di incertezza e precarietà che caratterizzano il mondo lavorativo odierno.
La pratica sportiva svolge un ruolo preventivo verso l'insorgere dello stress lavorativo e aiuta lo sviluppo delle varie competenze correlate all'attività lavorativa.
Il progetto Artù, proposto nel primo decennio di questo secolo e rivolto ai manager e basato sull'utilizzo della disciplina schermistica, mira a fornire ai partecipanti gli strumenti per identificare e utilizzare le energie rivolte alla gestione del cambiamento, della competitività e alla massimizzazione dell'efficienza..
Spazi, tempi, luoghi, caratteristiche dell'arma, l'assegnazione dei punteggi, l'obbligo dell'accettazione del risultato conducono ad un aspetto di misurazione contrattuale di grande fascino emotivo.
Inoltre è favorito lo sviluppo della consapevolezza e del rispetto delle regole, la socializzazione, la creatività, il mantenimento dell'attenzione, la costruzione del sé, la gestione del proprio sé corporeo, l'abilità nella gestione del conflitto.

Le sfide affrontate dalla psicologia clinica dello sport non si arrestano e nel 2010 al Convegno Annuale A.I.P.S. (Associazione Italiana Psicologia dello Sport) svoltosi a Verona, si sono presentati i risultati ottenuti con le persone ipovedenti.
Grazie alla sinergia creata con il Gruppo Sportivo Ipovedenti di Milano sono stati avviati alla pratica della disciplina sportiva un gruppo di atleti ipovedenti.
Alcuni correttivi tecnici sono ovviamente stati messi in atto per consentire alle persone di comprendere attraverso l'utilizzo degli altri sensi lo spazio-gioco.
La metodologia applicata procede per obiettivi successivi, senza indugiare in prima istanza troppo sul gesto tecnico nella sua purezza, affinché la persona si senta parte possibile del progetto ed impari a condividere un linguaggio comune.
L'acquisizione di una nuova dimensione percettiva viene guidata gradualmente senza mai superare i limiti dell'accettabilità del singolo.
Il modo di operare utilizzato dal modello "Ecologia della mente e dello Sport"© trova conferma in quanto sostenuto da Bateson nel suo libro "Verso un'ecologia della mente", nel saggio "Le categorie logiche dell'apprendimento e della comunicazione":

«Il passaggio dal livello zero al livello uno di apprendimento è costituito dalla comparsa del processo stocastico cioè del tentativo e dell'errore. Questo avviene quando una scelta che si è rivelata sbagliata viene sostituita da una scelta diversa.
Scelte sbagliate possono diventare errori vantaggiosi in quanto forniscono informazioni al soggetto e quindi contribuiscono all'aumento delle sue abilità. Ma perché questo apprendimento possa aver luogo è necessario ipotizzare un contesto ripetibile "senza l'ipotesi della ripetibilità del contesto(..) seguirebbe che l'apprendimento sarebbe di un solo tipo: precisamente sarebbe apprendimento zero» (1972, p. 314).

Nel 2013 viene stilato il "Manifesto della Psicologia Clinica dello Sport" che consacra la definizione del modello "Ecologia della mente e dello sport"© come modello di lavoro ormai ampliato ad una casistica varia e, soprattutto, integrata.

Parte importante del lavoro riveste la formazione di operatori in grado di applicare il modello nella sua interezza e la diffusione della conoscenza del modello stesso operata sul territorio scolastico lombardo grazie anche alla collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale Lombardo.
La dimensione integrativa della psicologia clinica dello sport, la sua capacità di adattare l'attività sportiva scelta alla possibile prestazione dei partecipanti, il suo procedere per obiettivi successivi ha trovato da un paio di anni applicazione anche presso il centro sportivo "Vismara" dell'Istituto Don Gnocchi di Milano, dove la scherma praticata con gli spadini di plastica, affascina ragazzini affetti da disabilità fisiche e mentali e dove, probabilmente uno dei primi esempi in Italia se non in Europa, tra gli operatori si annoverano anche soggetti disabili ormai completamente integrati nel tessuto sociale e a loro volta dispensatori di conoscenze.
Per i bambini del corso confrontarsi con persone affette da disabilità che sono state capaci di andare oltre lo stereotipo di disabile dipendente molto diffuso nella società ha un forte impatto emotivo in quanto rende loro concretamente possibile l'idea di "fare", oltre l'ostacolo della disabilità che viene vissuto come qualcosa di superabile.

La psicologia clinica dello sport, e di conseguenza il modello "Ecologia della mente e dello sport"©, sono realtà presenti sul territorio che cercano di diffondersi sempre più capillarmente per permettere ad ogni persona un percorso di crescita olistica nel pieno rispetto della singola individualità, nella consapevolezza che il limite, per essere gestito e commutato in un punto di forza, debba essere metabolizzato e affrontato.

* Presidente AIPPS, psicologo clinico dello sport, psicoterapeuta transazionale.
** Segreteria scientifica AIPPS, esperta età evolutiva e psicologia clinica dello sport.

BIBLIOGRAFIA

G. Lodetti, C. Ravasini, Aspetti psicoanalitici dell'attività sportiva" Ed. Ghedini, 1990.
G. Lodetti, C. Ravasini, Sport & Educazione Giovanile Riflessi psicologici e sociali", Ed. Ghedini, 1994.
G. Lodeti, C. Ravasini, Psychoanalitical aspects of Sport Activity: the DefenseMechanism, !st Congresso of WCP Vienna, 1996.
G. Lodetti, M. Lodetti, La Scherma tecnica, didattica, psicologia, Ed. Mursia, 1995 (riedizione 2003).
E. Crotti, L. Grechi, G. Lodetti, A. Magni, F. Pesenti "Metodo comparativo fra i meccanismi di difesa in campo sportivo e l'analisi della scrittura: confronto con i risultati delle osservazioni cliniche dirette, in "Sport ed educazione giovanile" 1995.
G. Lodetti K. Del Vento, La scherma nella scuola del 2000, ed. Meridiana, 2000.
A. Cova, G. Oldani, G. Lodetti, "AIPPS approach to ADHD: an intervention model alternative/complementary to the session and to the drugs. Sport practise as an intervention setting: Lodetti-AIPPS model and its pratical application", International Psycholgical Application Conference and Trends, Lisbon, Convegno InPact 2014.
A. Capoduro, A. Cova, G. Lodetti, How a clinical approach could transform sport psychology into a valid instrument towards disadvantage problems and well-being, Madrid, Convegno InPact 2013.
A. Cova, Strumenti pedagogici applicazioni: il segno grafico nella scherma, Atti convegno "Scherma e aspetti psicologici per Educatori e Maestri, Legnano 2010.
G. Lodetti, Clinic psychology in sports: Development and patterns applied to competitive sports activity. What will the future champion be like?, European Congresso f Psychology, Oslo 2009.
G. Bateson, Verso un'ecologia della mente, ed Adelphi 1976.
B. Whitte, M. Gilliand, I meccanismi di difesa, Astrolabio, 1977.
C. Ravasini, Introduzione alla psicologia clinica. Problemi di insegnamento, di ricerca, di applicazione, Franco Angeli, 1979.
G. Lodetti " Violenza e sport, una radice comune? "- Link - Rivista scientifica di psicologia. Dicembre 2002 pag 36-38. Organo quadrimestrale Fissp Federazione Società Scientifiche di Psicologia Anno 1 numero1.
G. Lodetti , G. Oldani, DDAI: Una proposta di affiancamento alla "seduta terapeutica" e alternativa all'intervento farmacologico:con la ludoteca dello sport.Rivista AIDAI Associazione Italiana Disturbi d'attenzione/iperattività. Dicembre 2010 Vol 6 n1 pag 61-68 Edizioni Erickson Trento ISSN 1827- 4366.

A model of the prevention of Juvenile disorders and for the reorganization of the body image in disabled people

The article provides a record of successful attempts to face disadvantage problems through sport practice as an intervention setting.

Il trattamento della depressione post-partum: il ruolo dello Psicologo

«Quando nasce un bambino, il mondo non è mai pronto» (W. Szymborska). Questo assunto è in contrasto con l'idea culturalmente diffusa che la gravidanza sia un evento connotato solo da emozioni positive come gioia e felicità. Questa immagine idealizzata della maternità, infatti, non tiene in considerazione il fatto che la nascita di un figlio non è sempre una strada in discesa: diventare madre può essere fonte di vissuti ambivalenti, che oscillano dalla fiducia nel futuro e nella realizzazione di un proprio progetto di vita e familiare alle preoccupazioni circa l'assunzione del ruolo materno e alla cura del proprio figlio

MARTA OSTINELLI*, FRANCESCA CAMARDA**

Secondo il censimento ISTAT, in Italia nel 2014 sono stati iscritti in anagrafe 502.596 bambini (ISTAT, 2014). Si stima che una percentuale collocabile tra il 70 e l'80% di queste neo-madri (Palumbo et al., 2015) sperimenti e manifesti sintomi associabili ad una depressione post-partum transitoria, che non necessariamente esita in un vero e proprio disturbo.
Una piccola ma significativa percentuale di donne, circa il 13% delle gravide assistite (Sèjournè et al., 2012), sviluppa entro il primo anno di vita del bambino una vera e propria sindrome depressiva, che prende il nome di "depressione post-partum".
Appare evidente come la maternità rappresenti una condizione psicologica specifica e non solo un processo fisico di competenza ostetrica. In questo quadro, è di grande importanza la valorizzazione e l'implementazione della presenza dello psicologo in un'equipe integrata, nei reparti ospedalieri di ginecologia ed ostetricia. L'importanza della figura professionale dello psicologo in tali contesti è stata sottolineata anche dalle linee guida per la salute mentale della donna in gravidanza e dopo il parto del *National Institute for Health and Care Excellence* (2015). Le linee guida degli USA, appena redatte dall'*US Preventive Services Task Force* (USPSTF, 2016), sottolineano l'importanza di cogliere precocemente i sintomi della depressione nelle donne incinte e nel periodo immediatamente successivo al parto attraverso l'impiego di specifici strumenti quali, ad esempio, la *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). Una dozzina di Stati americani, attualmente, ha leggi che incoraggiano la pratica dello screening, e il Sindaco di New York, Bill De Blasio, ha di recente annunciato la sua intenzione di introdurre lo screening universale per le donne incinte e nella fase post-partum come parte del normale servizio di assistenza sanitaria. Affrontare tale disagio in ospedale significa agire per tempo, impedendo il peggioramento, la cronicizzazione e la psichiatrizzazione della paziente. La presa in carico psicologica della madre ha, inoltre, effetto sulla qualità della sua relazione affettiva con il figlio.
Evidenze sperimentali mostrano, infatti, che i figli di donne con depressione post-partum presentano una compromissione delle competenze sociali, della regolazione emotiva, un incremento dell'emotività negativa e un alto livello di cortisolo (Feldman et al., 2003). Studi recenti hanno, inoltre, evidenziato le conseguenze degli stati emotivi materni, in particolare depressione e ansia, sullo sviluppo del sistema nervoso fetale e sullo sviluppo psicomotorio del bambino (Della Vedova, 2008).
La maternità rappresenta, così, un'occasione straordinaria di prevenzione se si considera che la risoluzione dei problemi della madre contribuisce a proteggere il nascituro dal riflesso di emozioni materne non elaborate, spesso causa di comportamenti inadeguati. L'intervento psicologico dovrebbe, inoltre, essere ad ampio raggio, prevedendo la presa in carico dell'intero nucleo familiare neo-costituito, attraverso il coinvolgimento attivo della figura paterna.

A fronte della depressione post-partum, è possibile prevedere interventi psicologici di varia natura: counselling, terapie individuali, interventi rivolti alla diade madre-bambino, alla coppia genitoriale e terapie di gruppo.
In letteratura è ampiamente dimostrata l'efficacia della psicoterapia nel trattamento della depressione post-partum; in particolare, da una rassegna sistematica (Dennis & Hodnett, 2007) sull'efficacia dei diversi interventi psicosociali e psicologici applicati nel campo della depressione post-partum, non emergono differenze significative sulle diverse metodologie adottate. L'intervento psicologico, indipendentemente dall'approccio utilizzato, si dimostra efficace nel migliorare la relazione madre-bambino e nel favorire l'elaborazione dei vissuti conflittuali legati alla maternità e ai cambiamenti che essa comporta.
La ricerca svolta da Cuijpers e collaboratori (Cujpers, Weitz, Karyotaki, Gerber & Andersson, 2015) ha permesso di concludere che l'intervento psicoterapeutico porta ad un decremento del livello di gravità della depressione nelle neo-madri, con un effetto positivo anche sulla salute mentale del bambino e sulla riduzione del distress paterno. Inoltre, alcune evidenze sottolineano l'efficacia della terapia di gruppo con neo-madri nella remissione dei sintomi depressivi (Chen et al., 2000; Mulchay et al., 2010).
Uno studio di Milgrom e Martin (2003), pur riconoscendo l'importanza della farmacoterapia nei casi più gravi, ha comparato l'efficacia di un trattamento psicoterapeutico rispetto ad un trattamento farmacologico per quanto riguarda la depressione post-partum, evidenziando come il primo ottenga risultati migliori nel lungo periodo; tali risultati sono stati confermati successivamente da una revisione sistematica (Leis et al., 2009).
L'efficacia della psicoterapia nel trattamento della depressione post-partum è stata recentemente comprovata da uno studio, finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dal Reparto di Salute Mentale del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS), presentato all'Istituto Superiore di Sanità nel Marzo 2015 (Palumbo, Mirabella, Gigantesco, Romano, Cascavilla, Del Re; Centro per il Bambino e la Famiglia, ASL di Bergamo; Policlinico Universitario Gemelli di Roma; Ospedale San Giovanni Calibita, Fatebenefratelli, Roma).
L'obiettivo del progetto era duplice: definire modalità di screening praticabili ed accettabili nella realtà italiana per individuare le donne a rischio di depressione post-partum e verificare l'efficacia dell'intervento psicologico. Lo screening ha riguardato 1558 donne a 6-12 settimane dopo il parto, e 110 di esse sono risultate positive per il rischio di depressione post-partum (7,1%). Circa il 60% di quest'ultime ha successivamente ricevuto il previsto trattamento psicologico. Gli esiti valutati a 6 mesi dalla fine del trattamento mostrano un miglioramento clinicamente rilevante per la maggioranza delle donne (73%).
Alla luce delle evidenze presenti in letteratura, si auspica che in Italia la figura professionale dello psicologo divenga una figura di riferimento, così come già avviene in altre realtà, nel trattamento ospedaliero della depressione post-partum, affinché le puerpere possano beneficiare di uno spazio di ascolto in un momento così delicato di cambiamento identitario verso il ruolo di madre.

*Psicologa.
**Psicologa.

