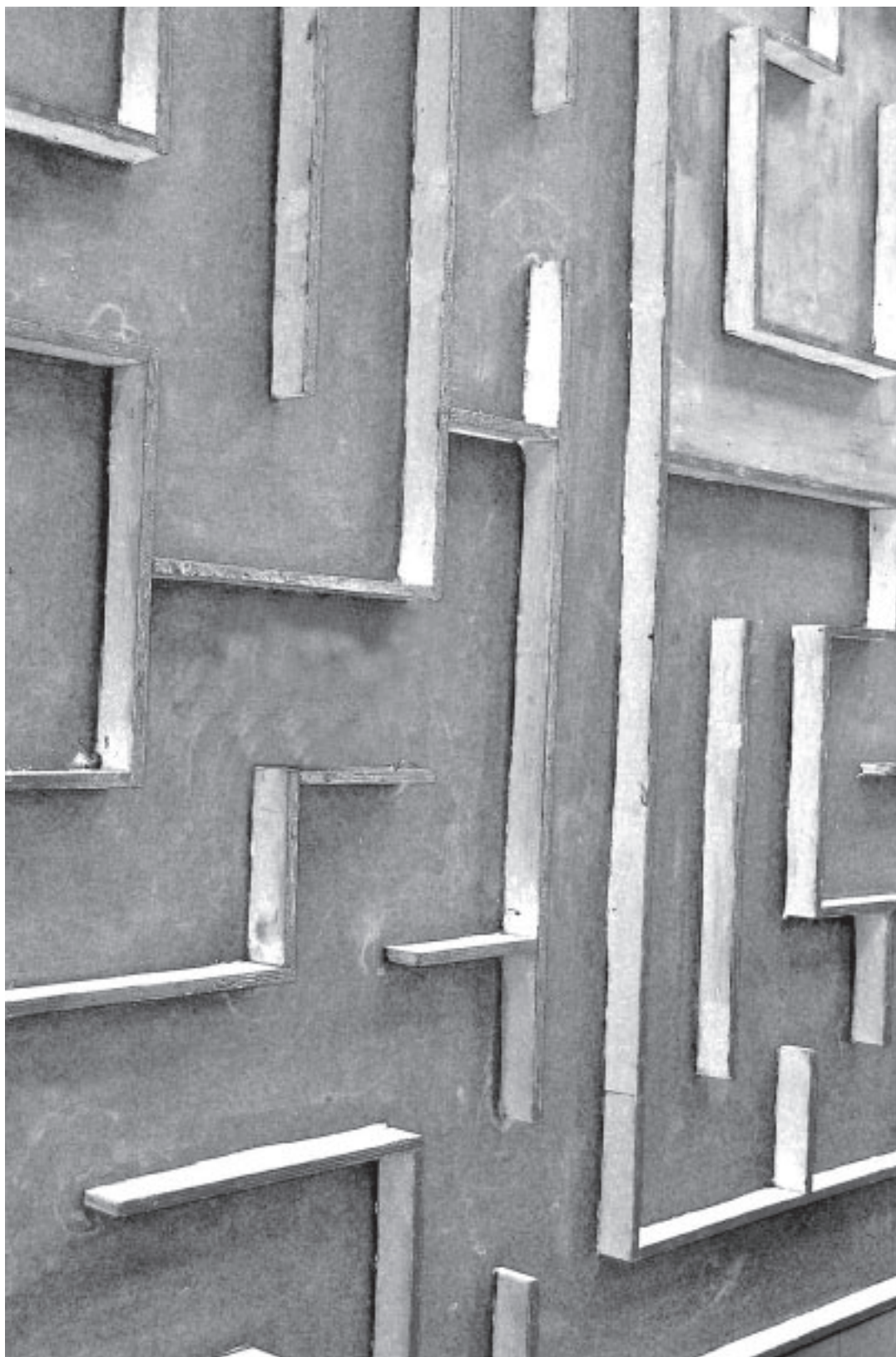


link



**Direttore responsabile**  
Rinaldo Perini

**Redazione**  
Vito Tummino (*Presidente Federazione Società Scientifiche di Psicologia, FISSP*),  
Giovanni Cavadi (*Docente Università Milano Bicocca*)

Consuelo Caimi, Carla Gaffuri, Cristina Petitto, Lucia Schiera, Giovanni Pagani

**Segreteria**  
Alessandra Albini  
(alessandra.albini@hsacomito.org)

**Comitato scientifico**  
Adalgisa Battistelli, Alessandro Bruni,  
Anita Caruso, Michele Cusano,  
Raffaele Felaco, Isabel Fernandez (*Presidente EMDR*), Maurizio Gasseau, Maria Clotilde Gislon (*Presidente ISERDIP*), Gioia Gorla (*Presidente Associazione italiana per la psicologia e la psicoterapia*), Maria Grazia Inzaghi, David Lazzari, Giovanni Lodetti, Antonio Lo Iacono, Gabriella Morasso, Anna Rita Ravenna, Pierangelo Sardi, Mario Sellini (*Presidente Società scientifica Form AUPI*), Enzo Spaltro, Riccardo Telleschi, Isabella Zucchi (*Presidente Società italiana consulenti del linguaggio grafico*)

**Redazione Como**  
DSM Azienda Ospedaliera Sant'Anna,  
Unità Operativa di Psicologia  
via Napoleona, 60 22100 Como,  
tel. 031.5855896,  
e-mail: redazione.link@hsacomito.org

**Redazione Roma**  
Sede centrale AUPI,  
via Arenula 16, 00186 Roma,  
tel. 06.6873819,  
fax 06.68803822

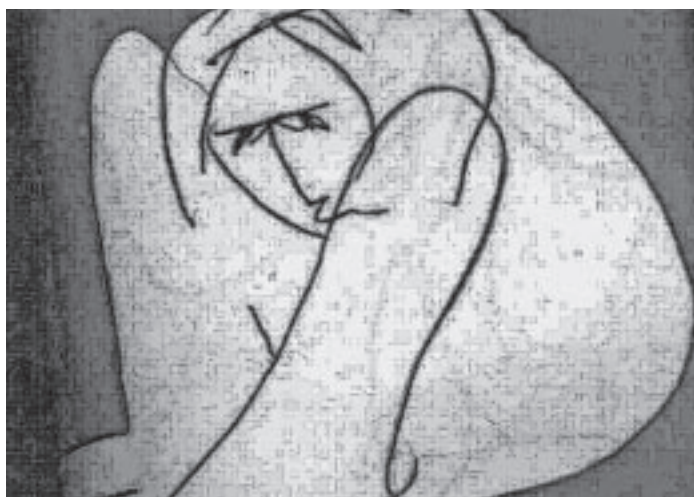
**Amministrazione**  
Via Arenula 16, 00186 Roma,  
tel. 06.6873819, fax 06.68803822  
e-mail: formaupi@aupi.it

**Art director**  
Andrea Rosso

**Grafica e impaginazione**  
*Natura e comunicazione/* Como  
www.andrearosso.fotocomp.it

**Stampa**  
*Edigraf Editoriale Grafica*, Roma,  
via E. Morosini 17, tel. 06.5814154

Poste Italiane SpA  
Spedizione in abbonamento  
postale - D. L. 353/2003  
(conv. in L. 27.02.2004 n. 46)  
art. 1 comma 2 - DCB - Roma  
Registrazione del Tribunale di Roma  
n. 278 del 7/6/2002



## LINK È UNA PUBBLICAZIONE PRODOTTA GRAZIE AI CONTRIBUTI DELL'AUPI E DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE DELLA FISSP

*Link* non è in vendita, viene inviata agli iscritti dell'AUPI  
e delle Società scientifiche.

12 LUGLIO 2008

### NORME PER GLI AUTORI

I manoscritti inviati per pubblicazione su *Link* devono essere indirizzati via e-mail al Direttore editoriale (Vito Tummino, vitotu@tiscali.it) 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/i 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 (**abstract**) 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 outpatients 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

**È** di attualità la questione della possibilità di accesso all'informazione scientifica psicologica. Sappiamo che l'informazione scientifica di ambito psicologico non è a disposizione di tutti gli psicologi: infatti una parte del mondo scientifico professionale è rimasta per molto tempo ai margini della ricerca accademica, e in parte lo è ancora, proprio a causa delle difficoltà di accesso alle pubblicazioni prodotte nelle nicchie universitarie.

Attualmente gli ambiti della psicologia sono molto variegati; ma è evidente, soprattutto per il peso che lo sviluppo della professione ha assunto in molti di quegli ambiti, (Sanità, Psicologia della organizzazione del lavoro, Psicologia del traffico, Psicologia dell'emergenza, solo per fare alcuni esempi) che l'informazione scientifica riveste un'importanza fondamentale. Non era così all'inizio del secolo scorso, quando la scienza psicologica non aveva ancora il ruolo e l'importanza sociale che ha oggi. In questi ultimi decenni sono stati in attività più psicologi che in tutta la storia della psicologia; lo stesso si può dire del numero di ricerche e delle innovazioni teoriche, nonché delle loro applicazioni. Nonostante ciò, l'attività scientifica e di ricerca in Italia è svolta da una frazione trascurabile di psicologi concentrati prevalentemente in ambito universitario: fortunatamente, però, una parte considerevole di psicologi professionisti si dedicano sempre più alla ricerca soprattutto in ambito clinico.

Tecnica e tecnologia psicologiche sono più attive nel ricercare applicazioni utili ai bisogni umani, in un intrecciarsi di domanda e di offerta di sapere psicologico. Il mondo universitario e la realtà professionale sono chiamati a rispondere a nuovi bisogni e nuove emergenze indotti dalla complessità delle trasformazioni che la vita quotidiana velocemente richiede.

Tenere separata la didattica dalla professione, la teoria dalla pratica, la ricerca sperimentale dalla clinica, equivale a far nascere un bambino e a non prendersi la responsabilità di crescerlo: la psicologia ha ormai abbondantemente superato più di un secolo di esperienza e presenza sulla scena scientifica e applicativa. Di fronte a trasformazioni tanto profonde e radicali, la natura stessa della ricerca psi-



cologica ha subito mutamenti, il modo di fare psicologia è cambiato, e dunque anche l'informazione scientifica ha assunto un ruolo diverso.

Però non si può accettare acriticamente ogni manipolazione e uso spregiudicato e senza controllo dell'informazione scientifica psicologica per il semplice fatto che è "nobilitata" dalla domanda del mercato. È compito degli psicologi, e di tutti coloro che hanno a cuore le sorti della scienza psicologica, tenere gli occhi aperti affinché la produzione di lavori psicologici selvaggi sia criticato liberamente e che le monopolizzazioni a uso privato della produzione scientifica di eccellenza non si risolvano in un danno o in un ostacolo per la ricerca e la sua applicazione tecnica. Tutte le ricerche psicologiche devono dunque essere sottoposte a critica: solo così si salva la serietà del lavoro scientifico. È su questa mission che vuole collocarsi *Link* all'interno della variegata produzione scientifica psicologica italiana. Siamo al 12° numero: un breve bilancio sui contributi apparsi nei numeri precedenti ci informa che il 39% sono articoli scritti da accademici e questo ci conforta nel continuare su questa linea editoriale. In questo numero di *Link* troviamo, nella sezione *Focus*, due importanti contributi. Girolamo Lo Verso, attraverso l'esperienza clinica ed esistenziale della Gruppoanalisi, risveglia le nostre radici culturali mediterranee quale metafora del viaggio in mare assieme ai personaggi omerici; Giorgio Blandino, docente all'Università di Torino, con un provocatorio *Psicologi o badanti* ci ricorda quanto fondamentale sia tenere ben presente che la psicologia è una scienza al servizio della collettività e della promozione del benessere sociale: la sua azione non si esaurisce in un mero tecnicismo applicativo di teorie più o meno efficaci, ma si sviluppa nel promuovere strutture di relazioni più sane, umane, democratiche e civili.

La *Storia* di cui ci parla in questo numero Giovanni Cavadi è dedicata a un geniale ricercatore e psicologo tedesco, Hans Jürgen Eysenck (Berlino, 1916 – Londra, 1997) noto per i suoi studi nel campo della psicomетria, della psicologia sperimentale e dell'analisi fattoriale: la bibliografia che segue la biografia mostra quanto imponente e diversificata sia stata la sua attività editoriale scientifica.

Nella sezione *Esperienze* ospitiamo un interessante lavoro di Giorgio Bertolotti che ci offre una panoramica sulla letteratura scientifica relativa alle ricerche in psicologia clinica applicate alla gestione dei pazienti oncologici; ci descrive inoltre un caso clinico trattato con le tecniche del rilassamento.