A review of scientific studies on the treatment of post-partum depression: the role of the Psychologist

"When a child is born, the world is never ready" (W. Szymborska). This statement sounds contrary to the culturally widespread belief that pregnancy is marked by positive emotions and feelings. The idealized notion of maternity does not take into account the fact that the birth of a child may start a difficult and ambivalent process through which a woman takes on her role as a mother.
The article deals with the problem of the mother's post-partum depression, and highlights the importance of psychotherapy to help the mother and the new-born baby's family to adapt to their new identity.

link

riflessioni

Lo “stato mentale” del terapeuta. la “quota” processuale nella relazione psicoterapeutica: aspetti formativi, etici ed epistemologici

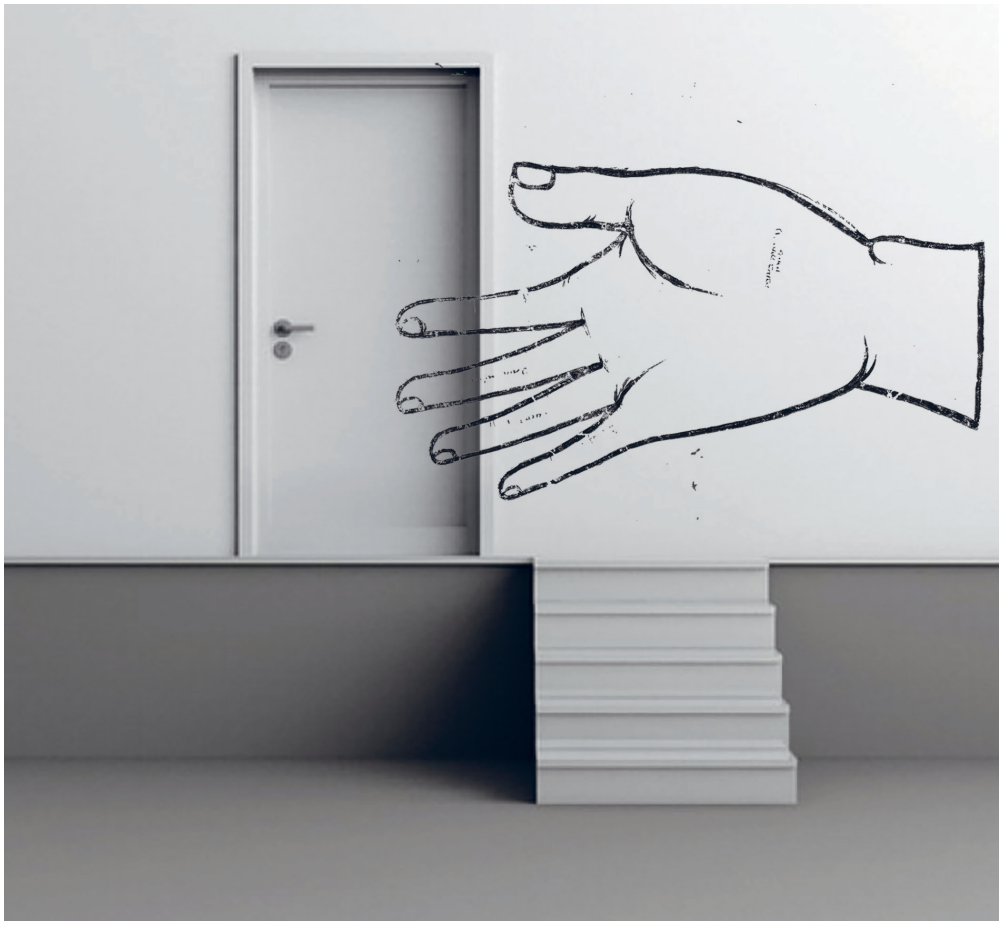
CATELLO PARMENTOLA

Attualità dell’ approccio centrato sulla persona di Carl Rogers

SEBASTIANO CIAVIRELLA

Il complesso di Ajase

GIOVANNI CAVADI



Lo "stato mentale" del terapeuta. La "quota" processuale nella relazione psicoterapeutica: aspetti formativi, etici ed epistemologici

L'articolo si compone di cinque parti: nella prima e nella seconda parte, a partire dai volumi *La psicoterapia attraverso Bateson* (Madonna, 2003) e *Il soggetto psicologo e l'oggetto della psicologia* (Parmentola, 2000), si affronta il tema della quota processuale all'interno della relazione terapeuta-paziente; nella terza parte vengono sottolineati quelli che sono i requisiti necessari per un ascolto psicologico adeguato e per un'azione non finalistica; nella quarta parte si parla della necessità di formare adeguatamente i giovani psicologi al fine di creare in loro uno stato mentale non finalistico; nell'ultima parte viene presentata una panoramica sull'etica della responsabilità per arrivare a una relazione terapeutica non finalistica.

CATELLO PARMENTOLA*

!. La quota processuale nel volume *La psicoterapia attraverso Bateson*

Un bel libro di Giovanni Madonna, *La psicoterapia attraverso Bateson* (Bollati Boringhieri, Torino 2003), impatta significativamente sul livello epistemologico della psicologia professionale.
La psicoterapia è considerata un'interazione fra i due livelli logici della *forma* (contratto, regole del setting) e del *processo* (l'interazione terapeutica), in cui il processo sia considerato non finalistico, largamente inconsapevole e caratterizzato dai linguaggi non finalistici. Conseguentemente, anche nel processo formativo, assumere e trasmettere tecniche, metodi, strumenti di intervento (affidarsi alla *conoscenza per coscienza*) non è sufficiente, anche se è necessario: è fondamentale anche coltivare la sensibilità a sentirsi parte di un tutto più ampio, la disposizione ad accedere alla *conoscenza per sensibilità*.
Ciò che manca è una Teoria dell'azione all'interno dei grandi sistemi complessi, dove l'agente attivo è (a sua volta) parte del sistema e ne è un prodotto (Madonna, 2003).
L'azione non deve essere precipitosa, arrogante, sottoposta al primato della coscienza e finalisticamente orientata a modificare il mondo fuori di sé. Essa, invece, come ci insegna lo Zen, va attesa come prodotto che nasce spontaneo in seguito all'esercizio paziente e alla disciplina. Non nasce dallo sforzo ma dall'assenza di sforzo: quando l'azione diventa spontanea, agire non consiste più nel decidere di fare qualcosa al fine di ottenere un certo scopo. L'azione diventa l'espressione non più di ciò che si vuole, ma di ciò che si è.
Per Whitaker, la psicoterapia consisteva nell'intervenire su una ferita semplicemente detergendone i tessuti, in modo che i suoi margini potessero, da soli, generare nuove cellule in grado di muovere l'una verso l'altra per raggiungersi e consentire la cicatrizzazione: dunque un'azione psicoterapica non invasiva, e rispettosa delle capacità d'autoregolazione e autoguarigione degli organismi; un'azione psicoterapica non

Mille nuovi psico-mestieri, incautamente immaginati fuori campo psicologico e senza psicologicità della relazione, perdono anche un altro nucleo della soggettività professionale dello psicologo: l'ascolto psicologico. La psicologia non può farsi senza psicologicità, perché ha, come Oggetto, il Soggetto (i Soggetti): in questo paradosso c'è la sua cifra. La psicologia non può essere oggettivata perché non può mai misconoscere il significato che un dato ha per il soggetto, e l'incidenza di tale soggettivo significato nella soggettiva economia intrapsichica.

sottoposta al primato della finalità estroversa (cosciente), ma che nasce spontanea in seguito all'esercizio e alla disciplina che sono espressione della finalità introversa. L'esercizio e la disciplina formano lo psicoterapeuta e fanno in modo che egli non applichi tecniche, ma sia terapeuta e curi l'altro attraverso l'incontro.
Nella psicoterapia, quindi, la forma è data dal contratto terapeutico e dalle regole di lavoro: all'interno di questa forma può svolgersi il processo terapeutico, con caratteristiche d'imprevedibilità, di non finalizzazione; esso si snoda fino a modificare la forma del rapporto fra le persone coinvolte.
Non perseguire fini consapevoli aiuta a riconoscere il carattere integrato del tutto di cui si fa parte, a cogliere la bellezza delle relazioni, aiuta a riconoscere il sé nell'altro. Ogni previsione degli effetti possibili sabota il processo di guarigione: *affinché certi eventi siano operanti, affinché determinati processi possano aver luogo, non bisogna essere coscienti della loro occorrenza, poiché ogni consapevolezza di tali eventi o processi li colloca in un quadro di intenzionalità che sospende i loro effetti*.

Quale stato mentale libera dalle informazioni della finalità cosciente e consente questa azione spontanea, non finalistica?
È una sorta di rilassamento-abbandono che consente di non interferire con i propri processi mentali?
Assomiglia a quella condizione, adatta a non programmare le sedute e a non pensare a due livelli?
Assomiglia a quella libertà di non pensare che Whitaker ha definito vegetare?
È connesso a quella condizione che, nella filosofia Zen, é favorita dalla meditazione e che consente di esserci, di essere pienamente nel presente?

E quali discipline e quali pratiche formative e professionali adottare per favorire lo stato mentale che consente l'azione spontanea?
E qual è la forma possibile della responsabilità del terapeuta in rapporto alla sua azione spontanea?
Forse una forma tacita di responsabilità con riferimento all'etica della limitazione dell'azione finalistica?
La dimensione soggettuale diventa centrale proprio perché, nella relazione psicoterapica, è più importante la quota processuale rispetto a quella formale.
Il mandato professionale è descritto dalla fantasmatica che porta il paziente e da come la stessa risuona nel terapeuta: la terapia "è fatta" dal gioco interpersonale.
Per questo non può esserci un buono psicologo senza psicologicità della relazione: contano soprattutto quei paradigmi e quei termini della vita interiore meno sondabili dal punto di vista formale.

2. La quota processuale nel volume *Il soggetto psicologo e l'oggetto della psicologia*

Il mondo discorsivo degli psicologi è una fragile costruzione di una tradizione che cerca un senso, interno ed esterno, alla singolarità individuale, emergendo da un mare inconscio estesissimo.
Cercare di iper-formalizzarlo del tutto, è solo sintomo di una disperazione epistemologica: un fare gli psicologi quando (perché) non si riesce ad esserlo, vendere oggetti professionali senza che si riconoscano più il soggetto professionale, il suo linguaggio, i nuclei identificativi e, soprattutto, una psicologicità della relazione.
Mille nuovi psico-mestieri, incautamente immaginati fuori campo psicologico e senza psicologicità della relazione, perdono anche un altro nucleo della soggettività professionale dello psicologo: l'ascolto psicologico.
La psicologia non può farsi senza psicologicità, perché ha, come Oggetto, il Soggetto (i Soggetti): in questo paradosso c'è la sua cifra. La psicologia non può essere oggettivata perché non può mai misconoscere il significato che un dato ha per il soggetto, e l'incidenza di tale soggettivo significato nella soggettiva economia intrapsichica.
La relazione psicologica è sensibile: è sagomata man mano dall'ascolto del mondo psichico che si offre come un fluire inesausto di senso. (Wittgenstein, 1978)
Non può essere predeterminata da un sapere formale che circoscrive l'illimitata possibilità di mondi... (Wittgenstein, 1978).
Sono, infatti, soggettivi, sia il significato di un dato che il significato della parola

per dirlo, dovuta, infatti, a disposizioni psichiche che trascendono il linguaggio. (Kant)
Senza un ascolto sensibile (psicologico) che discrimini e contestualizzi, il sapere formale avrebbe di fronte per sempre un mondo reso infinito dalla possibilità che racchiuda in sé interpretazioni infinite (Nietzsche).
La Psicologia non ha da imporre un proprio linguaggio formale determinato da un Oggetto: ha da muoversi invece tra i linguaggi (soggettivi) in cui la psiche già si dice. (Wittgenstein).
Non osserva il mondo da una precostituita nicchia scientifica: ha troppo da fare con il fuoco eracliteo che accende figure dell'anima. (Wittgenstein).
La psicologia non s'illude di incontrare i confini (burocratici) dell'anima, localizzati con procedure positiviste. (Eraclito).
…non vogliamo ridurre il presente semplicemente ad un risultato del passato, ridurre il passato ad una prova per il futuro. Vogliamo far tacere il rumore concettuale del gergo psicologico e creare, nello studio del terapeuta, un'atmosfera in cui i vari momenti ci parlino nei termini loro propri e noi rispondiamo nei nostri. La terapia diventa allora la disciplina del cercare di scoprire cosa sono quei termini, in ciascun caso, buttando via la diagnosi in favore dell'inventiva, terapeuta e paziente insieme, un linguaggio in comune adatto a questa particolare vita. Allora non stiamo cercando di scoprire e curare una malattia, stiamo cercando di inventare e parlare un linguaggio. È questa la cura: parlare alla vita e ascoltare la vita. E lo scopo non è che la vita guarisca, diventi normale, e nemmeno che cessino le sue sofferenze, ma che la vita diventi più se stessa, che sia più onesta con se stessa, sia più fedele al suo demone. (J. Hillman, 1993)
Questa citazione rimanda alla psicologicità della relazione, quando evoca l'atmosfera e la terapia che si fa man mano, parlando alla vita e ascoltando la vita, senza la supponenza finalistica di volerla guarire, di volere curare una malattia. Senza una psicologicità della relazione, non ci sarebbero l'atmosfera, la terapia che man mano fa se stessa, e l'ascolto della vita…

La psicologicità della relazione è, per questo, l'autentico oggetto professionale dello psicologo.
Ogni volta che la smarrisce, (facendo lo psicologo senza più esserlo), smarrendo il suo Oggetto, rischia quindi una deriva epistemologica, ma soprattutto tecnica.
Corre il rischio supremo di rimanere per sempre sull'argine, perduto in quei monologhi solitari della clinica sulla sua ragione scientifica. (Laing)
La psicologicità è, in gran parte, instaurata nella relazione dall'ascolto psicologico.
È, infatti, proprio il modo di ascoltare che nutre l'esercizio professionale dello psicologo, determinandone modulazioni e setting, fornendo oggetti alle sue risonanze, facendo l'atmosfera da un lato, consentendo di leggerla dall'altro.
È l'ascolto della fantasmatica evocata dal paziente che gli descrive il mandato professionale.

Da questo punto di vista forse, il (suo) modo d'ascolto è lo strumento fondamentale dello Psicologo (Soggetto) per perseguire (ricomporsi con) il suo Oggetto professionale (la psicologicità della relazione).
L'ascolto psicologico è una questione fondamentale non solo dal punto di vista epistemologico, bensì soprattutto dal punto di vista tecnico: in assenza di categorie precostituite, infatti, spesso per lo psicologo l'analisi stessa della domanda finisce col dovere essere considerata contestualmente il prodotto dell'intervento.
Solo una siffatta prospettiva affranca lo psicologo dal rischio di una ripetizione acritica delle regole, di setting accademici che non potrebbero mai intercettare quello che sta veramente accadendo.
Uno psicologo senza un ascolto psicologico sarebbe uno psicologo senza relazione psicologica: vivrebbe, in ultima analisi, la penosa condizione di **psicologo senza psicologia**.
Questo *psicologo senza*, applicando una tecnica, potrebbe ritrovarne un consolante senso solo in modelli che gli fornirebbero falsi obiettivi, come ad esempio una restituzione dell'integrità di tipo psichiatrico, fondata su una reversibilità del sintomo indipendente dal contesto e dal significato peculiare del rapporto tra individui, gruppi organizzati, modelli culturali e contesto.
Se lo psicologo, di contro, ascolta la motivazione della dinamica che porta a richiedere il suo intervento, non può che fondare la sua analisi su basi diverse.

La psicologicità della relazione è l'autentico oggetto professionale dello psicologo. Ogni volta che la smarrisce, (facendo lo psicologo senza più esserlo), smarrendo il suo Oggetto, rischia quindi una deriva epistemologica, ma soprattutto tecnica. Corre il rischio supremo di rimanere per sempre sull'argine, perduto in quei monologhi solitari della clinica sulla sua ragione scientifica. (Laing) La psicologicità è, in gran parte, instaurata nella relazione dall'ascolto psicologico.

La contemplazione non dovrebbe essere contemplativa in senso ideologico, poiché la clinica non è un esercizio estetico, ma non può neanche essere partecipata da giudizi, in quanto ciò che più conta è l'economia intrapsichica dell'Altro. Bisogna dunque maturare la complessa misura della propria calma, nell'ascoltare senza compiacimento il mondo psichico che si offre come un fluire inesausto di senso, senza finalistici tentativi di afferrarlo, circoscriverne le illimitate possibilità: calarsi in antichi Caos, senza né problemi né particolare agio.

Lo psicologo ha un oggetto professionale non definibile secondo categorie precostituite, caratterizzate da uno standard e deviazioni da quello standard che devono essere ridotte, bensì definibile soltanto in base alla domanda formulata e al com'è formulata, in base, in altre parole, a quello che abbiamo chiamato **contesto istituito**.