Mario Andrea Salluzzo affronta, nella sezione *Società*, le criticità nelle consulenze tecniche d'ufficio e di parte nei casi di separazione e divorzio. Lo psicologo consulente può arrecare ai figli e ai genitori danni gravi se collude con una acritica e deresponsabilizzante azione peritale che rafforza e illude la coppia in conflitto circa le virtù magiche della procedura giudiziaria. Noi psicologi per primi dobbiamo essere consapevoli di quanto sia effimera l'idea che la giustizia possa dirimere contenziosi che riguardano la sfera delle relazioni affettive: forse dobbiamo ribadire con forza l'importanza di un percorso di aiuto e sostegno psicologico pre-separazione coniugale.

Mara Donatella Fiaschi, insieme ad altri autori dell'Ospedale S. Martino di Genova, ci presenta i dati relativi ad una ricerca sulla correlazione tra meccanismi di difesa e modalità di parto. I risultati convergono sul dato che l'utilizzo di interventi più medicalizzanti per il parto sono più connessi a meccanismi difensivi di intellettualizzazione, razionalizzazione e isolamento. Si può, attraverso un intervento psicoeducativo con le donne gravide, aiutarle ad affrontare il parto in condizioni più naturali, meno invasive e in ultima analisi meno traumatici. In questo caso la ricerca fornisce utili elementi di riduzione del ricorso al taglio cesareo, con importanti riflessi sul risparmio economico e sul benessere psicologico che ne può derivare.

La sezione *Strumenti* è dedicata al linguaggio grafomotorio e ai risultati delle ricerche a applicazioni in questo settore attraverso un'analisi critica fornita da Federico Gresta dell'Università degli Studi di Urbino.

Il *Caso Clinico* di questo numero è la storia di una classe alle prese con evento drammatico: la sorella di un bambino della classe elementare ha ucciso entrambi i genitori. Castelli e altri descrivono gli interventi effettuati con l'insegnante e i bambini utilizzando la tecnica dell'EMDR.

Segue un nutrito gruppo di recensioni, curate da Giovanni Cavadi.

Nella sezione *Emozioni* ospitiamo una riflessione di Serena Scionti su come educare alla sessualità attraverso il metodo narrativo elaborato da Fabio Veglia.

Infine Rosa De Rosa presenta una breve riflessione sul lavoro della pittrice Frida Kalo, esempio espressivo dei rapporti tra analisi psicologica, psicoterapia e arte.

Vito Tùmmينو

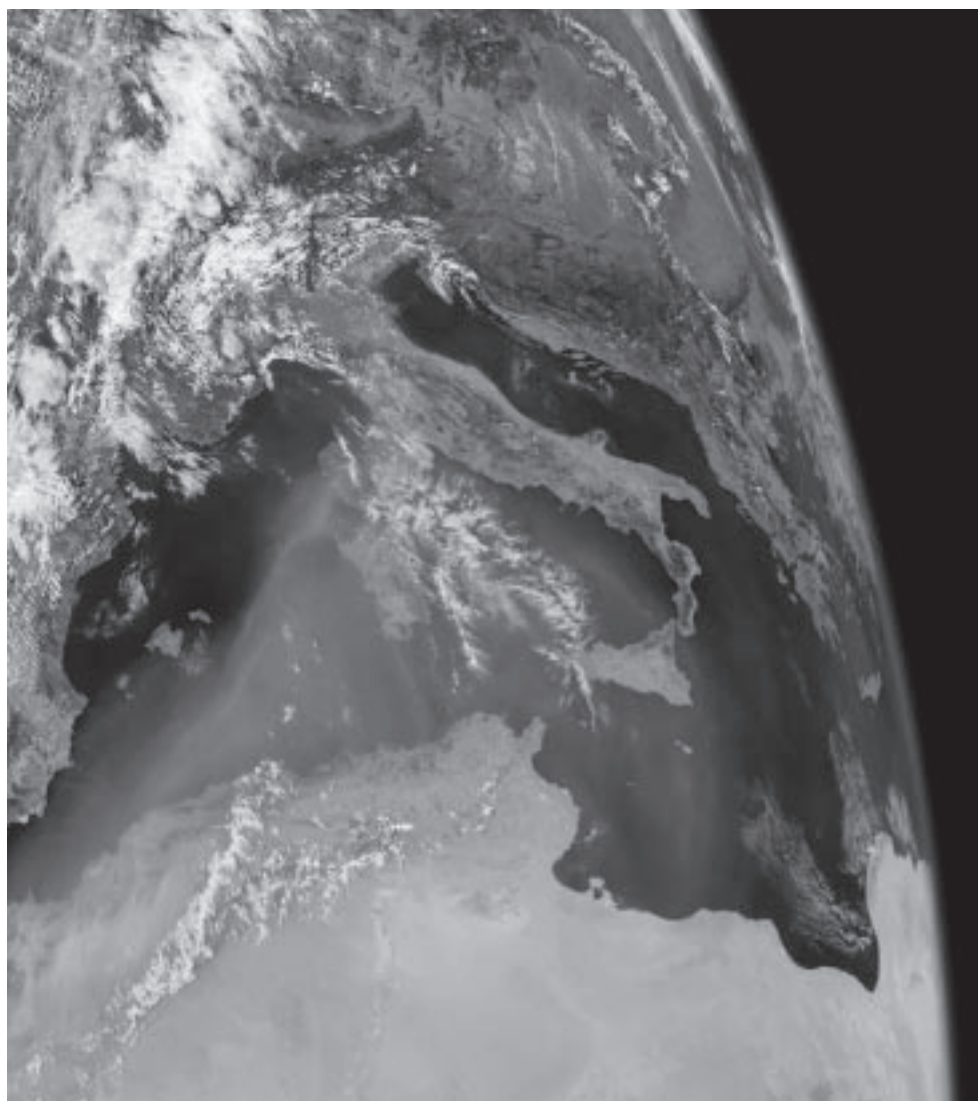
# link 12 focus

## **Una metafora per la gruppoanalisi**

GIROLAMO LO VERSO

## **Psicologi o badanti? Sulla necessità della formazione storico-filosofica degli psicologi**

GIORGIO BLANDINO



# Una metafora per la gruppoanalisi

GIROLAMO LO VERSO\*

Strettamente legate da un rapporto di riverbero e riflessione, la pratica clinica e l'elaborazione teorica sono due attività richiedenti una chiara cornice epistemologica, rigore metodologico ed, assieme a ciò, un'opportuna integrazione con gli aspetti mitopoietici dell'esistenza. Con particolare riferimento a quest'ultimi, vorrei proporre qui alcune considerazioni sulla psicoterapia utili alla comprensione dell'esperienza terapeutica grupppale attraverso l'utilizzo di una metafora a me cara: il Mediterraneo. In quanto alla scelta del Mare aggiungerei che, al di là del carattere affettivo insito nella mia identità di "isolano e pescatore", l'idea di considerare il Mediterraneo metafora possibile dell'esperienza terapeutica grupppale a lungo termine, scaturisce dalle caratteristiche (morfologiche, climatiche, ecc.) e dalla vicenda storica di questo mare. Vedremo, infatti, com'esso ci offrirà preziosi spunti di riflessione sulle difficoltà che è possibile incontrare nel lavoro terapeutico di gruppo, sulla tecnica del gruppoanalista, sulle paure e le resistenze dei pazienti, ecc. fino a divenire luogo straordinariamente esemplificativo dell'unitarietà del sentire di ogni gruppo. Penso e spero che ciò possa valere anche per ogni psicologo e psicoterapeuta.

Per quanto poco ortodosso sia il carattere simbolico del collegamento, mi consentirà di cogliere alcuni aspetti teorici e metodologici della gruppoanalisi, a partire dalle opzioni epistemiche e dai fondamenti teorici, fino ad arrivare alle questioni più tecniche. Solo per accortezza, infine, vorrei avvisare il lettore dell'eventualità d'imbarcarsi, durante la lettura, in accostamenti inattesi... sulla scia degli incontri di Ulisse con Circe, Calipso, Nausica, ecc.; incontri che simbolicamente raccolgono e raccontano l'odissea umana, dove il viaggio in mare diventa metafora della vita. Riferirmi al mito omerico, infatti, se da un canto mi permetterà di collegare alcuni aspetti della navigazione di Ulisse alle difficoltà incontrate dai pazienti durante la terapia gruppoanalitica, dall'altro mi consentirà di cogliere un'interessante varietà di atteggiamenti nel carattere del nostro navigatore/viaggiatore, anch'essi rappresentativi della tipologia di pazienti che è possibile incontrare in gruppo. Ciò premesso, provo, adesso, ad esplicitare il "fondale teorico" della terapia di gruppo con esplicito riferimento al Mare Nostrum. Alcuni temi centrali della ricerca gruppoanalitica soggettuale (Lo Verso, 1994; Lo Verso Di Blasi, in press) riguardano il rapporto tra i miti familiari in cui si è catturati e l'esperienza agognata e temuta dell'Alterità, il rapporto individuo-gruppo, quello tra antropologia e inconscio, ecc. Proprio con riferimento ad essi, ritengo che il Mediterraneo, unico per le sue caratteristiche morfologiche, climatiche e storiche, consenta un'efficace traduzione in immagini delle elaborazioni di alcuni concetti chiave della teoria gruppoanalitica ed, in particolar modo, del concetto di transpersonale (Lo Verso, 1994) nei suoi diversi

*L'idea di considerare il Mediterraneo metafora possibile dell'esperienza terapeutica grupppale a lungo termine, scaturisce dalle caratteristiche (morfologiche, climatiche) e dalla vicenda storica di questo mare. Esso offre preziosi spunti di riflessione sulle difficoltà del lavoro terapeutico di gruppo, sulla tecnica del gruppoanalista, sulle paure e le resistenze dei pazienti, fino a divenire luogo straordinariamente esemplificativo dell'unitarietà del sentire di ogni gruppo*

***Una gestione competente del processo gruppale permette di superare le atmosfere burrascose e di vivere lo “spazio-senza”, momento particolarmente difficile ma essenziale della terapia. Il Mediterraneo e la terapia di gruppo si distinguono non solo per la compresenza della conformità e della diversità ma anche, e più profondamente, per la peculiarità delle dinamiche scaturenti dall'incontro tra queste polarità***