3. Uno "stato mentale" per l'azione non finalistica

Qual è lo stato mentale che può rendere possibile l'azione spontanea, non finalistica?
Consideriamo i requisiti dell'ascolto psicologico, al fine di valutarne gli stati mentali più coerenti.
La maggior parte di questi requisiti si maturano nel corso della vita professionale e della vita tout court, non sono apprendibili come un sapere formale. Sono perfino difficili da raccontare e proprio questa è la sfida epistemologica. Sono invece facili da rintracciare per ognuno nella pragmatica risonanza della propria esperienza.
Tra i requisiti c'è il senso strategico del tempo.
L'**ascolto paziente** rispetta *naturalmente* il tempo dell'emersione dell'Altro, si fa "dare il tempo" dal tempo del dirsi.
Un altro requisito dell'ascolto, la calma, è una dimensione qualitativa e non temporale, che sottende molte dimensioni ideologiche e affettive dell'ascolto, a partire dall'**accoglienza transigente**, il guardare senza chiedere, sapere contemplare senza essere contemplativi, partecipare senza essere reattivi...
La contemplazione non dovrebbe essere contemplativa in senso ideologico, poiché la clinica non è un esercizio estetico, ma non può neanche essere partecipata da giudizi, in quanto ciò che più conta è l'economia intrapsichica dell'Altro.
Bisogna dunque maturare la complessa misura della propria calma, nell'ascoltare senza compiacimento il mondo psichico che si offre come un fluire inesausto di senso, senza finalistici tentativi di afferrarlo, circoscriverne le illimitate possibilità: calarsi in antichi Caos, senza né problemi né particolare agio.
Un'ultima considerazione riguarda l'ascoltare storie che provengono da tutto il mondo e cambiano la prospettiva dello psicoterapeuta. Le possibilità di intervento sono più che mai, in questo momento, condizionate dalla capacità di comprendere e interpretare il mondo in cui si vive. (F. Ranieri, 2015)
Le parole per dirlo cambiano nel tempo e da soggetto a soggetto.
L'ascolto psicologico, per intercettarle con proprietà, deve possedere gli alfabeti del mondo, del proprio Tempo Sociale: deve essere un **ascolto largo** (... *non indipendente dal contesto e dal significato peculiare del rapporto tra individui, gruppi organizzati, modelli culturali e contesto*).
Inoltre, deve essere un ascolto denso di sottesi livelli paradigmatici, perché per certi sofisticatissimi passaggi dell'anima, non ci sono metafore abbastanza precise.
Abbiamo dunque bisogno di molta vita interiore, di molta evocazione personale, per raffrontare le esperienze e tradurre le parole nei precisi corrispettivi di sentimento, emozione...
Potremmo indicare questo requisito come il requisito dell'**ascolto sensibile**.
Questi due ultimi requisiti l'ascolto largo (del mondo, del proprio Tempo sociale) e l'ascolto sensibile (mediante paradigmi interiori) diventano uno, nel momento in cui il mondo si dice direttamente attraverso la psiche.
Allora la cultura del mondo e la sensibilità per l'Altro qualificano contestualmente l'ascolto psicologico, e il saper tradurre i molti diversi linguaggi del proprio tempo va già nella direzione di Wittgenstein: non imporre il proprio linguaggio, per muoversi tra i linguaggi in cui la psiche già si dice.
La forma del sapere psicologico genera problemi epistemologici non rimovibili, proprio perché si tratta di un sapere - consapere.
Lo psicologo è in gioco, nella mischia. Non osserva il mondo e non ascolta l'Altro da una quieta e precostituita nicchia scientifica: ha scelto di avere a che fare professionalmente con il fuoco eracliteo che accende figure dell'anima.
Anche quando deve puntare gli occhi sui sintomi nella loro costituzione schematica, non può mai lasciare in un'oscura insignificanza, i sottesi modi di significato, la soggettività portatrice di segni.
Ecco perché l'ascolto psicologico ha requisiti specifici e non è mai orientato da malintesi intendimenti pedagogici.

Riconoscere e accettare l'Altro come soggetto munito di volontà, presuppone rischiare se stesso -anche emotivamente, come soggetto- in una mischia personale, avendo però ovviamente elaborato il corretto posizionamento io - Altro, *un altro che non rappresenterà mai il mio riflesso*.
Il soggetto paziente porta le sue cose e il soggetto terapeuta gliele fa sentire, (la restituzione terapeutica), semplicemente gliele fa frequentare, gli consente di accedere da sé al contenuto di carenza e di ferita da simbolizzare.
L'io - l'Altro, il soggetto professionale e il soggetto ospite: la psicoterapia altro non è, non si pratica mai per conto terzi neanche quando sembra che sia così.
Pazienza, calma, accoglienza transigente, contemplazione non contemplativa, ascolto largo, ascolto sensibile, risuonamento, la *frequentazione* hillmaniana, ci rimandano al non finalistico, aiutandoci a qualificarne uno stato mentale coerente.
Integrano altre *rappresentazioni*: una sorta di rilassamento, di abbandono che consente di non interferire coi propri processi mentali; condizione adatta a non programmare le sedute e a non pensare a due livelli; libertà di non pensare (il vegetare di Whitaker); condizione meditativa che consente di esserci, di essere pienamente nel presente...

4. La formazione del giovane psicoterapeuta allo stato mentale non finalistico

In che modo si può formare il giovane psicoterapeuta a tale stato mentale?
La formazione (finalistica?) ad uno stato mentale è una contraddizione in termini, narrazione formalizzata dell'inenarrabile, quasi un paradosso...
La vita e la vita professionale non sono surrogabili; il tempo e l'esperienza non hanno scorciatoie. Si è formati soprattutto dagli errori: le frecce fuori bersaglio danno la misura del discostamento, consentendo di correggere la mira.
...la maggior parte di questi requisiti si maturano nel corso della vita professionale e della vita tout court, non sono apprendibili come un sapere formale.
Sono invece facili da rintracciare per ognuno nella paradigmatica risonanza della propria esperienza.
Se è la vita che forma, un processo può essere formativo solo se contiene anche la vita, se "è fatto" anche di vita.
Si è sempre dato per scontato che, per formare uno psicoterapeuta, fosse indispensabile formare anche la sua persona, il soggetto psicoterapeuta.
Tale formazione però, in qualche modo, è sempre stata formalizzata, in quanto solo la codificazione e la misurabilità consentono di estendere modelli ripetibili (gli *attraversamenti personali*, l'analisi didattica, anche la *profilassi esistenziale* prevista dalla formazione psicodinamica).
Ma può prevedersi un processo formativo che vada oltre il formalizzato, agìto nella relazione, come mischia vera che si fa esperienza, frequentazione hillmaniana, stare sulle cose, crescere sulle emozioni, anche sui vissuti e sulla loro comprensione, la soggettività dei meccanismi e della *poetica*?

Il carisma del formatore
È utile che una psicoterapia, almeno in parte, -nella sua quota processuale- ricada nel territorio del sacro, acquisisca o recuperi, insieme alla sacralità, una sua dimensione rituale?
In certe antiche monarchie orientali il rituale è un mediatore del carisma, ma è soprattutto in teologia che il carisma ha una sua interessante complessità.
Se uno stato mentale è formabile solo dalla vita reale, un processo è formativo solo in termini di vita reale. E come può il formatore porsi in termini di vita reale se non *accade* all'allievo come esperienza (anche emotiva?) che maturi la persona dell'allievo allo stesso modo di ogni altra esperienza di vita reale?
Nell'ambito di questo discorso, il carisma è molto centrato, perché va perfino oltre l'ovvia psicologicità della relazione (coerenza tra modo di comunicazione e particolare piano di relazione) e anche oltre l'ovvia empatia.
Il carisma è particolarmente centrato proprio per la sua complessità concettuale: la generosità del donatore, la sapienza del dono, la bellezza per chi lo riceve.
Il carisma non è però finalisticamente insegnabile (al formatore), poiché -in teologia- esso è espressione di ricchezza interiore e forza personale di origine trascendente.

Si è sempre dato per scontato che, per formare uno psicoterapeuta, fosse indispensabile formare anche la sua persona, il soggetto psicoterapeuta. Tale formazione però, in qualche modo, è sempre stata formalizzata, in quanto solo la codificazione e la misurabilità consentono di estendere modelli ripetibili (gli *attraversamenti personali*, ***l'analisi didattica, anche la*** *profilassi esistenziale* ***prevista dalla formazione psicodinamica).***

Un processo formativo dovrebbe prevedere anche piani non organizzati, pre-formali, *di vita* ***per l'appunto...***
Nei contesti formativi quindi, i piani relazionali potrebbero essere non solo l'oggetto di analisi fenomenologica, del racconto, della rappresentazione, del *lavoro*.
Potrebbero essere anche direttamente emancipanti e ricalibranti nell'economia del proprio processo formativo.
Dovrebbero insomma prevedere una significativa *quota didatta* ***della relazione e la relazione come un altro modo (carismatico) di frequentare tale quota.***

Un docente, tuttavia, se vuole anche *accadere come vita reale*, potrebbe avere più attenzione agli aspetti emozionanti della relazione didattica: agìre anche in quell'ambito il *proprio* stato mentale, incarnare l'esempio, fissare suggestioni iconografiche.
Dovrebbe insomma concentrarsi anche su tutto quanto interviene sul vissuto e non solo sulla dimensione cognitiva.
Al cospetto degli allievi, bisognerebbe considerare più spesso anche cosa vedono i loro occhi, quando guardano verso il didatta, e non solo quello che si sta loro dicendo (che sarebbe dicibile anche con del materiale didattico).
Il didatta invece non è mediabile in altro modo: la *responsabilità di sé* al loro cospetto, è la responsabilità maggiore.
Il *mito* del docente (mito inteso ovviamente solo in senso letterale, pensando *solo* all'importanza di caricare di simboli la narrazione, il discorso formativo) è il solo accadimento psicologico (vita reale): è di questo che i formatori dovrebbero avere più cura.
Come potrebbe d'altronde un docente formare alla quota processuale se non la sa nemmeno contemplare nelle proprie relazioni?

Relazione con il formatore come unità didattica: il carisma della relazione

La provocazione qui consiste nel capovolgimento concettuale dell'ovvia opportunità di inserire la relazione didattica in un'equilibrata relazione interpersonale, per beneficiare di tutti i rinforzi del caso.
L'ipotesi invece è che si inserisca la relazione interpersonale all'interno della relazione didattica, non solo in termini di briefing sistemico come si fa nella gruppo-analisi e un po' in tutti i gruppi dei work-shop formativi (descrizione dei propri vissuti, analisi delle dinamiche ecc.).
Si pensa proprio a relazioni che incarnino modelli, stati mentali frequentati e mutuati -nell'economia lunga delle relazioni- allo stesso modo dei contenuti tecnico-professionali.
Non si tratta solo di setting gruppali finalisticamente *costruiti* a tal fine: ogni organizzazione formale consente reattive, difensive contro-organizzazioni. Si tratta anche di *esposizioni*, vita reale, emozioni, suggestioni ed incanti: la mediazione dell'esperienza, oltre che dei saperi formali.
D'altronde, in che modo potrebbero mai *arrivare* uno stato mentale, una postura interiore, un modo di accogliere il Mondo?
Le stesse caratteristiche qualitative delle cose trattate le rendono trasmettibili su codici con esse coerenti, per mutuazioni interpersonali, processi spontanei a livello soggettuale.
Ne consegue che un processo formativo dovrebbe prevedere anche piani non organizzati, pre – formali, *di vita* per l'appunto...
Nei contesti formativi quindi, i piani relazionali potrebbero essere non solo l'oggetto di analisi fenomenologica, del racconto, della rappresentazione, del *lavoro*: potrebbero essere anche direttamente emancipanti e ricalibranti nell'economia del proprio processo formativo.
Dovrebbero insomma prevedere una significativa *quota didatta* della relazione e la relazione come un altro modo (carismatico) di frequentare tale quota.

Un'etica della responsabilità per lo stato mentale non finalistico

Quale potrebbe essere un'etica della responsabilità, o l'etica tout-cout per questa zona spontanea e non finalistica della relazione psicoterapeutica?
Da un lato sono in gioco termini personali dalla difficile sondabilità, ma dall'altro non per questo la quota processuale può essere sottratta ad ogni vaglio deontologico.
La mancanza di termini formali, dicibili, confrontabili o ripetibili, non consentirebbe *teoricamente* oggettivazioni, valutazioni esterne ad una logica di produttività o improduttività in generale dell'andamento clinico.
Ma anche questa produttività di andamento è, *praticamente*, una dimensione così complessa da essere insondabile, contenendo sia la prosaicità del sintomo *visibile* che la cosmicità del sentirsi o essere più felici ed abili nella propria espansione nel Mondo.

Galimberti sostiene che se c'è la psicologia oggettivata non c'è più la psicologia. E molti, sulla stessa base teorica, ritengono che non possa esserci una deontologia per lo psicologo e nessun'altra forma di codificazione. Questa impostazione (in perfetta buona fede) ha consentito delle *extraterritorialità*, con esercizi stravaganti della professione (a volte, in perfetta cattiva fede), minandone solidità e credibilità.
L'autovalutazione ha costituito uno dei più paradossali nuclei di riflessione circa queste *irrisolvibili* contraddizioni. Solo il clinico ha il polso di sé e delle proprie economie interiori e solo a lui si può affidare la valutazione responsabile della propria azione spontanea, del suo stato mentale e della quota processuale della relazione. Ma bisogna auspicarne una solida formazione, poiché si tratta pur sempre di una sua valutazione anche su se stesso.
La responsabilità è sempre, soprattutto, una mischia psicologica: se non implica una mischia psicologica non è niente. Nessun articolato giuridico-formale può circoscrivere completamente la complessità di quello che va ad accadere nella relazione clinica.
Una responsabilità senza mischia personale avrebbe come vertice discorsivo una piccola etica, passiva, tutta culturale e prescrittiva, e non un'Etica alta, viva e attiva che sa porsi come dovrebbe porsi sempre: come dimensione Super - Egoica per una professione *in crescita* che vuole diventare adulta.
Non ci sono solo i dilemmi chiari e netti: spesso ci sono sottordini e sfumature, dilemmi così specifici, piccoli e delicati, che non si riesce a rintracciarli in nessun articolo del Codice e neanche tra le righe.
Inoltre, quando le cose ci accadono, sono molto più difficili da trattare che a livello teorico: potrebbe anche accadere, qualche volta, che si saprebbe bene cosa fare, ma semplicemente non ci si riesca, che il cuore non abbia i tempi della testa.
In questi casi non mancano sedi di confronto e di conforto (supervisore, commissione deontologica del proprio Ordine...) per essere orientati verso condotte più equilibrate ed economiche.
Nessuno però potrà decidere al posto nostro, poiché solo noi possiamo avere la misura precisa dell'interferenza, interrogando le nostre emozioni.
La condizione mentale, emozioni, stato d'animo: si è nel cuore processuale della relazione e di fronte al paradosso autovalutativo.
Gli oggetti dell'autovalutazione dovrebbero ovviamente essere quelli maggiormente correlati allo stato mentale.
Se lo stato mentale è un *prodotto* che discende dalla vita, l'autovalutazione della vita e le forme di profilassi quotidiane ed esistenziali, dovrebbero garantirne una maggiore appropriatezza.
La forma possibile della responsabilità del terapeuta in rapporto alla sua azione spontanea, è costituita dunque dalla responsabilità della sua vita, per la forma della sua vita. Un terapeuta sa quali sono i bisogni primari e dovrebbe sapere ascoltare anche i propri bisogni secondari.
Un terapeuta conosce il proprio *ritmo personale*, sa quanto è importante e cerca di rispettarlo.
Un terapeuta sa quali sono le circostanze oggettivamente stressogene e dovrebbe conoscere anche quali sono i suoi *nervi* personali: può disporre corrette distanze, strategie per non incorrere troppo frequentemente in circostanze disequilibranti.
Questo impatta bene quella forma tacita di responsabilità che Bateson sembra suggerire con riferimento all'etica della limitazione dell'azione finalistica.
Gli slittamenti finalistici sono molto più probabili, infatti, quando il terapeuta è meno in equilibrio: il fine allora può pressare e contaminare (invadendo il *processo*), come inquietante o rassicurante paradigma dell'andamento clinico, malinteso riscontro di funzionalità o di senso ad una domanda-inciampo più o meno inconscia.
La responsabilità della vita è qui intesa in termini di profilassi, cura di sé, in ultima analisi in termini di perseguimento di una psicologicità della vita. Ma se la intendiamo in termini più formali, allora la vigilanza e l'autovalutazione diventano ancora più tangibili, come ben sanno i *monacali* psicanalisti e gli psicanalitici monaci zen che *curano* quotidianamente l'*organizzazione della forma* della vita, disponendone posizioni, distanze, scansioni.
Sulla profilassi intrapsichica ed interpersonale, potrebbero essere richiamati tutti interi i manuali di psicologia generale, ma un'etica della responsabilità da esercitare riguardo ad un'azione spontanea e ad uno stato mentale con essa coerente, non può che svolgersi e misurarsi su paradigmi delicatamente e *complessamente* soggettivi.