aspetti. Per quanto relativamente chiuso tra le coste dell'Europa meridionale, dell'Africa settentrionale e dell'Asia Minore, la morfologia del Mediterraneo è tale da consentire un ricambio d'acque con l'Atlantico, con cui comunica tramite lo stretto di Gibilterra. Già nelle linee essenziali di questa struttura è possibile rintracciare un'interessante analogia con quel «luogo» o «dispositivo generativo» della vita psichica che consente all'individuo di iniziare a sviluppare la propria identità, ovvero il campo mentale familiare. Caratteristica essenziale della struttura del campo mentale familiare è, infatti, la configurazione aperta, ovvero la possibilità (proprio come le acque del Mediterraneo con quelle dell'Atlantico) di un discreto ricambio di significati. Questo tipo di configurazione, che Pontalti e Menarini (1986), più tecnicamente, definiscono «matrice familiare insatura», permette all'individuo di ri-significare il mondo in modo nuovo, grazie alla possibilità di un gioco fluttuante nel rapporto tra significante e significato. Ma c'è di più. Oltre a farci riflettere sulla morfologia del campo mentale familiare, la metafora del Mediterraneo ci consente di visualizzare e discutere un ulteriore livello della psiche soggettuale: il livello etno-antropologico. Ricco di storia e di leggenda, di vicende dolorose e drammatiche, delle più aspre tensioni così come dei più grandi e commoventi ritorni, il Mediterraneo è culla di civiltà della nostra storia e, quindi, luogo fondativo della psiche soggettuale (Lo Verso, 1994), concetto che ho coniato per segnalare come la vita psichica nasca e si sviluppi non individualisticamente. È proprio se pensiamo alla storia che l'ha segnato, infatti, che la vicenda di questo mare diventa “paradigmatica” del lavoro nei gruppi terapeutici: lo scontro tra culture fondamentaliste, i naufragi, le derive... ma anche gli scambi, gli apprendimenti, la condivisione di saperi ed esperienze, ecc. Detto diversamente: così come la navigazione nel Mediterraneo, la terapia di gruppo implica inevitabilmente la scoperta dell'Alterità, e con essa, talvolta, l'irrigidimento difensivo da parte dei pazienti in posizioni “fondamentaliste” (sintomatiche) che nascondono la paura di scoprirsi naufraghi e alla deriva. E, tuttavia, una gestione competente del processo gruppale permette di superare le atmosfere burrascose e di vivere lo spazio-senza (periodo in cui l'identità sintomatica non trova più appigli, ma in cui non è neanche possibile per il paziente iniziare a progettare il futuro, poiché ancora troppo forte è il sentimento nostalgico e di sicurezza rispetto ad essa ed ai suoi significati. Lo Verso, 1994), momento particolarmente difficile ma essenziale della terapia. Il Mediterraneo e la terapia di gruppo si distinguono, quindi, non solo per la compresenza della conformità e della diversità ma anche, e più profondamente, per la peculiarità delle dinamiche scaturenti dall'incontro tra queste polarità. Ancora un'altra possibile corrispondenza tra il Mediterraneo e la Gruppoanalisi risiede, infine, nel loro carattere profondamente culturalizzato. Da questo punto di vista basti pensare come i requisiti essenziali sia dell'uno che dell'altro (per esempio la salinità del Mediterraneo e l'idea di patologia psichica nella nostra disciplina) si siano evoluti nel tempo, e in entrambi i casi conseguentemente all'azione/riflessione umana. Ma vediamo, adesso, di entrare nel dettaglio del nostro paragone analizzando più da vicino la funzione del terapeuta e le difficoltà dei pazienti. L'esperienza gruppoanalitica può essere definita come un viaggio in profondità: a partire dalla visualizzazione delle proprie modalità relazionali in gruppo “dentro più dentro ...” (D'Arrigo, 1975) fino alla comprensione delle matrici d'appartenenza (in primo luogo familiari e culturali) che le hanno definite, che le mantengono, e sulla cui profonda e spesso implicita condivisione si fonda il sentimento di Sé. Affinché ciò possa avvenire è compito iniziale del terapeuta aiutare il paziente a “mollare gli ormezzi sintomatologici” (Disturbi d'Ansia, Disturbi del Comportamento Alimentare, Diagnosi in Asse II, ecc.) e superare le resistenze che gli impediscono d'immergersi nel processo terapeutico e più in generale nella vita e a scoprire le parti non nate (Napolitani, 1987b). Naturalmente, immergersi in una psicoterapia approfondita è un'esperienza difficile, faticosa e anche a rischio iatrogeno, se gestita senza spessore clinico. Essa richiede, pertanto, piena responsabilità da parte del terapeuta tanto rispetto alla fatica quanto rispetto agli esiti del lavoro terapeutico. Egli ha innanzitutto il compito di selezionare accuratamente i pazienti per la composizione del gruppo. L'equilibrio dell'equipaggio, infatti, è fondamentale in mare così come nella terapia gruppoa-

nalitica, e la competenza del terapeuta nella formazione del gruppo ne influenza largamente il destino. Va aggiunto, a ciò, che i componenti dell'equipaggio in una terapia gruppoanalitica sono di più di quelli "che si contano a vista", ed è compito del terapeuta riuscire a riconoscere e "dialogare" con i personaggi presenti nella vita interiore dei pazienti, man mano che essi emergono durante il processo terapeutico attraverso la relazione con l'altro. Inoltre, ancora a proposito dell'equipaggio, all'interno della situazione terapeutica il conduttore non può non tener conto di quelle variabili che nella Griglia di Analisi del Setting (metaforicamente la carta nautica del conduttore) abbiamo (Lo Verso, Giannone, 1998) visualizzato come "committenza/referenti esterni", ovvero le famiglie, le istituzioni, gli enti, ecc. tanto nelle loro caratteristiche reali quanto nei rispettivi bagagli motivazionali, nelle attese e fantasie che, inevitabilmente, influenzano lo svolgimento della terapia. Parallelamente a ciò, è compito fondamentale del terapeuta la creazione di regole e norme comportamentali che guideranno le interazioni tra i pazienti/componenti dell'equipaggio. Da questo punto di vista oltre agli aspetti formali e oggettivi legati alle variabili di set molto importante è la costruzione della matrice dinamica del gruppo. Nella terapia gruppoanalitica è il gruppo, infatti, il principale agente di cambiamento; esso implica la partecipazione attiva dei singoli membri intesa come disponibilità all'autosvelamento, al sostegno, alla libera espressione di pensieri ed emozioni, ecc. Senza una salda cultura di gruppo e l'attiva partecipazione dei pazienti il terapeuta non potrebbe raggiungere gli esiti sperati; così come, d'altra parte, senza la collaborazione dei marinai nessun comandante riuscirebbe a muovere la sua imbarcazione. Va detto, tuttavia, che a differenza di quest'ultimo, il conduttore/gruppoanalista tende ad attivare l'autonomia e stimolare le capacità del gruppo rispetto al lavoro terapeutico attraverso l'adozione di un atteggiamento non direttivo, ma riflessivo e partecipativo. La composizione del gruppo e la fondazione della matrice gruppale sono prerequisiti fondamentali affinché sia possibile immergersi nel "qui e ora" della terapia e procedere nel delicato compito di chiarificazione del processo. Compito, quest'ultimo, consistente essenzialmente nell'osservazione delle sequenze, dei modelli tipici e ciclici di comportamento dei pazienti, nonché nell'interpretazione del significato e delle motivazioni ad essi soggiacenti. Naturalmente, affinché sia possibile l'immersione nel "qui e ora" e la successiva chiarificazione del processo occorre tenere saldi i parametri della nostra barca/Set(ting), ovvero tutte quelle conoscenze che ci permettono di leggere e comprendere il processo gruppale. Alla luce di quanto detto mi sembra possibile riaffermare qui quanto proposto in passato (Lo Verso, 1994; 2008), ovvero che la metafora più utile per l'analista (per il gruppoanalista se non altro) non è più quella freudiana dell'«archeologo», bensì quella del navigatore fenicio (Ibidem). Questi, infatti, basava la sua pratica sulla padronanza dei propri strumenti (la barca, le vele, i remi, la sua capacità di navigare con le stelle, la sua esperienza e resistenza psicofisica) sapendo che solo il funzionamento e la sintonia dell'equipaggio avrebbero garantito una proficua navigazione (Ibidem). Ma c'è di più. Dal mio punto di vista, per possedere realmente tutto ciò e saperlo adoperare, occorre una conoscenza transpersonale. Non è sufficiente, cioè, studiare i protocolli delle terapie o i tentativi di operationalizzarne gli aspetti centrali, poiché come diceva il rais (capo tonnara) Monno Salinas: «Per decidere dove calare la tonnara mi mettevo la carta nautica davanti e la studiavo, ma non da solo [...] Non è che i tonni si vedono passare, bisogna sapere come si fa, si deve conoscere il loro cammino, è necessario far lavorare il cervello, vedere come corre la costa» perché «... è il mare stesso che ti dice se di là passano i tonni» (Ravazza, 2007). Anche la terapia gruppoanalitica, come la raisia (l'arte di colui che dirige le operazioni di pesca), è una forma di sapere antico e soggettivo ed insieme clinico e scientifico, sedimentato nel tempo e richiedente molto pratica. Occorre, pertanto, che, così come quella del rais, anche la formazione del terapeuta passi attraverso l'esperienza dei propri viaggi: l'analisi personale, il training formativo, la supervisione, ecc. comprese le più disparate vicende di vita.

Mentre la difficoltà del terapeuta sta nel riuscire a gestire questa complessità relazionale, quella del paziente sta inizialmente nel riuscire a separarsi dal sintomo. Sebbene

*Senza una salda cultura di gruppo e l'attiva partecipazione dei pazienti il terapeuta non potrebbe raggiungere gli esiti sperati; così come senza la collaborazione dei marinai nessun comandante riuscirebbe a muovere la sua imbarcazione. A differenza del comandante, il conduttore/gruppoanalista tende ad attivare l'autonomia e stimolare le capacità del gruppo rispetto al lavoro terapeutico attraverso l'adozione di un atteggiamento non direttivo, ma riflessivo e partecipativo*



*Immersi nella corrente gruppale, i sintomi vengono "smascherati" e compresi a partire dalla drammatizzazione nel rapporto con l'altro fino all'apertura di varchi di pensiero circa la loro finta funzione adattiva/difensiva. È così che le persone fortemente eloquenti ed assertive, quelle sarcastiche e veementi, quelle monotone e moleste, le persone pervicacemente taciturne e laconiche, quelle miti e moderate imparano, nel microcosmo sociale del gruppo, non solo a conoscere le loro modalità relazionali e l'effetto che esse suscitano negli altri, ma anche a ri/conoscere le ragioni che le sottendono*

limitante, infatti, il sintomo è utile al paziente giacché gli permette di mantenere un equilibrio all'interno di un sistema relazionale disfunzionale coinvolgente l'intero corpo familiare; contemporaneamente, però, esso fa da scudo nei confronti della possibilità di sperimentare nuove "aperture sul mondo" (Napolitani, 1987b), nuove modalità relazionali e percorsi di vita. All'interno del gruppo terapeutico, tuttavia, l'identità sintomatologica viene presto messa in discussione proprio grazie all'azione dei fattori terapeutici operanti al suo interno. Il gruppo, infatti, così come il Mediterraneo coinvolge, trascina, "mescola", diventa luogo di scambio affettivo, di condivisione dell'esperienza emotiva, di universalizzazione della sofferenza umana. Esso consente il confronto con l'Alterità, conduce altrove, mostra che la sofferenza e la paura non sono un'esclusiva, ne rivela il volto umano, consente di apprendere, di confrontarsi con esperienze mai avute prima, di scoprire il valore della reciprocità, ecc. Immersi nella corrente gruppale, infatti, i sintomi vengono "smascherati" e compresi a partire dalla drammatizzazione nel rapporto con l'altro fino all'apertura di varchi di pensiero circa la loro finta funzione adattiva/difensiva. È così che le persone fortemente eloquenti ed assertive, quelle sarcastiche e veementi, quelle monotone e moleste, le persone pervicacemente taciturne e laconiche, quelle miti e moderate imparano, nel microcosmo sociale del gruppo, non solo a conoscere le loro modalità relazionali e l'effetto che esse suscitano negli altri, ma anche a ri/conoscere le ragioni che le sottendono. Imparano, altresì, a con/vivere con l'alterità, a scoprirne ed accettarne il valore dal momento che il gruppo, come il Mediterraneo, è crogiuolo di diversità. Non tutti i pazienti, però, sono in grado di affrontare questo viaggio in profondità, soprattutto se - come spesso accade - la paura più grande è l'autenticità del vivere, quasi che vivere fosse un atto di coraggio o una trasgressione come in qualche modo lascia intendere Neruda con la sua epigrafe: «Confesso che ho vissuto»... Proprio con riferimento alla trasgressione, tra i pazienti che presentano maggiore difficoltà rispetto all'esperienza della terapia di gruppo vi sono quelli intrappolati nel "fondamentalismo familiare": per loro il gruppo è fonte di angoscia perché è il luogo dell'attraversamento e della messa in discussione della matrice familiare satura. Incontrare il gruppo - e nel gruppo l'Alterità - per questi pazienti, diventa quindi un'esperienza fortemente ansiogena, così come ansiogena, per certi aspetti, può essere l'esperienza stessa della crescita. Questa è anche la ragione per cui, nonostante la richiesta esplicita di aiuto, molti pazienti mostrano inconsapevolmente le più strenue resistenze al cambiamento. Anche perché essi sanno che, così come la navigazione nel Mediterraneo, l'attraversamento terapeutico nel gruppo comporta il rischio d'imbattersi in Sirene e Draunare portatrici, le prime secondo il mito omerico e secondo la tradizione marinara, di rovina e sventura. La possibilità d'imbattersi in sirene e draunare, di scoprirsi prigionieri di Circe, naufraghi nell'isola di Nausica o col volto trasfigurato dalla lunga via del ritorno spaventa molto i pazienti che, non a caso, durante le fasi iniziali dell'analisi fanno, a volte, sogni di mare in tempesta. Un'altra tipologia di pazienti che incontra grande difficoltà nell'affrontare il viaggio terapeutico è rappresentata da coloro che difficilmente riescono ad empatizzare con gli altri, da coloro che vivono di spettacolo e autorappresentazione, che preferiscono il simulacro alla realtà. Ancora una volta riferirmi al mito omerico, ed in particolar modo all'incontro di Ulisse con le sirene può essere utile per comprendere la questione. Com'è noto, infatti, Odisseo si fa legare all'albero della nave, in modo da poter udire il canto ammaliatore delle sirene pur senza cedere al loro ardente invito al piacere. In ciò, se secondo Horkeimer ed Adorno Ulisse rispecchiava la situazione tipica del borghese occidentale chiuso nel suo alienante ruolo sociale, stando alla prospettiva qui assunta egli incarna l'atteggiamento narcisista di chi non può concedersi un'autentica relazione poiché è troppo impegnato a preservare la grandiosa immagine di sé. Molte, soprattutto oggi, sono le persone che se inserite in contesti di autenticità, quali il mare o la terapia di gruppo, faticano molto ad immergersi, preferendo "legarsi all'albero della nave", restare prigionieri delle loro dannazioni. E tanto più forte è l'invito all'autenticità, tanto più forte esse sentono di dover stringere i lacci... Con il procedere della navigazione in mare, infatti, il viaggio terapeutico assume dimensioni sempre più forti. In esso, se da un canto il paziente sperimenta la sofferenza dello spazio-