***Non ci sono solo i dilemmi chiari e netti: spesso ci sono sottordini e sfumature, dilemmi così specifici, piccoli e delicati, che non si riesce a rintracciarli in nessun articolo del Codice e neanche tra le righe.
Inoltre, quando le cose ci accadono, sono molto più difficili da trattare che a livello teorico: potrebbe anche accadere, qualche volta, che si saprebbe bene cosa fare, ma semplicemente non ci si riesca, che il cuore non abbia i tempi della testa.***

*Catello Parmentola, Psicologo, Psicoterapeuta, Dirigente psicologo presso l'ASL Salerno 2.
Docente di Deontologia presso l'Istituto Italiano di Psicoterapia Relazionale e membro dell'Osservatorio Deontologico del Consiglio Nazionale dell'Ordine.
Collabora a varie riviste scientifiche ed è autore di otto pubblicazioni, fino a *Il soggetto psicologo e l'oggetto della psicologia nel Codice Deontologico degli Psicologi italiani*, Giuffrè 2000; *Prendersi cura – il soggetto psicologo e il senso dell'altro tra clinica e sentimento*, Giuffrè 2003.
Dirige dal 1997 la Collana di Scienze Umane della Plectica Editrice.

BIBLIOGRAFIA

Barone L. - Gilardi S., *Il concetto di competenza comunicativa in psicologia: una riflessione in chiave epistemologica*, Epistemologia, VII, 1984;
Bateson G. - Bateson M. C., *Dove gli angeli esitano*, Adelphi, Milano 1989
Bateson M. C., *Con occhi di figlia*, Feltrinelli, Milano 1985
Borgna E., *I conflitti del conoscere*, Feltrinelli, Milano 1989;
Brunner J., *La ricerca del significato – per una psicologia culturale*, Bollati Boringhieri, Torino 1992;
Coleridge S. T., *La ballata del vecchio marinaio*, trad. di Fenoglio B., Einaudi, Torino 1964
Dahlk R., *Malattia linguaggio dell'anima*, Edizioni Mediterranee, Roma 1996;
Dal Lago A., *Il meta - libro di Bateson*, in aut aut n. 251, sett. - ott. 1992
De Biasi R., *Il fine non perseguibile. Su Bateson e la non - comunicazione*, in aut aut n. 251, sett. - ott. 1992
Del Castello E. - Madonna G. - La Manna M. - Bozzaotra A., *La persona del terapeuta nel processo formativo*, in Loriedo C. - Malagoli Togliatti M. - Micheli M. (a cura di), Famiglia: continuità affetti trasformazioni, Franco Angeli, Milano 1995
Galimberti U., *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli, Milano 1979;
Good Byron J., *Narrare la malattia*, Edizioni di Comunità;
Jervis G., *La conquista dell'identità*, Feltrinelli, Milano 1997;
Herrigel E., *Lo zen e il tiro con l' arco*, Adelphi, Milano 1975
Hillman J. - Ventura M., *We've Had a Hundred Years of Psychotherapy - And the World's Getting Worse*, Garzanti Editore, 1993;
Madonna, *La psicoterapia attraverso Bateson*, Bollati Boringhieri, Torino 2003
Napier A. Y. - Withaker C. A., *Il crogiolo della famiglia,* Astrolabio, Roma 1981
Parmentola C., *Il soggetto psicologo e l'oggetto della psicologia*, Giuffré Editore, 2000;
Parmentola C., *Prendersi cura,* Giuffrè 2003;
Peruzzi A., *Noema mente e logica attraverso Husserl*, Franco Angeli, Milano 1988;
Ranieri F.; Pitti L.; Stoppielli M.: *Short-term group psychotherapy for preadolescents: description of a clinical experience*. Poster in Atti del 14th European Congress of Psychology, 7-10 luglio 2015, Milano, Italy.
Watts A., *Psicoterapie Orientali ed Occidentali,* Astrolabio, Roma 1978
Wittgenstein L., *Della certezza*, Giulio Einaudi Editore, Torino 1978.

The mental state of the therapist

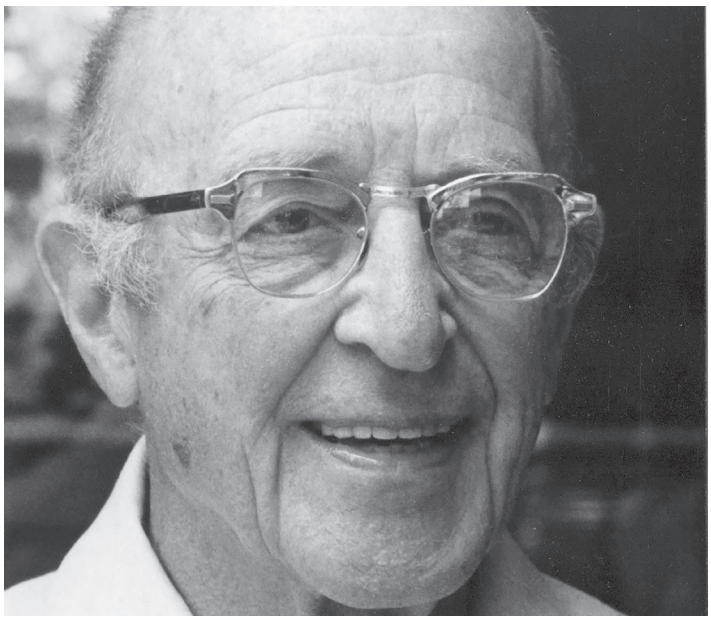
The article is made up of 5 parts: in the first and second parts, following a reflection on Bateson's teaching and some useful remarks on the psychological subject and the object of psychology, the main theme is the therapeutic process in the relationship between therapist and patient; in the third part are underlined the requisites necessary for an efficient psychological hearing and for a non-target-oriented action; the fourth part illustrates the necessity to adequately form the young psychologists in order to create in them a non-target-oriented frame of mind; finally, the fifth part introduces a reflection on the ethics of responsibility to promote a non-finalist approach to the therapeutic relationship.

Attualità dell'approccio centrato sulla persona di Carl Rogers

Attualità del contributo di Carl Rogers alla conoscenza dei fattori di efficacia della psicoterapia. L'importanza delle sue ricerche in ambito psicologico-clinico ma anche nella pedagogia, nella formazione degli adulti, nella promozione della salute in ambito socio-sanitario e del benessere nelle organizzazioni. L'attuale situazione dei rapporti interculturali e di potere tra le Nazioni e le iniziative per la risoluzione dei conflitti negli anni '70 e '80 per i quali Rogers ottenne la nomination per il Premio Nobel per la Pace nel 1984

SEBASTIANO CIAVIRELLA *

«Gli individui hanno in se stessi ampie risorse per auto-comprendersi e per modificare il loro concetto di sé, gli atteggiamenti di base e gli orientamenti comportamentali. Queste risorse possono emergere quando può essere fornito un clima definibile di atteggiamenti psicologici facilitanti.»
C. Rogers, 1980



Carl Rogers si è spento il 4 febbraio 1987 all'età di 85 anni e già allora, da quasi mezzo secolo, veniva riconosciuto come uno dei più importanti psicologi e terapeuti del XX secolo. Per anni Presidente dell'APA (American Psychological Association) - la più influente associazione di psicologi professionisti del mondo - ha dato contributi alla Psicologia Clinica, alla Pedagogia, alla Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni e alla Promozione della Salute. Definire "attuale" Rogers significa non perdere di vista l'impatto storico dei suoi contributi come l'importanza del suo pensiero ed il suo impegno nelle Relazioni fra Paesi e Popoli diversi. Per quest'ultimo ricevette la *nomination* per il Premio Nobel per la Pace nel 1984. Egli infatti si prodigò attraverso Conferenze Internazionali (in Austria presso la sede ONU) e Gruppi d'Incontro tra le parti in conflitto, ai massimi livelli, nell'Ulster (tra Cattolici e Protestanti), in Palestina (tra Israeliani e Palestinesi) e in Costa Rica (tra sandinisti e il potere nel Nicaragua).
Per comprendere bene il valore attuale dell'Approccio centrato sulla persona di Carl Rogers, bisogna per prima cosa focalizzare l'attenzione sulla "visione della natura umana e del cambiamento" che ha sostenuto il suo modello di intervento e la sua "filosofia"; egli infatti appartiene a quella schiera di terapeuti americani che sotto l'egida del *Manifesto della Psicologia Umanistica*, pose l'accento sul "divenire" dell'individuo, sostenendo che questo divenire è retto da forze interiori dirette ad uno scopo; esso è precisato nell'ideale dell'integrazione e unificazione della condotta in una struttura organica coerente.
Tra quelli che sottoscrissero il Manifesto e l'Associazione di Psicologia Umanistica

Per comprendere il valore attuale dell'Approccio Centrato sulla Persona di Carl Rogers, bisogna focalizzare l'attenzione sulla "visione della natura umana e del cambiamento" che ha sostenuto il suo modello di intervento e la sua "filosofia"; egli infatti appartiene a quella schiera di terapeuti americani che sotto l'egida del** *Manifesto della Psicologia Umanistica*, **pose l'accento sul "divenire" dell'individuo, sostenendo che questo divenire è retto da forze interiori dirette ad uno scopo; esso è precisato nell'ideale dell'integrazione e unificazione della condotta in una struttura organica coerente.

(1962) vi furono Alfred Adler, William Stern, Gordon Allport, gli psicologi della Gestalt (Max Wertheimer, Wolfgang Köhler e Kurt Koffka), i neofreudiani (Franz Alexander, Erich Fromm, Karen Horney e Harry Stack Sullivan), i post freudiani come Judd Marmor e Thomas Szasz, E. Berne, gli psicologi fenomenologici ed esistenziali, come Rollo May, C. Buehler, V. Frankl, A. Maslow, F. Perls, il teorico del costruttivismo George A. Kelly e, naturalmente, Carl Rogers.

Di questa – a quel tempo e ancora attuale – nuova visione dell'individuo, dei rapporti interpersonali e sociali si può – a grandi linee – ricordare l'importanza attribuita all'individuo, percepito come essere globale, unico e irripetibile; il concetto di esperienza come processo attivo e continuo in cui l'organismo è coinvolto, e rispetto al quale la proiezione verso il futuro appare più importante di quanto non sia la registrazione del passato; la convinzione che il carattere dinamico e interattivo della vita psichica implichi che il comportamento non sia determinato in modo biologicamente o socialmente meccanicistico ed infine la fiducia nella democrazia come schema di vita comune, aperta alla realizzazione di forme sempre più "umane" di esistenza.

Negli ultimi anni (1980-1986), l'interesse di Rogers rimase focalizzato verso temi esistenziali che derivano dalla pratica della psicoterapia, come il collegamento con l'aspirazione all'armonizzazione con l'Universo, inteso come totalità dei rapporti possibili con la natura e con gli altri uomini ed altri temi della "filosofia fenomenologico-esistenziale" (Yalom, 1990, 2016).

Nel campo della Psicologia Clinica, la Terapia Centrata sulla Persona (TCC) ha ancora caratteristiche proprie, che sono state elencate da Rogers e Sandford (1985), come l'ipotesi che le qualità del terapeuta costituiscono le condizioni necessarie e sufficienti per l'efficacia terapeutica, piuttosto che l'approccio teorico al quale si rifà o le tecniche utilizzate; la focalizzazione intensa e continua sul mondo fenomenologico del cliente così come lo percepisce e reagisce, da qui il termine "centrata sul cliente". L'atteggiamento di base del terapeuta "person-centered" sta nella convinzione che il paziente è capace di far fronte alla sua situazione psicologica e che può affrontare in modo costruttivo tutto ciò di cui diventa cosciente, quantunque questa consapevolezza sia spesso di natura percepita o intuitiva; in effetti non stabilisce quali obiettivi il cliente debba raggiungere per migliorare. L'obiettivo del terapeuta è, piuttosto, favorire le condizioni in cui le forze intrinseche dello stesso cliente, che il terapeuta rogersiano chiama "tendenza attualizzante", potranno operare nel confrontarsi con le esperienze problematiche, nell'esplorarle, nell'estrarre significati nuovi e importanti e nel riorganizzare con creatività l'esperienza attuale per operare in modo più produttivo.

Nella sua forma tradizionale o "pura" la terapia centrata sul cliente (TCC) è non-direttiva: lo scopo del terapeuta è di essere un compagno nel viaggio di auto-scoperta del cliente. In seguito Rogers (1981) divenne più esplicito circa la tendenza all'autorealizzazione intesa come forza motivante al cambiamento.

Stabilire una relazione terapeutica facilitante è la vera "tecnica" e strategia usata nella TCC. Il processo dell'"essere col cliente" (Bozarth, 1990), nel senso di accettarlo tale e quale è, di entrare con calore, rispetto profondo e autenticità nel mondo delle sue percezioni e dei suoi sentimenti, è sufficiente a facilitare un processo di cambiamento. La primaria funzione del terapeuta è quella di esprimere i suoi sforzi nel comprendere l'esperienza del cliente. Questi "sforzi" prenderanno spesso la forma del "rimando", ossia il modo in cui il terapeuta esprime i suoi tentativi di comprendere l'esperienza del cliente e quello che questi cerca di esprimere.

I terapeuti possono rimandare sentimenti, significati, esperienze, emozioni o anche qualsiasi combinazione di questi. Spesso oltrepassano quello che il cliente ha detto in modo esplicito, per cercare di afferrare ciò che egli sta sperimentando, ma che non ha detto. Tuttavia, il terapeuta cerca di afferrare solo quello di cui il cliente è effettivamente consapevole e non eventuali aspetti inconsci della sua esperienza. Ciò fa la differenza di base tra un rimando e un'interpretazione psicodinamica.

Tutti gli errori che un terapeuta centrato sulla persona può commettere, secondo questo modello, possono virtualmente derivare o da un deficit di accoglienza, empatia e autenticità oppure da una visione ("pregiudizio") del mondo e di sé stesso. Con ciò s'intende che la terapia è considerata anzitutto un incontro fra due persone, che il terapeuta è mosso dal desiderio di conoscere l'altro senza pregiudizi (considerazione positiva incondizionata), di essere in contatto con i propri sentimenti ed emozioni (congruenza); che qualunque tipo di tecnica terapeutica, per quanto brillante ed efficace, è subordinata a queste dimensioni. Questa prospettiva fenomenico-esisten-

ziale non è qualcosa che si possa acquisire attraverso un semplice apprendimento: essa dipende dalle qualità umane del terapeuta, dalla sua buona funzionalità come persona ed è anche frutto di una disciplina formativa che va al di là dell'acquisizione di tecniche (Yalom, 2014).
Considerata l'importanza che egli attribuisce all'aspetto relazionale, nella contesa: "Terapia come esperienza" versus "Terapia come conoscenza" – i cui termini sono ben riassunti in Migone (1996) – Rogers sembrerebbe schierato nel primo campo; tuttavia, la sua concezione del rapporto esperienza/conoscenza fa sì che i due termini siano inscindibilmente legati e che non abbia senso privilegiare l'uno o l'altro.
L'obiettivo della TCC e dell'Approccio Centrato sulla Persona(ACP) è quello di ripercorrere all'inverso la strada che ha portato l'individuo alla situazione di incongruenza nella psicoterapia, quindi si offre al cliente quella facilitazione che verosimilmente è mancata, in base alla tendenza attualizzante, cioè a quella "tendenza fondamentale che l'organismo presenta a lottare per realizzare mantenere e migliorare se stesso" (Ciavirella, 2002, pgg. 222-224), e che Rogers (1961) considerava un assunto valido per tutte le forme di vita, compreso l'Universo.
Non bisogna trascurare altresì l'importanza delle caratteristiche del terapeuta efficace secondo questo modello. Esse vanno però inquadrate all'interno di una relazione: se il cliente non è in grado di percepire queste qualità (genuinità, comprensione empatica, accettazione incondizionata) esse sono inutili. È per questo che i terapeuti centrati sulla persona si rifanno ancora (oltre alle tre precedentemente indicate riguardanti il terapeuta) alle ulteriori tre condizioni necessarie e sufficienti enunciate da Rogers (1954), che si riferiscono al cliente e alla relazione terapeuta-cliente, nel senso del contatto psicologico, della consapevolezza del cliente del proprio disagio e della sua capacità di percepire la comunicazione tra entrambi.
Oggi Carl Rogers rappresenta per tutti quelli che si occupano di Psicologia Clinica e di Psicoterapia un punto di riferimento ancora molto attuale, nonostante, come spesso accade ai precursori (Freud per primo), il suo metodo considerato all'epoca "rivoluzionario" non sia stato molto apprezzato dall'establishment psichiatrico e accademico contemporaneo, in quanto la psicoanalisi e il comportamentismo erano allora al massimo del loro splendore clinico e accademico. Sebbene in maniera non deliberata, Rogers è stato non solo in America ma anche in moltissimi altri Paesi come il Giappone, la Russia, e la stessa Europa (cioè con "antropologie" e culture molto diverse da quella americana) l'antesignano dell'atteggiamento rispettoso per la "diversità" (l'accettazione positiva incondizionata e la sospensione del giudizio del terapeuta), dei valori di integrazione razziale (in particolare negli USA), della libertà intesa come la massima espressione della responsabilità personale e della democrazia sociale. Ha influenzato la Promozione della Salute valorizzando il rapporto medico-paziente e l'umanizzazione della cura, di cui tanto oggi si parla, centrando l'attenzione sulla Persona e non sulla malattia, demistificando la pratica della "diagnostica psichiatrica" (in accordo con l'orientamento anti-psichiatrico di T. Szasz e, in Italia, di F. Basaglia) per esaltare il concetto del "prendersi-cura" contrapposto a quello del "guarire" (Yalom,1990).
Nel campo della Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni, ha influenzato in America ed anche in Europa il rapporto tra Azienda e Lavoratori a vantaggio del benessere della Persona e degli scopi non prettamente economici e di Etica sociale della Società e delle Organizzazioni (Schein, 2010; D.Farson, 1999; Spaltro, 1989; Piccardo, 2004; Quaglino, 1988).
Nel campo dell'educazione (fu allievo di J. Dewey e di Kirkpatrick alla Teacher School di New York) seguì in maniera originale i fondamenti filosofici del Pragmatismo americano successivamente diffusosi anche in Europa (Gordon,1990; Gatto, 2002).

Oggi Carl Rogers rappresenta per tutti quelli che si occupano di Psicologia Clinica e di Psicoterapia un punto di riferimento ancora molto attuale, nonostante, come spesso accade ai precursori (Freud per primo), il suo metodo considerato all'epoca "rivoluzionario" non sia stato molto apprezzato dall'establishment psichiatrico e accademico contemporaneo, in quanto la psicoanalisi e il comportamentismo erano allora al massimo del loro splendore clinico e accademico.

Conclusioni

Rogers, infine, può esser considerato ancora attuale in quanto:

- il suo modello di intervento centrato-sul-cliente, inteso come attenzione al mondo fenomenologico del paziente e del suo modo di percepire la propria realtà (esistenziale, emotiva, esperienziale), è molto più apprezzato oggi, sebbene non riconosciuto, che agli inizi della sua ricerca dell'efficacia della psicoterapia in generale; Rogers fu infatti il primo a realizzare una ricerca ed a registrare migliaia di

ore di sedute di psicoterapia di terapeuti di diverso paradigma dalle quali emerse la sua Teoria della Terapia riguardante i fattori comuni di efficacia della psicoterapia (Rogers, 1951, 1956, 1980).

- in campi diversi dalla Psicologia Clinica e dalla Psicoterapia, le competenze di Counseling di orientamento rogersiano sono molto applicate e seguite nella scuola e nell'educazione, nel Servizio sociale, nel volontariato, nella multiculturalità, nella riabilitazione psichiatrica e psico-sociale, nelle istituzioni per il recupero e la riabilitazione della marginalità e devianza (carceri, minori e dipendenze patologiche); in Italia si contano in questi ultimi 35 anni centinaia di Corsi di Formazione alla Psicoterapia Centrata sul Cliente per medici e psicologi, così come al Counseling rogersiano, con migliaia di operatori sociali che hanno ottenuto una formazione da decine di Istituti ad orientamento rogersiano o integrato;
- la Formazione degli Adulti nel Management e nelle Organizzazioni non-profit è stata ed è ancora influenzata dall'Approccio Centrato sulla Persona di Carl Rogers; esistono decine di Master Universitari o privati che si riferiscono al modello rogersiano nella formazione alla Leadership ed alla Gestione delle Risorse Umane (Farson, 1999; Schein, 2010; Quaglino, 2011; Piccardo, 2006);
- nella Promozione della Salute e dell'Umanizzazione delle Cure il contributo di Carl Rogers è ancor più importante e significativo; per esempio, il primo Master Universitario in Promozione della Salute secondo il modello di Carl Rogers è stato attivato già nel 1992;
- nel mondo, in Europa ed in quasi tutte le Nazioni e Paesi industrializzati esistono Società Scientifiche e, dal 1990, è stata costituita la *World Association for Person Centered & Experiential Psychotherapy & Counseling* (WAPCEPC) che pubblica annualmente la propria Rivista con contributi scientifici sull'Approccio Centrato sulla Persona di Carl Rogers.

Tutto quanto sopra ha dato una "svolta" umanistica e non "meccanicistica" nei campi sopra citati con una notevole ricaduta nella "cultura" e nella diffusione della "democrazia" delle relazioni interpersonali in campo sociale.
Infine un'ultima annotazione: chi ha avuto la fortuna di conoscere Carl Rogers ha fatto esperienza della grande coerenza tra quello che egli affermava nei suoi scritti e quello che era come Persona; non accade molto spesso. Assistere e partecipare a sessioni di formazione o di gruppo d'incontro facilitati da Carl Rogers – come è successo a chi scrive – è stata un'esperienza indimenticabile per comprendere la coerenza tra il teorico-ricercatore e il grande terapeuta.
I suoi numerosi e altrettanto famosi allievi lo consideravano, oltre che il loro Maestro, anche punto di riferimento per la coerenza, l'integrità e l'autenticità nella sua vita. Non erano i soli: lo affermavano (pur con idee diverse) anche i suoi colleghi sparsi in tutto il mondo.

*Psicologo-psicoterapeuta, già professore a.c. di Storia della Psicologia, C.d.L. in Scienze Tec. Psicologiche (cl.34), Università LUMSA, Roma. Presidente Istituto Empateia, Didatta rogersiano.

BIBLIOGRAFIA (IN ITALIANO)

Opere di Carl Rogers:
Rogers C. (1971) Psicoterapia di Consultazione. Roma - Astrolabio.
(2005) Terapia Centrata sul Cliente. Molfetta – La Meridiana.(1970) La Terapia Centrata-sul-Cliente. Firenze – Martinelli.
(1970) & V. Kinget, Psicoterapia e Relazioni Umane. Torino – Boringhieri.
- (1973) Libertà nell'apprendimento. Firenze - Giunti e Barbera.
- (1976) Partners. Il matrimonio e le sue alternative. Roma – Astrolabio.
- (1976) I gruppi di incontro. Roma – Astrolabio.
- (1978) Potere personale. La forza interiore e il suo effetto rivoluzionario, Astrolabio, Milano
- (1983) Un modo di essere. Firenze - Martinelli
-(1987) & Barry Stevens, Da persona a persona. Il problema di essere umani. Roma – Astrolabio.

Altre opere su Carl Rogers:
Bisogni, M.M., (1983). L'approccio Centrato sulla Persona. Milano - Franco Angeli.
Bozarth J.D. (2001). La Terapia Centrata sulla Persona. Roma – Sovera.
Bruzzone D. (2007). Carl Rogers. La relazione efficace nella psicoterapia e nel lavoro educativo. Roma - Carrocci.

Ciavirella S. (2002). Tecnica o “modo di essere” nella relazione terapeutica secondo la TCC. Atti del Convegno Internazionale in occasione del 100° anniversario della nascita di Carl Roger. – Saybrook edition 29 (220 -226) – La Jolla CA (USA).
(2015). Dizionario di Psicoterapia e dell’Approccio Centrato sulla Persona di Carl Rogers (in stampa).
(2016). Manuale di Psicoterapia Centrata sulla Persona di Carl Rogers (in stampa).
Giordani, B. (1988). Psicoterapia Umanistica: da Carl Rogers a Robert Carkuff. Assisi – Cittadella.
Kirchenbaum H.,Henderson V.L. (2008). Dialoghi di C. Rogers. Conversazioni con Martin Buber, P. Tillich, B. Skinner, M. Polany e G. Bateson. Molfetta – La Meridiana.
Migone, P. (1996) Rivista Psychomedia, Roma. IV (198- 216).
O’ Leary C. (2003) Counseling alla coppia e alla famiglia. Trento – Erickson.
Rollo, M. (1970) Psicologia esistenziale. Saggi di G. Allport, H. Feifel, A. Maslow, C. Rogers. Roma - Astrolabio.
Russell D.(2007), Carl Rogers. Un rivoluzionario silenzioso. Molfetta – La Meridiana.
Yalom I. (1990). Guarire d’amore. Milano – Rizzoli.
(2014) . Il dono della Terapia. Milano – Neri Pozza.
(2016). Il senso della vita. Milano - Neri Pozza.

Carl Rogers and the Person-Centered Approach Today

The article intends to underline the actual value of the contribution of Carl Rogers to the advancement of the knowledge regarding the effectiveness and the common factors of Psychotherapy. It also intends to specify the importance of his studies and research not only in clinical settings, but also in such fields as Pedagogy and Adult Learning and Educational Sciences, the Promotion of Health in healthcare, Psychology of Well-Being and the Settlement of International Conflicts which earned him the nomination to the Nobel Prize for Peace in 1984.

Il complesso di Ajase

Kosawa Heisaku (1897-1968), medico e psichiatra giapponese, si formò all'Istituto Psicoanalitico di Vienna nel 1932-33. Analizzato da R. Sterba, e supervisionato da P. Federn fu il primo psicoanalista giapponese a incontrare Freud e a partecipare al XII Congresso Internazionale di Psicoanalisi a Wiesbaden. Nel 1934 aprì il suo studio psicoanalitico a Tokyo, e fu l'unico psicoanalista a praticare in Giappone negli anni Trenta e Quaranta. Nel 1953 tradusse in giapponese *La nuova serie di lezioni di introduzione alla psicoanalisi* di Freud. Due anni dopo, nel 1955, fondò la Società Giapponese di Psicoanalisi e ne fu presidente fino al 1957. Sul *Japanese Journal of Psycho-Analysis e sul Tokyo Journal of Psychoanalysis* appaiono i suoi contributi sul complesso di Ajase, centrato sulla madre, che egli contrapponeva al complesso di Edipo. Se l'interiorizzazione della legge del padre ha formato il Super-Io occidentale, il Super-Io giapponese si basa sulla coscienza del legame

GIOVANNI CAVADI*

Il complesso di Ajase è una teoria originale sviluppata da Kosawa Heisaku e successivamente ampliata da Keigo Okonogi. Mentre Freud basava il suo complesso di Edipo su una tragedia greca, Kosawa sviluppò la sua teoria dalla rielaborazione di un antico mito indiano che si trova nel Kanmuryojukyo, una scrittura buddista: *Ajātaśatru*, re *ksatriya*, è il famoso re di Magadha vissuto durante la vita del Buddha storico. La leggenda narra che in un antico regno indiano la coppia regale formata da Bimbisora, re di Magadha e dalla regina Vaidehi, non riusciva ad avere figli. La regina, temendo di perdere l'amore del marito se non gli avesse dato un erede, consultò un indovino che le predisse che nel giro di tre anni, un saggio abitante nella foresta sarebbe morto reincarnandosi nel suo seno. La regina, impaziente, non attese il tempo stabilito e fece uccidere il saggio il quale, morente, proferì una maledizione: egli si sarebbe sì reincarnato in lei, ma un giorno suo figlio l'avrebbe uccisa. Vaidehi rimase incinta ma, tormentata dalla maledizione, tentò invano di abortire. Subito dopo il parto gettò il neonato da un'alta torre, ma il piccolo sopravvisse riportando solo la frattura del dito mignolo (verrà per questo chiamato "Ajase" che significa *il principe dal dito rotto*): i postumi della frattura resteranno il segno del «rancore prenatale» della madre nei suoi confronti. Una volta adulto, Ajase apprese la storia delle sue origini. Una profonda disillusione lo investì così come intensa era stata l'idealizzazione della madre durante la sua infanzia. Per divenire re, Ajase uccise il padre e divenuto re, progettò di vendicarsi anche della madre: mentre si accingeva ad ucciderla come già aveva fatto col padre, di cui aveva usurpato il trono, Ajase fu dissuaso dai suoi consiglieri dal procedere in questa intenzione omicida; successivamente, invaso da un profondo senso di colpa, sviluppò un conflitto a causa del quale si ammalò. Il suo corpo si riempì di pustole maleodoranti per cui nessuno poteva avvicinarlo. Solo la madre, sostenuta dal Buddha ancora vivente, che le aveva spiegato le ragioni della patologia del figlio, decise di perdonarlo e di occuparsi di lui, alleviando le sue sofferenze e curandolo amorevolmente.

La leggenda narra che Ajase guarì divenendo in seguito un sovrano apprezzato e illuminato.