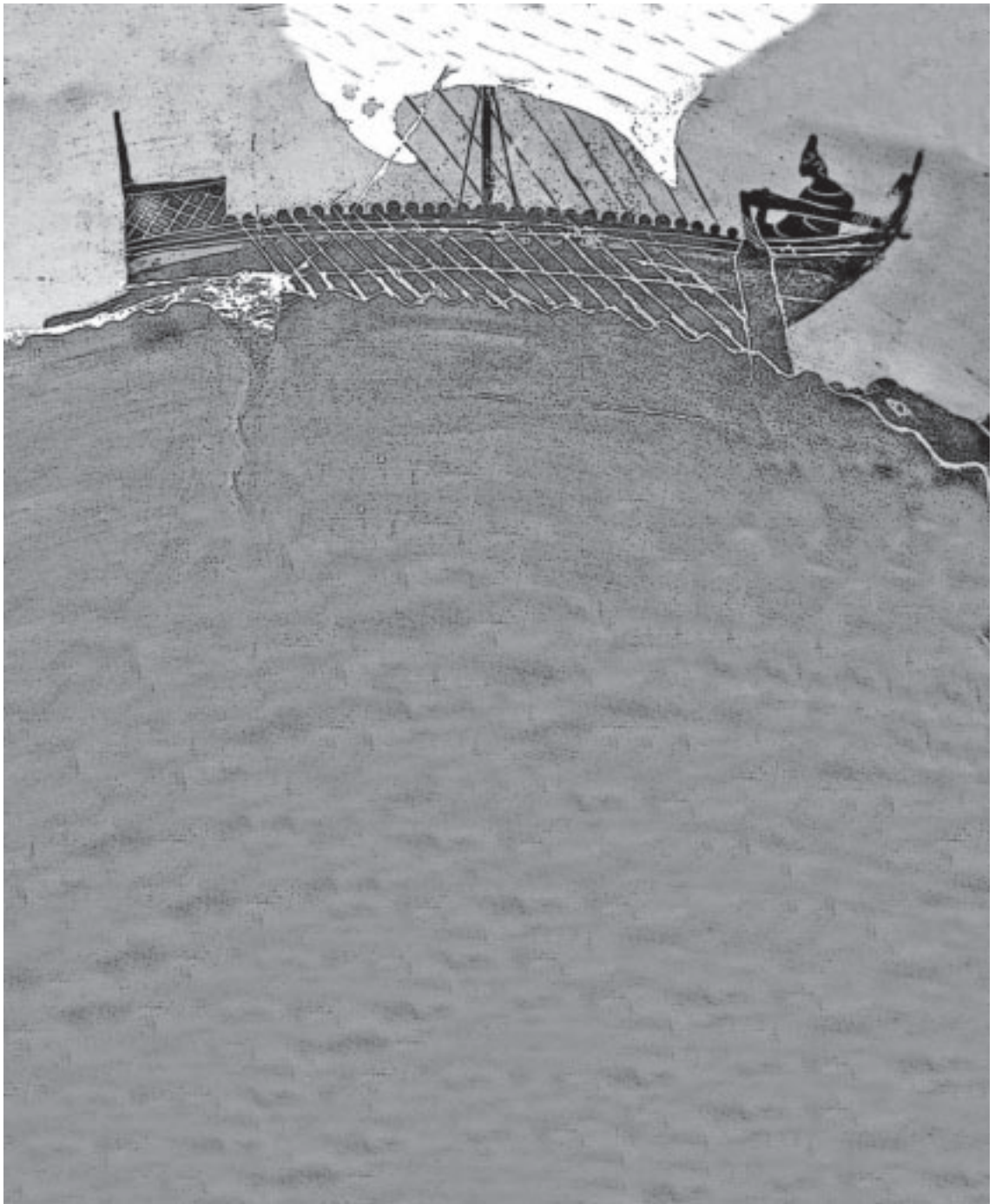
senza, dall'altro è attratto dalle tonalità emotive nuove che scorge nei racconti e nei modi degli altri pazienti in gruppo. Il senso d'estraniamento rispetto alla propria storia in questo momento è molto forte. A livello simbolico, infatti, il mare aperto rappresenta la condizione d'esilio. E, tuttavia, è proprio a partire da questa condizione, essenzialmente orientata all'introspezione (ma anche lucida e coraggiosa), che diventa possibile riconoscere e attraversare le trame psichiche fonte di sofferenza, nel gruppo prima ancora che nella vita. Aggiungerei che, fortunatamente, nella terapia di gruppo, il sentimento di solitudine elicitato dall'esilio è transitorio e contenuto dal gruppo stesso. Da quanto detto si capisce come il viaggio terapeutico sia complesso e denso di difficoltà. Alcuni pazienti, infatti, potrebbero richiedere un lungo tempo di preparazione, altri la possibilità di usufruire di incontri individuali parallelamente a quelli gruppal, altri ancora l'utilizzo di farmaci o un'opportuna integrazione tra modelli, ecc. La navigazione, in ogni caso, mi sembra una bella metafora poiché essa deve sempre adattarsi alle condizioni del mare, così come la terapia ai bisogni dei pazienti. Un dispositivo di cura efficace, infatti, non si esaurisce nella predisposizione di un set(ing) adeguato, ma implica la capacità di modificarlo - se le condizioni le paziente lo richiedono - durante il corso della terapia. Da questo punto di vista vorrei sottolineare l'importanza "dell'approccio marinaro" anche da parte del terapeuta ai fini del buon esito della terapia. Le terapie, infatti, implicano generalmente il confronto tra due culture: la cultura contadina e quella marinara, espressione di due bisogni psichici, quello della continuità e quello della discontinuità (Lo Verso, 1994). Esse sono riconoscibili: la prima, nell'inconscia resistenza al lavoro terapeutico da parte del paziente (e non solo); la seconda, invece, in un atteggiamento d'apertura e disponibilità nei confronti di ciò che è nuovo e diverso, che è foriera di un nuovo situazione emotivo del paziente, più autentico e quindi più sano. Si comprende, però, come un atteggiamento improntato alla cultura marinara, dovrebbe caratterizzare, prima ancora che ogni paziente sul finire della propria terapia, ogni terapeuta all'inizio della propria pratica: nei termini della disponibilità allo scambio di saperi ed esperienze, dell'apertura verso la comunità scientifica, dell'attenzione agli avanzamenti della ricerca e della pratica clinica, ed, in ragione di tutto ciò, della possibilità di discutere ed individuare i vincoli e le possibilità del proprio *modus operandi*.