In Ajase il desiderio di vendetta lasciò il posto alla vergogna per i suoi istinti matricidi e al senso di colpa associato al pentimento. Nel 1932 Kosawa si basò su questa

narrazione mitologica per illustrare due tipi di sensi di colpa: quello infantile legato alla paura della punizione (castrazione) e quello più adulto legato alla consapevolezza della colpa che conduce al pentimento e al desiderio di riparazione. Sia il senso di colpa che il desiderio di riparazione affondano le loro radici nella gratitudine o debito morale nei confronti della madre. Mentre alla base del modo di pensare e di sentire dell'uomo occidentale sta il padre, è la madre che costituisce il fondamento di quello orientale. La madre avvolge tutto in un amore incondizionato. Come ha sottolineato Suzuchi «non vi è problema di bene o di male... Tutto viene accettato senza difficoltà e senza domande. In occidente l'amore contiene sempre una traccia di potere; in oriente l'amore abbraccia tutto, è aperto da ogni lato. Vi si può entrare da ogni direzione». Alla base della teoria freudiana c'è il concetto di **complesso**, cioè un insieme organizzato di rappresentazioni e di ricordi con forte valore affettivo, parzialmente o totalmente inconsci. Il Complesso di Edipo è un insieme organizzato di desideri amorosi e ostili che il bambino prova nei confronti dei suoi genitori, in particolare il padre. Un complesso si costituisce a partire dalle relazioni interpersonali della storia infantile e può strutturare tutti i livelli psicologici: emozioni, atteggiamenti, condotte adattate. Fu Jung a coniare il termine per significare "una situazione originaria che costituisce un elemento della vita psichica, e può presentarsi anche come residuale, e costituire un elemento inconscio dell'adulto" (1915). Gli psicoanalisti ne fanno il principale asse di riferimento della psicopatologia, cercando di determinare, per ciascun tipo psicologico, i modi della sua impostazione e della sua risoluzione. Lo psichiatra giapponese Doi (1973) ha introdotto il termine ***amae*** che rappresenta per la cultura nipponica il sentimento di mutua interdipendenza tra due persone e che può essere descritto come «un tentativo psicologico di negare la separazione dalla madre, di ricreare un senso di unicità, di lenire o di annullare il dolore della separazione». L'*amae*, sottolinea Doi, è «una emozione, che partecipa pure della pulsione e dell'istinto, in quanto implica il desiderio di portarsi vicino all'altro e di contare sulla sua indulgenza... Così come è irrealistico negare la separazione, è altrettanto irrealistico essere dominato da essa e isolarsi a scapito dei rapporti umani». L'*amae* partecipa alla dinamica psicologica della formazione dei gruppi e in funzione di esso i giapponesi concepiscono le relazioni umane. Ferrari, uno psicologo studioso dei processi economici e sociali, ha sottolineato (2016) come alla base dell'organizzazione industriale del Giappone vi sia "una mentalità gerarchica diffusa ed accettata verso i capi che garantisce a tutti i componenti dei gruppi sociali l'espressione del loro *amae*".

*Psicologo-psicoterapeuta. Docente di Psicologia del Lavoro, Facoltà di Medicina, Università degli Studi di Brescia.

BIBLIOGRAFIA

Canestri J. (1991) Presentazione al volume di Doi Takeo).
Doi T. (1991) *Anatomia della dipendenza. Un'interpretazione del comportamento sociale dei giapponesi*. Cortina, Milano.
Elissavet S. (2012) *Mitologia greca*. Papadimas Ekdotiki, Atene.
Ferrari L. (2016*) L'ascesa dell'individualismo economico*. (II edizione). Vicolo del Pavone, Castelnuovo Scrivia.
Graves R. (1994) *I miti greci.* Longanesi, Milano..
Kosawa, H. (1953) *Sulla storia di Ajase* Okonogi, K. eds. Psychoanalysis: After Freud L'Esprit D'Aujourd'Hui, No. 148 ShibundoTokyo 1741751979 (in giapponese).
Kosawa,H. (1954B Okonogi, K. eds. Psychoanalysis: After Freud L'Esprit D'Aujourd'Hui, No. 148 *Japanese Journal of Psycho-Analysis* (in giapponese).
Kosawa, Heisaku. (1935). *Two types of guilt consciousness – Oedipus and Ajase*. Tokyo Journal of Psychoanalysis,11.
Jung C.G. (1977) *Dizionario di psicologia analitica*. Boringhieri , Torino (1921).
Keigo Okonogi (1995). *A history of psychoanalysis in Japan*. In Peter Kutter (Ed.), *Psychoanalysis international: a guide to psychoanalysis throughout the world* (Vol. 2). Stuttgart-Bad Cannstatt.
Keigo Okonogi *Notion developed: Ajase complex*.
Kosawa, Heisaku. (1931). *Two kinds of guilt feelings. The Ajase complex*. Japanese Journal of Psycho-Analysis, 11, 1954.
ShibundoTokyo1661731979
Kosawa, Heisaku. (1935). *Two types of guilt consciousness. Oedipus and Ajase*. *Tokyo Journal of Psychoanalysis*, 11.
Laplance J. & Pontalis J.-B.(1968) *Enciclopedia della psicoanalisi.* Laterza, Bari (ed. 1967, Vocabulaire de la psychoanalyse, PUF, Paris),

The Ajase Complex

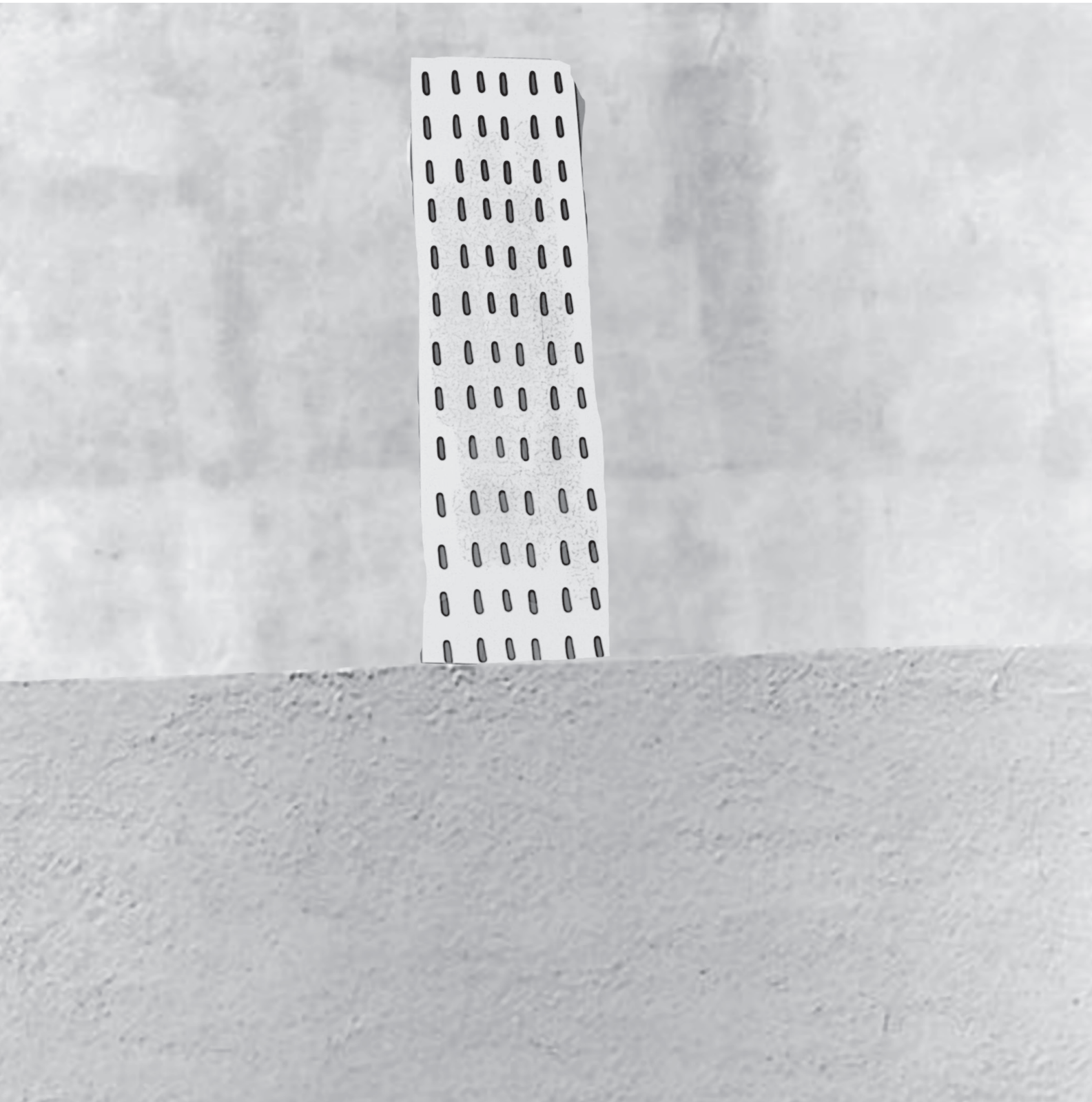
Heisaku Kosawa (1897-1968) was the psychoanalyst who laid the foundation of psychoanalysis in Japan. From 1932 to 1933 he studied at the Vienna Psychoanalytic Institute, where he received training analysis from Richard Sterba and supervision from Paul Federn. During his stay in Vienna, Kosawa visited Freud at the latter's home at Bergasse 19 and presented a paper written in German entitled "Two kinds of guilt feelings." The paper explained his theory of the Ajase complex, which he contrasted with Freud's Oedipus complex. After returning to Japan in 1934, he opened a private clinic in Tokyo. Until his death in 1968, he remained the only Japanese to practice psychoanalysis before and for a while after World War II. Kosawa himself translated into Japanese Freud's *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (New Introductory Lectures on Psycho-Analysis*) and published it in 1953. In 1955 he established the Japan Psychoanalytic Society and was its president until 1957. Kosawa noticed that Japanese patients tended to regress easily to the level of a mother-child relationship, and that the fundamental conflict often seen in such relationships was the child's ambivalence toward the mother. This led to his theory of the Ajase complex, developed from an ancient Indian myth.

link

emozioni

L'emozione del viaggio

MARICETA GANDOLFO



L'emozione del viaggio

Che il viaggio sia una metafora della vita è cosa nota fin dall'antichità e ha ispirato in ogni tempo poeti ed artisti. Il breve lasso di tempo nel quale si condensa la nostra esistenza di creature finite "trafitte da un raggio di sole", fra l'ignoto da cui proveniamo e l'ignoto verso cui siamo diretti, ha sempre suggerito l'idea di un passaggio, un tragitto, un treno che corre nella notte (un'immagine post-rivoluzione industriale)

MARICETA GANDOLFO*

D'altronde, il primo grande romanzo della società occidentale è imperniato su un viaggio lungo e periglioso che il protagonista Odisseo compie, superando infiniti ostacoli, per raggiungere la meta agognata, la casa natale da cui era partito vent'anni prima.
Per gli antichi il viaggio era considerato un rischio, una prova piena di insidie e pericoli, che alcuni uomini erano costretti ad affrontare per poter realizzare i propri progetti e conseguire il premio che li aspettava alla fine.
L'interpretazione moderna della figura di Ulisse, che in verità non vorrebbe tornare a casa e si creerebbe, volontariamente o inconsciamente, le occasioni da cui scaturiranno sempre nuovi pericoli ed impedimenti, è molto nota e può apparire senz'altro convincente ed affascinante, ma è appunto un'interpretazione "moderna", che è passata attraverso lo studio della psicologia, ed in particolare della psicanalisi, e che forse ha il difetto di essere "antistorica", in quanto vuol vedere nel viaggio di Ulisse più di quello che Omero (ammesso che sia mai esistito) vi vedeva con gli occhi e le categorie mentali di un uomo greco vissuto migliaia di anni fa.
Oggi ci rendiamo conto che il "senso" del viaggio è profondamente diverso per noi moderni, rispetto al passato e questo grande mutamento avvenne intorno al 1700.
Se prima si viaggiava per necessità (pensiamo ai viaggi dei mercanti medievali come Marco Polo) o per adempiere ad un voto religioso, il famoso pellegrinaggio a Santiago de Compostela, o per trovare una via più breve ed economica per raggiungere grandi ricchezze (i grandi viaggi di esplorazione del quindicesimo e sedicesimo secolo), oggi l'uomo moderno viaggia principalmente per piacere.
Il viaggio, dunque, da mezzo si è trasformato in fine ed il percorso è diventato più importante della meta.
Tornando alla metafora iniziale della vita umana come un breve percorso, potremmo osservare che l'uomo moderno ha una visione della vita più umanistica che trascendente: la vita terrena in sé e per sé viene considerata importante e degna di rispetto indipendentemente dalla vita ultra terrena che potrebbe attenderci alla fine del viaggio.
Nel '700, secolo di grandi rivoluzioni culturali, economiche e sociali, cominciò a diffondersi l'idea che viaggiare, nonostante la scomodità dei mezzi di trasporto, sia un piacere e contribuisca alla formazione spirituale dell'individuo e le famiglie ricche che possono permetterselo, inseriscono il "Grand Tour" nel percorso educativo dei propri rampolli, sulla scia aperta da grandi pensatori come Goethe e Chateaubriand.
La cultura neoclassica imperante impone la Grecia e l'Italia come tappe fondamentali del "Grand Tour", mentre ancora non è nato il desiderio di mete esotiche o stravaganti. Queste ultime, fra le preferite dai viaggiatori moderni, soddisfano una nuova esigenza del viaggio nell'età contemporanea: il viaggio come evasione.
I ritmi imposti dalla società industriale, l'alienazione di un lavoro monotono e ripetitivo, le convenzioni sociali di una realtà super-programmata esigono una pausa, un distacco, per prima cosa un distacco fisico, un allontanamento dai luoghi abituali di lavoro e di vita sociale, nella speranza di realizzare anche un distacco psicologico, che aiuti l'individuo a recuperare il proprio equilibrio fisico e mentale, in vista di un ritorno alle attività consuete.
La società industriale, ben consapevole di ciò, ha inventato le ferie, periodo di riposo dall'attività lavorativa, diritto fondamentale dei lavoratori, ma, nello stesso tempo, strumento che permette la conservazione del sistema.

E le ferie spesso coincidono con un viaggio, tanto più gratificante quanto più la meta è lontana ed esotica: la società giapponese, una delle società industriali più programmate ed organizzate, concede ai lavoratori, una volta nella vita, un lungo viaggio in Occidente, alla scoperta delle più affascinanti capitali europee, in cambio di un'intera esistenza di sottomissione ed obbedienza al sistema.
Noi oggi carichiamo le ferie, con eventuale viaggio, di un'aspettativa tanto sproporzionata che spesso si risolve in una delusione: l'agognato riposo non si realizza perché non riusciamo a staccarci subito dagli orari della vita lavorativa (tranne che alla fine della vacanza, quando è tempo di tornare al lavoro) e perché programmiamo tante di quelle attività da rendere le nostre giornate di ferie altrettanto faticose delle giornate di lavoro, dimenticando che l'etimologia stessa della parola "vacanza" risale ad un senso di vuoto, di non-pieno.
"Vacanza" dovrebbe significare uno spazio vuoto, libero da impegni e doveri sociali, in cui concederci il lusso di fantasticare, di leggere, di riflettere, di coltivare quello che gli antichi romani chiamavano "*otium*", che aveva un significato ben diverso da quello di "padre di tutti i vizi".
In questo contesto si inserisce l'attività del viaggiare, che subito ci richiama ad una dicotomia: il viaggio come pura evasione o come strumento di conoscenza ed arricchimento spirituale?
Chi non ha mai viaggiato sogna di poterlo fare (e maledice le ristrettezze economiche che glielo impediscono), chi ha molto viaggiato spesso non nasconde un senso di delusione e confessa che la preparazione e le fantasticherie sul viaggio da realizzare sono talvolta più affascinanti del viaggio stesso.
A questo punto è fondamentale sottolineare la differenza fra "viaggiatore" e "turista", già sottolineata nel film di Bernardo Bertolucci *Il tè nel deserto*.
"Noi siamo viaggiatori, non turisti" proclamano orgogliosamente i protagonisti, all'inizio del viaggio in Oriente che stravolgerà le loro vite.
Il turista è colui che attraversa paesi stranieri senza mai entrare veramente in contatto con la nuova realtà in cui si trova, spesso intruppato in un viaggio di gruppo, trasportato e sballottato di qua e di là secondo un programma prefissato ("Se oggi è martedì, questo deve essere il Belgio" è il titolo di un divertente film), che passa il tempo a fotografare invece di cogliere un'atmosfera, che chiede gli spaghetti alla bolognese ad Hong Kong e poi si lamenta se li trova scotti.
Il viaggiatore, invece, è colui che prima di partire si documenta sulla storia del Paese che andrà a visitare, che cerca di calarsi nell'atmosfera del luogo, che assaggia la cucina locale, che cerca di farsi nuovi amici fra gli abitanti del Paese straniero e a loro si affida come guida per scoprirne gli aspetti più interessanti, non solo dal punto di vista turistico, ma anche sociale, culturale ed umano.
Prototipo di questo tipo di viaggiatore è stato il giornalista Tiziano Terzani, prematuramente scomparso per un tumore a metà degli anni Novanta.
Terzani è stato corrispondente di guerra di alcune importantissime testate come"Der Spiegel", ma è stato soprattutto un viaggiatore instancabile, curioso ed attento, che dei Paesi che ha visitato (il Vietnam, la Cambogia, il Giappone e soprattutto la Cina) ha lasciato ritratti indimenticabili.
Nel suo testamento spirituale ("Nella fine è il mio inizio", autobiografia in forma di colloquio col figlio) Terzani confessa che forse si è sentito più viaggiatore che giornalista, perché il desiderio di viaggiare è stata la molla che lo ha spinto a rifiutare un posto sicuro a Firenze e a tentare la carriera di corrispondente straniero di alcuni prestigiosi giornali europei.
Il metodo di Terzani per riuscire a cogliere l'atmosfera del Paese in cui era inviato consiste nello studiarne la lingua, la storia, l'economia, nel viaggiare sui mezzi di trasporto locali, nel frequentare i mercati, nell'assaggiare la cucina del posto, nel prendere casa e trasferire la famiglia al suo seguito.
Senza arrivare a soluzioni così radicali, si può prendere qualche suggerimento per far sì che il nostro viaggio non si risolva in un'esperienza vuota e superficiale, ma ci regali autentiche emozioni e un reale arricchimento spirituale: non è necessario che la meta sia lontana o esotica, anche un viaggetto nella propria regione, alla scoperta degli angoli più nascosti e dimenticati, in compagnia delle persone giuste con cui ci si senta veramente in sintonia, può darci emozioni indimenticabili.
Vorrei concludere citando un film e un racconto: il film è "Una gita scolastica" di Pupi Avati, regista delicato ed intelligente che racconta il viaggio d'istruzione di una scolaresca dei primi del '900; a differenza di quello che succede oggi, non si tratta di un

costoso viaggio all'estero, ma di una semplice gita a piedi nell'Appennino emiliano che si rivela una vera e propria esperienza di vita per i ragazzi e i loro insegnanti.
Il racconto del mio amato Pirandello (da cui è stato tratto un film) è *Il viaggio*: una donna ancora giovane, ma già vedova, viene colpita da un male incurabile. Da ragazza è stata innamorata del futuro cognato, ma la famiglia l'ha obbligata a sposare il fratello maggiore più ricco.
Lei si è sottomessa, è stata una buona moglie e madre ed ha vissuto tutta la vita chiusa in casa, assorbita dai doveri domestici, non vedendo nulla del mondo e trascurando completamente se stessa, mentre il cognato, per cercare di dimenticare quest'amore impossibile, ha trascorso l'esistenza viaggiando. Ora il caso, sotto forma della malattia di lei, li riunisce inaspettatamente: il cognato amorevolmente si prende l'incarico di accompagnarla a farsi visitare dai più importanti luminari della medicina ed inizia così questo viaggio a due che va da Palermo a Napoli, a Venezia.
Dovrebbe essere un viaggio triste, perché il verdetto è inesorabile, ma per la donna si trasforma nell'unica occasione che la vita le offre di uscire dall'ambiente soffocante del paese, di vedere grandi città brulicanti di vita, di visitare luoghi magnifici in compagnia dell'uomo da sempre amato. E per lui è l'occasione per ripagarla di tutto ciò che non ha mai avuto, di mostrarle quei luoghi, che lui ben conosceva ma che per lei erano meravigliose scoperte, di circondarla di quella cura e tenerezza con cui si può esprimere un amore sempre soffocato.
Ecco dunque che un viaggio verso la morte si trasforma in un viaggio verso la scoperta della vita e dell'amore.
Sarebbe bello che ognuno di noi potesse provare, almeno una volta nella vita, l'intensità di un'emozione, sia attraverso un viaggio, sia attraverso qualunque esperienza che ci coinvolga e ci faccia sentire vivi.

*Docente Liceo Classico.

BIBLIOGRAFIA

Andrete B. (1983) L'immagine di Ulisse: mito e archeologia. Einaudi, Torino.
Brilli A. (1995) Quando viaggiare era un'arte. Il romanzo del Grand Tour. Il Mulino, Bologna.
Cantarella E. (2002) Itaca. Feltrinelli, Milano.
Goethe W.J. (1980) Viaggio in Italia. Sansoni, Firenze.
Omero (2010) Odissea, ed. integrale. New Compton, Roma.
Pirandello L. (2007) Il viaggio; in Novelle per un anno. Mondatori, Milano.
Terzani T. (2006) La fine è il mio inizio. Longanesi, Milano.
N.B.:Le principali interpretazioni psicoanalitiche della figura di Ulisse sono riportate in Wikibooks alla voce "Interpretazioni psicoanalitiche dell'Odissea".

I film citati
Pupi Avati "Una gita scolastica",1983.
Bernardo Bertolucci "Il the nel deserto", 1990.
Vittorio De Sica "Il viaggio", 1974.

The emotion of travelling

The journey has always been a metaphor for life, the span of time we are given between our coming and our leaving.
The first great story of western civilazation is based on a long journey on land and sea, made by Ulysses who had to face a number of obstacles before being allowed to finally reach his home country.
Every journey gives us something, even if we do not go very far...many travellers have described the intense emotions and feelings arising from meeting new people, from seeing new places, from living in new atmospheres.

RECENSIONI

A CURA DI GIOVANNI CAVADI

Alberto Ghilardi ed Ermete Ronchi. *Sogno, istituzione e università. Uno spazio di ascolto sull'istituzione universitaria medica*. Quaderno Report CSR COIRAG. 2004, pp. 82.Università di Brescia, s.i.d.p.

Questo volumetto è frutto di una ricerca che vuole rispondere alle seguenti ipotesi:
1. È possibile un approccio alle istituzioni sulla base dei sogni, utilizzando la risorsa gruppo?
2. Può il sogno, con una specifica modalità di utilizzo, divenire uno strumento che si svincola dalla consueta permanenza su un piano di analisi individuale o gruppale, per essere utilizzabile come supporto al processo evolutivo dell'istituzione?
3. Può il sogno diventare non solo materiale utile per il recupero del benessere del singolo individuo, ma anche per rendere pensabile e autoregolabile il grado di benessere del gruppo e dell'istituzione?
La ricerca ha potuto mettere in luce parte di quella rete onirica, comunque attiva all'interno dell'istituzione per la formazione medica, esplorando nel modo in cui agisce, sviluppando e trasformando il modo con cui lavora e crea sapere riverberando i propri contenuti a più livelli in termini di emozioni, sentimenti, fantasie, ma anche di organizzazione e cultura. Completano la ricerca una bibliografia specifica ed un questionario. (G. C.)

Grosso Michael, Kelly Edward, Kelly Emily Williams, Crabtree Adam, Gauld Alan. *Irreducible Mind*. 2007, pp. 830, Rowman & Littlefield Inc., Lauham, (Ma)

Gli autori raccolgono una massa immensa di prove dell'esistenza di una mente non riducibile al suo cervello, anche se con esso intimamente connessa e interdipendente. Questa è la tesi che gli autori intendono provare. L'approccio scelto è quello storico. Infatti si rifanno a due autori, pionieri della ricerca psichica, l'inglese F.W.H. Myers (1843-1901) e l'americano W. James (1842-1910). Essi servono come contenitori in cui porre a confronto numerosissime prove empiriche e ricerche sulla mente incarnata nel suo cervello, effettuate nel secolo scorso e all'inizio del ventunesimo. In particolare focalizzano fenomeni singolari della mente, che non vengono accettati dalla scienza monista, materialista, in altre parole dalla scienza ufficiale. I più importanti sono: Percezione extra sensoriale, Psi, Psicocinesi, Telepatia, prestazioni eccezionali della memoria e del genio, ruolo della coscienza nella Medicina psicosomatica, nel meccanismo di Biofeedback, nel potere delle credenze, quali, ad esempio, il principio attivo del placebo e del nocebo.
Naturalmente, le esperienze mistiche trovano la loro giusta collocazione nel dibattito mente-cervello. Grande rilievo viene dato alle ricerche moderne su due fenomeni eclatanti per l'evidenza dell'indipendenza della coscienza dal suo cervello: *Near Death Experience* e *Out Body Experience*. Si tratta di ricerche scientifiche sull'esistenza dello spirito umano, cioè dell'anima. Proprio così, con questi termini prescientifici, chiamano la coscienza fisiologi quali W. Penfield e i premi Nobel Ch. Sherrigton e J. Eccles. Purtroppo il copyright di *Irreducible mind* è del 2007. Quindi i suoi autori non citano l'esperienza di pre-morte raccontata nel suo libro *The Proof of Heaven* da E. Alexander III (2012). Questo neurochirurgo americano ha un curriculum scientifico di tutto rispetto: 15 anni alla Scuola di Medicina dell'Università di Harward, pubblicazioni scientifiche internazionali sul cervello, numerosi interventi chirurgici sul cervello. Uno scienziato in regola con le credenze moniste e materialiste degli scienziati universitari. Ma un giorno, durante una settimana di coma da meningite batterica (l'*Escherichia coli* gli distrugge la corteccia cerebrale) compie un viaggio nell'Aldilà, come scrive lui stesso nel sottotitolo del suo libro. Egli considera questa esperienza una vera e propria prova scientifica dell'esistenza di una coscienza indipendente dal cervello (il suo, in coma, non poteva assolutamente compiere le operazioni raccontate). Sempre per ragioni di anno di copyright, gli autori di questo libro non possono rifarsi ad autori più recenti, come lo psicologo canadese Mario Beauregard, autore di *The Spiritual Brain* (2007) e di *Brain Wars* (2012). Il dibattito mente-cervello, minuziosamente descritto in *Irreducible Mind* è diventato una guerra per Beauregard che nel sottotitolo *The Scientific Battle Over the Existence of the Mind and the Proof That Will Change the Way We live our Lives* ne spiega la ragione: l'esistenza dello spirito umano implica cambiamenti filosofici, metafisici, morali e religiosi. Sono essi che impediscono agli scienziati monisti e materialisti di cambiare il loro paradigma scientifico, che non prevede nulla al di là dalla materia. Come scrive il biologo molecolare americano M.J. Behe nel suo contributo *Darwin's Black Box*, "... many important and well-respected scientists, just don't want there to be anything beyond nature". Con l'avvento della fisica quantistica, che esalta il ruolo della coscienza in rapporto alla materia, divenuta evanescente, si sperava che fosse arrivato anche il giorno dell'armistizio tra i due schieramenti. Non è stato così. La scienza ufficiale ignora praticamente il dato quantistico del rapporto mente-cervello. (Emilio Tiberi).

Giulio Maternini (curatore). *Mobilità ciclistica. Metodi, politiche e tecniche.* Presentazione di Roberto Busi. 2012, pp.285. EGAF Edizioni, Forlì, euro 19

Il volume XVI della collana Tecniche per la sicurezza in ambito urbano, curato da Maternini, professore Ordinario di Tecnica e pianificazione urbanistica dell'Università di Brescia, raccoglie dodici contributi che riguardano il ruolo della bicicletta nel sistema della mobilità dolce. Vengono considerate non solo le piste ciclabili e la loro regolamentazione normativa, ma anche una serie di contributi relativi alla mobilità ciclistica in Germania, Olanda, Svizzera e Australia.
Molto interessante la traduzione del *Highway Capacity Manual* del 2010 che fornisce la metodologia di riferimento per il calcolo del livello di servizio (LOS) per gli utenti della strada, in particolare i ciclisti. Curiosa la procedura che determina il LOS percepito da un ciclista che si muove lungo un itinerario ciclopedonale in sede propria, di tipo dedicato o promiscuo.
Il volume è corredato da grafici, formule e fotografie oltre che da una bibliografia specifica. (G. C.).

Lavoro e Medicina. Numero unico della rivista 2014, pp.61, ECIG, Genova, s.i.d.p.

Questo numero della rivista contiene solo due articoli.
Il primo curato dal Gruppo di lavoro "Medici competenti delle Aziende Sanitarie Liguri": "Immunoprofilassi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati nell'ambito della sorveglianza sanitaria".
Nel secondo, a cura dello psicologo M. Servadio et alii: "Lo stress lavoro correlato: dal singolo lavoratore alla salute organizzativa". (G. C.)

James J. Gibson. *L'approccio ecologico alla percezione visiva*. A cura di Vincenzo Santarcangelo con l'introduzione alla prima edizione del 1999 di P. Bozzi e R. Luccio. 2014, pp. 451. Mimesis Edizioni, Milano, euro 32

Scriveva Gibson nel presentare nel 1986 questa sua importante opera: «La visione è una faccenda strana e meravigliosa. Mi sono arrovellato sui suoi misteri per 50

anni. Ho pensato a lungo che il modo migliore per comprenderla fosse quello di studiare quanto acquisito dalla fisica della luce e dell'immagine retinica... Ma più studiavo l'ottica e la anatomo-fisiologia della visione e più questi misteri si infittivano...
Il presente libro garantisce un approccio del tutto diverso alla questione». Oggetto dell'analisi dello psicologo americano è non solo come vediamo l'ambiente che ci circonda, ma anche la percezione di dove ci troviamo rispetto all'ambiente e la comprensione di come la visione ci permetta di fare le cose, dalle più semplici alle più complesse.
Concetto fondamentale dell'approccio ecologico alla percezione visiva è il concetto di invariante che soggiace al cambiamento dell'assetto visivo. Gibson ha postulato quattro tipi di invarianti, che soggiacciono: al cambiamento di illuminazione, al cambiamento del punto di osservazione, alla sovrapposizione di campioni ed a un'alterazione locale di struttura.
Ha introdotto nelle ricerche sulla percezione visiva ecologica un altro importante concetto, quello di affordance: "Sono proprietà che vanno prese in considerazione in relazione ad un osservatore. Non sono né fisiche né fenomeniche". Un lessico relativo all'ottica ecologica e una bibliografia selezionata completano il volume. (G. C.).

ETSC European Transport Safety Council. *Making Walking and Cycling on Europe's Roads Safer. Pin flash report 29. 2015*; pp. 42, ETSC, Brussels, s.i.d.p.

Una pubblicazione densa di tabelle, grafici e dati sulla circolazione pedonale e ciclabile nella Unione Europea a 27, compresa l'infortunistica e l'incidentalità. Il periodo osservato va dal 2002 al 2014.
La prima parte è dedicata ad una comparazione tra nazioni; la seconda sulle misure da adottare per la sicurezza dei pedoni e dei ciclisti. Gli Annessi completano la pubblicazione presentando 16 tabelle comparative per periodo e per nazione. (G.C).

Crinali e Giovanna Bestetti (curatrice). *Sguardi a confronto. Mediatrici culturali, operatrici dell'area materno infantile, donne immigrate*. 2000. pp. 173, Angeli Editore, Milano, euro 11,36.

Crinali è un'associazione senza scopo di lucro, di ricerca, cooperazione e formazione interculturale tra donne.
Anche se datato, questo libro è di attualità data la forte immigrazione di questo periodo, con una sostenuta presenza di donne e bambini che fuggono dalla guerra e dalla miseria.
Il volume tratta del problema della gravidanza, del parto e dei primi anni di vita dei bambini che sempre più risultano legati alla propria storia ed appartenenza culturale. Le donne immigrate pongono le operatrici italiane dei servizi materno-infantili di fronte a diverse percezioni ed attese rispetto al"esperienza della maternità. Pur essendo un libro rivolto prevalentemente al profilo professionale della mediatrice linguistico culturale è di sicuro interesse per quelle psicologhe che operano nel settore. Buona parte del libro è dedicata ad un ricerca svolta raccogliendo le storie di nove mediatrici appartenenti a culture diverse mediante delle interviste.
Vengono presentate le molte difficoltà e barriere che si interpongono nel corso di tale attività, sia nei consultori che nelle strutture ospedaliere.
Secondo le curatrici, questa indagine potrebbe essere un contributo illuminante per le scelte di politica sanitaria rispetto alla clientela straniera.
Una guida bibliografica completa il volume (G.C.).

Giuseppe Antonino Morgana. *Sguardi che si trasformano. La psicoterapia e il suo mondo poetico*. 2005, pp. 290. Edizioni del Cerro, Tirrenia (Pisa)

Il libro di Morgana è una proposta di una possibile psicologia poetica e di un atteggiamento poetico in psicoterapia.
Il punto di vista poetico viene inteso dall'Autore non solo in rapporto al linguaggio dell'esistenza, che è dato dalla poesia, ma anche secondo due aspetti fondamentali e complementari: da una parte come fondo naturale della psiche, dall'altra come qualità generale del vivere.
Il riferimento culturale di fondo è l'opera di Jung che, secondo l'Autore, è decisamente sensibile alla prospettiva poetica. Lo sguardo dei pazienti bloccato nelle forme della sofferenza psichica necessita di una nuova esperienza (G. C.).

Leonardo Abazia, Vincenzo Avallone, *Compendio di psicologia per l'operatore sanitario. Area infermieristica, tecnica e riabilitativa*. Casa Editrice Franco Angeli, Milano. 2010, pp. 202, euro 26,00 (www.francoangeli.it)

«La conoscenza del mondo si acquisisce leggendo i libri, ma quello che è necessario imparare è il comportamento degli uomini studiando tutte le loro diverse "edizioni" » (Lord Chesterfield).
È questa frase a racchiudere l'essenza del libro di Leonardo Abazia, psicologo e psicoterapeuta, e di Vincenzo Avallone, psicologo clinico e neuroriabilitatore.

Il volume introduce un tema poco affrontato, che tuttavia rappresenta una criticità in ambito sanitario: si propone infatti di appianare il divario esistente fra le professioni sanitarie e le discipline psicologiche. È possibile scindere l'aspetto biologico dell'essere umano, il suo corpo, dalla sua totalità di persona? La risposta sembra scontata, eppure nel percorso formativo sanitario è difficile ritrovare un libro di testo capace di evidenziare e valorizzare il rapporto con il paziente sul versante della relazione e della cura alla persona intesa come essere umano portatore di sentimenti ed emozioni. Il testo, frutto di una collaborazione tra docenti di discipline umanistiche e formatori in ambito sanitario, si configura come una buona guida di riferimento, in quanto illustra le basi delle discipline psicologiche, gli aspetti salienti e le criticità della relazione utente-operatore.
Vengono illustrati i processi alla base delle discipline psicologiche e i meccanismi del funzionamento della mente, plasticità mentale, percezione, apprendimento e memoria, come funzioni interconnesse. Particolare attenzione viene poi rivolta alle emozioni, in quanto elementi che influenzano il comportamento e le relazioni umane. Nella seconda parte del testo, esse assumono un ruolo centrale attraverso l'approfondimento dei processi comunicativi, degli stereotipi e dei pregiudizi. Gli autori, affrontando le principali dinamiche di un gruppo di lavoro, si soffermano sul lavoro di équipe, che assume un ruolo primario nel mondo ospedaliero, e sui possibili effetti deleteri che lo stesso può comportare, fra i quali il fenomeno del mobbing.
Nella terza parte vengono condensate le principali dinamiche relazionali suddivise per tipologia di utenza. Viene proposto un viaggio nel mondo del bambino e del suo sviluppo, nel mondo dell'anziano, il quale si trova ad affrontare i cambiamenti del proprio corpo e della propria vita, così come del malato terminale, costretto a confrontarsi con la propria fine terrena.
Nell'ultima parte, infine, viene dedicato ampio spazio al modello biopsicosociale ed alla nuova concezione di salute, di handicap e di disabilità, che hanno determinato diversi cambiamenti all'interno del complesso mondo sanitario. (ALESSIA D'AGOSTINO - Psicologa)

February 14 - 17, 2018:
46TH ANNUAL MEETING INTERNATIONAL NEUROPSYCHOLOGICAL SOCIETY
Washington DC USA
www.the-ins.org/future-ins-meetings

April 13 - 14, 2018:
EUROPEAN FEDERATION OF PSYCHOLOGY TEACHERS ASSOCIATIONS (EFPTA)
Reykjavik, Iceland
www.efpta.org/home/index.asp?sid=4

May 9 - 12, 2018:
9TH WORLD CONGRESS, WORLD INSTITUTE OF PAIN
Dublin, Ireland
lp.www2.kenes.com/wip_2018_lp/

May 26, 2018:
16TH WORLD CONGRESS, WORLD ASSOCIATION FOR INFANT MENTAL HEALTH
Rome, Italy
www.waimh.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3279

June 16 - 19, 2018:
31ST CINP WORLD CONGRESS: NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY: MEETING GLOBAL CHALLENGES WITH GLOBAL INNOVATION
Vienna, Austria
cinp.org/vienna/

June 25 - 30, 2018:
29TH INTERNATIONAL CONGRESS OF APPLIED PSYCHOLOGY
Montreal, Canada
www.icap2018.com

June 29 - July 3, 2018:
21 ICIS (INTERNATIONAL CONGRESS ON INFANT STUDIES): BUILDING BRIDGES
Philadelphia, Pennsylvania, USA
www.infantstudies.org/congress-2018/

July 1 - 5, 2018:
2018 INTERNATIONAL CONGRESS OF THE INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR CROSS CULTURAL PSYCHOLOGY (IACCP)
Guelph, Ontario, Canada
iaccp.org/node/627

July 3 - 8, 2018:
PME (PSYCHOLOGY OF MATHEMATICS EDUCATION) 42ND ANNUAL CONFERENCE, 2018
Umeå, Sweden
www.igpme.org/index.php/annual-conference

July 4 - 7, 2018:
2018 ANNUAL MEETING OF THE INTERNATIONAL SOCIETY OF POLITICAL PSYCHOLOGY
San Antonio, Texas, USA
ispp.org/meetings/future

July 10 - 10, 2018:
11TH CONFERENCE OF THE INTERNATIONAL TEST COMMISSION (ITC)
Montreal, Canada
www.intestcom.org/page/26

July 10 - 13, 2018:
IMPS2018 – INTERNATIONAL MEETING OF THE PSYCHOMETRIC SOCIETY
New York City, New York, USA
www.psychometricsociety.org/content/imps-2018-announcement

July 12 - 16, 2018:
INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR RELATIONSHIP RESEARCH 2018 CONFERENCE
Fort Collins, Colorado, USA
www.iarr.org/2018-conference/

July 18 - 21, 2018:
2018 INS (INTERNATIONAL NEUROPSYCHOLOGICAL SOCIETY) MID-YEAR MEETING
Czech Republic
www.the-ins.org/future-ins-meetings

July 23 - 28, 2018:
23RD WORLD CONGRESS OF THE INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY AND ALLIED PROFESSIONS
Prague, Czech Republic
www.iacapap2018.org

August 9 - 12, 2018:
126TH ANNUAL CONVENTION OF THE AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION
San Francisco, CA, USA
www.apa.org/convention

August 23 - 25, 2018:
21ST INTERNATIONAL HYPNOSIS CONGRESS
Montreal, Canada
http://www.ishhypnosis.org/triennial-congress/invitation-to-congress/

September 4 - 8, 2018:
19TH INTERNATIONAL ORGANIZATION OF PSYCHOPHYSIOLOGY (IOP) WORLD CONGRESS
Lucca, Italy
www.iopworld.org/Congress

September 5 - 7, 2018:
13TH CONFERENCE OF THE EUROPEAN ACADEMY OF OCCUPATIONAL HEALTH PSYCHOLOGY
Lisbon, Portugal
www.eaohp.org/conference.html

October 31 - November 2, 2018:
INTERNATIONAL SOCIETY FOR DEVELOPMENTAL PSYCHOBIOLOGY ANNUAL MEETING
San Diego, California, USA
www.isdp.org/future

November 12 - 16, 2018:
CRCP2018: CARIBBEAN REGIONAL CONFERENCE OF PSYCHOLOGY
Havana, Cuba

February 20 - 23, 2019:
47TH ANNUAL MEETING, INTERNATIONAL NEUROPSYCHOLOGICAL SOCIETY (INS)
New York City, New York, USA
www.the-ins.org/future-ins-meetings

March 21 - 23, 2019:
BIENNIAL MEETING OF THE SOCIETY FOR RESEARCH IN CHILD DEVELOPMENT
Baltimore, Maryland, United States
www.srcd.org/meetings/biennial-meeting

July 12 - 20, 2019:
WORLD CONGRESS OF BEHAVIOURAL AND COGNITIVE THERAPIES
Berlin, Germany
wcbct2019.org

August 8 - 11, 2019:
127TH ANNUAL CONVENTION OF THE AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION
Chicago, Illinois, USA
www.apa.org/convention

June 1, 2020:
32ND INTERNATIONAL CONGRESS OF PSYCHOLOGY
Prague, Czech Republic
www.icp2020.com

July 1 - 4, 2020:
48TH ANNUAL MEETING OF THE INTERNATIONAL NEUROPSYCHOLOGICAL SOCIETY
Vienna, Austria
www.the-ins.org/future-ins-meetings

August 6 - 9, 2020:
128TH ANNUAL CONVENTION OF THE AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION
Washington, DC, USA
www.apa.org/convention

April 8 - 10, 2021:
BIENNIAL MEETING OF THE SOCIETY FOR RESEARCH IN CHILD DEVELOPMENT
Minneapolis, Minnesota, United States
www.srcd.org/meetings/biennial-meetin

Tra immaginazione e realtà: *Treasures from the Wreck of the Unbelievable* di Damian Hirst

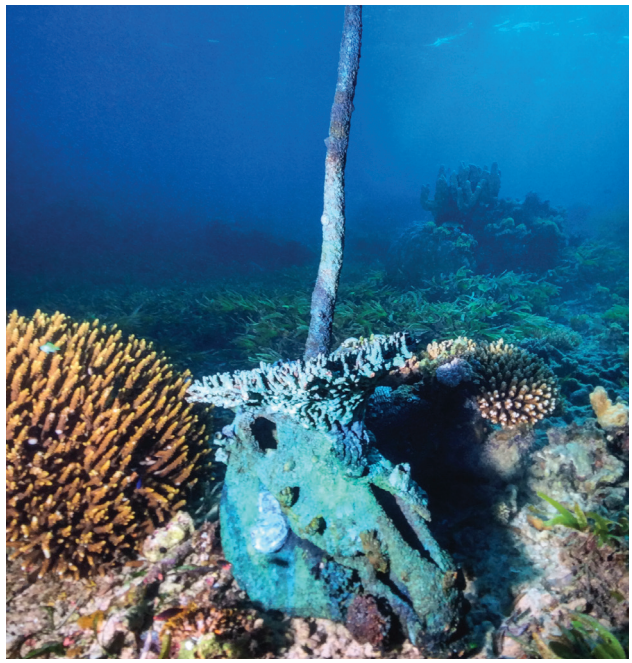
ROSA DE ROSA

Chi va a Venezia per la Biennale 2017 (dal 13 maggio al 26 novembre), non può non visitare la prima grande mostra in Italia di Damien Hirst (l'artista inglese noto al grande pubblico per gli "squali in formaldeide"), allestita alla Punta della Dogana, a Palazzo Grassi e alla F. Pinault Foundation (dal 9 aprile al 3 dicembre 2017). Un progetto straordinariamente ambizioso, durato dieci anni, sostenuto dallo stesso Pinault, che ha messo in scena una immaginifica rappresentazione dei miti greci, romani, egizi, maya. Gigantesche sculture, teste di faraoni, sfingi, Buddha, gioielli, monete, animali, opere leggendarie (come lo scudo di Achille), con qualche imprevista intrusione nell'oggi: un Mazinga d'oro massiccio, e Pippo e Topolino, riconoscibili sotto le sovrabbondanti incrostazioni marine

Un'enorme produzione, circa 190 opere, che suscita incredulità e mette lo spettatore in oscillazione tra realtà e fantasia, genialità e artificio, verità e immaginazione, impedendogli di distinguere il limite tra storia e invenzione.
«Nel 2008, al largo della costa orientale dell'Africa fu scoperto un vasto sito con il relitto di una nave naufragata. Il ritrovamento ha avvallato la leggenda di Cif Amotan II, un liberto di Antiochia vissuto tra la metà del I e l'inizio del II secolo d.C. La storia di Amotan racconta che dopo l'affrancazione lo schiavo accumulò una immensa fortuna e creò una collezione di oggetti provenienti da ogni angolo del mondo antico. I leggendari cento tesori del liberto furono caricati sulla gigantesca nave Apistos per essere trasportati in un tempio appositamente edificato dal collezionista. Ma l'imbarcazione affondò, consegnando il proprio tesoro alla sfera del mito e generando così infinite varianti di questa storia d'ambizione, avarizia, splendore e ubris. La collezione rimase sul fondo dell'Oceano Indiano per circa duemila anni, prima che il sito fosse scoperto nel 2008. Quasi un decennio dopo l'inizio degli scavi, questa mostra raccoglie insieme tutte le opere recuperate in quello straordinario ritrovamento...».
Questa la storia (improbabile) che viene narrata, con l'aiuto di enormi fotografie e di un formidabile video, in cui vedrete le statue emergere dagli abissi ed essere recuperate, come accade a Hydra e Kali, le grandi figure combattenti che si possono ammirare alla Punta della Dogana, o alla gigantesca scultura *Demon with Bowl*, alta più di 18 metri, copia di un bronzo più piccolo recuperato dal relitto, nel cortile di Palazzo Grassi.
Alcune sculture sono esposte com'erano prima di aver subito puliture e/o restauri, e mostrano un'incredibile varietà di incrostazioni di coralli, spugne, conchiglie, materiali sedimentati in duemila anni di permanenza in mare, fino al 2008, anno della scoperta del relitto e del finanziamento del recupero.
Il ricchissimo patrimonio esposto – scrive Simon Schama nel catalogo – ci dimostra che «l'arte, come la vita, si trova da qualche parte tra un caso fortuito che aspetta di accadere e una burla ancora da svelare».
Dobbiamo quindi parlare di "spettacolo artistico" il cui fine non è lo svelamento di verità ma una "trappola di illusione", la presa d'atto della "vittoria amorosa" dell'effimero sulla realtà. Uno spettacolo che è terreno di ricerca di nuovi codici, nuovi assortimenti di materiali (resine, vetro, alluminio, silicone, acciaio, malachite, giada, oro, argento, marmo, granito...), nuove tecnologie per nuove forme espressive.

* Docente del Dipartimento Arti Visive dell'Accademia di Belle Arti Aldo Galli di Como.

LINK art



Volume 23 / Number 1 / 2018

European Psychologist

Editor-in-Chief
Peter Frensch

Managing Editor
Kristen Lavallee

Associate Editors
Rainer Banse
Ulrike Ehlert
Katariina Salmela-Aro

Official Organ of the European Federation of Psychologists' Associations (EFPA)

Lo ***European Psychologist***, dalla sua apparizione nel 1996, ha pubblicato oltre 800 articoli, da quelli di ricerca, alle rassegne sui temi di più ampio interesse, a recensioni e notizie sul mondo della psicologia da tutta Europa, con un elevato impact factor medio.
La rivista esce 4 volte l'anno.
L'abbonamento dà diritto ad ambedue le versioni: stampata e online. Gli psicologi italiani interessati a saperne di più o a sottoscrivere l'abbonamento per il 2018, possono rivolgersi a Hogrefe Editore, casa editrice di test del Gruppo Hogrefe operante in Italia:

www.hogrefe.it
info@hogrefe.it.

hogrefe