\* Gruppoanalista. Ordinario di psicoterapia, Università di Palermo.

## BIBLIOGRAFIA

- D'Arrigo S., (1975), *Horcynus Orca*, Rizzoli, Milano.  
 Ceruti M., Lo Verso G., (1998), *Epistemologia e psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano.  
 Ferraro A.M., Lo Verso G., (2007), *Disidentità e dintorni*, FrancoAngeli, Milano.  
 Foulkes S. H., (1948), *Introduzione alla psicoterapia gruppoanalitica*, tr. it. Edizioni Universitarie Romane, Roma, 1991.  
 Foulkes S. H., (1964), *Analisi terapeutica di gruppo*, tr. it. Boringhieri, Torino, 1967.  
 Lo Coco G., Lo Verso G., (2006), *La cura relazionale*, Cortina, Milano.  
 Lo Verso G., (2008), (in press) *Dentro il mare*, Magenes, Milano.  
 Lo Verso G., Di Blasi M., (in press) *La gruppoanalisi soggettuale*, Cortina, Milano.  
 Omero, *L'Odissea*, (2005) tr. it. di R. C. Onesti, ET Einaudi, Torino.  
 Ravazza N., (2007), *Il sale e il sangue*, Rizzoli, Milano.

***Nonostante la richiesta esplicita di aiuto, molti pazienti mostrano inconsapevolmente le più strenue resistenze al cambiamento. Anche perché sanno che, così come la navigazione nel Mediterraneo, l'attraversamento terapeutico nel gruppo comporta il rischio d'imbattersi in sirene e drasunare portatrici, secondo il mito omerico e secondo la tradizione marinara, di rovina e sventura***



## A metaphor for group therapy

The current article is an original research to approach the basic thematic of group therapy. The therapy is described as a metaphoric parallelism as a sea, in particular the Mediterranean Sea considered as the only sea for its morphological, climatic and historical traits able to evoke vivid images about the elaboration for some interpretations of group therapy (the relation between family myths in which we are involved and the longed-for and frightful experience about *Alterity*, the relationship between man and group, the one between anthropology and unconscious and so on...)

# Psicologi o badanti? Necessità della formazione storico-filosofica degli psicologi

GIORGIO BLANDINO\*

**È necessario fornire agli psicologi in formazione uno sguardo prospettico, diacronico. Individuando prodromi talvolta dimenticati di alcune delle moderne idee psicologiche, la comunità professionale trae suggerimenti e stimoli per fronteggiare in modo creativo le sfide che il mondo globalizzato e i progressi della scienza pongono alla nostra professione. Un possibile futuro della psicologia sta proprio nel suo passato**

*La psicologia ha un lungo passato ma una storia breve*  
(Hermann Ebbinghaus)  
*Chi conosce il passato è padrone del futuro*  
(George Orwell)  
*Torniamo al passato: sarà un progresso*  
(Ennio Flaiano)

La psicologia attraversa un momento che, ad essere benevoli, possiamo definire problematico.

A livello professionale, a fronte di nuove possibilità, si scontano alcuni vincoli geografici, culturali, di immagine non sempre facili da modificare (si vedano, ad esempio, Sarchielli, Fraccaroli, 2002; Bosio, Margola 2002; e soprattutto le recenti ricerche coordinate da Bosio, 2005).

A livello di formazione di base i corsi di laurea scontano la funesta scelta del tre più due e le difficoltà di tornare al ciclo unico.

I tirocini, il cui monitoraggio di qualità non è sempre agevole, per motivi che non starò qui a richiamare, costituiscono un momento fondamentale nella formazione dei giovani psicologi ma sono molto variegati, cosicché è facile rilevare che, a fronte di una buona esperienza, il superamento dell'Esame di Stato è assai facilitato mentre, tra quelli che non lo superano, è osservabile un pregresso insufficiente tirocinio.

Quanto agli stessi Esami di Stato, chi ha avuto modo di partecipare ripetutamente alle Commissioni non può che esprimere sentimenti di insoddisfazione: per la disparità di giudizi tra commissioni e commissioni, sedi e sedi; per il tipo di prove; per i criteri di valutazione che, se fossero più rigorosi, comporterebbero una percentuale di insuccessi molto più elevate del 20% attuale, che ci colloca, a confronto con gli Esami di Stato di altre professioni, agli ultimi posti in quanto a severità delle selezioni (o, viceversa, ai primi per la disponibilità ad accoglierli). Peraltro come fare per istituire prove seriamente valutative della qualità dei candidati senza essere pregiudizialmente e gratuitamente punitivi?

Per parte loro le scuole di specializzazione post-lauream si sono moltiplicate e – *absit iniuria verbis* – una certa disparità degli standard formativi è sotto gli occhi di tutti.

Tutto questo senza trascurare il fatto – a mio parere decisivo – che nella formazione di base degli psicologi, oggi come oggi, vi sono due gravi lacune: in primo luogo,



*Se è vero che un percorso psicoterapeutico, psicoanalitico, di sviluppo individuale non solo non può prescindere dalla riflessione sui sentimenti esperiti nella relazione specifica del «qui e ora» con il proprio terapeuta, ma deve anche ricostruire la propria storia personale, altrettanto dovremo dire di una scienza: anche una scienza, per potersi sviluppare, non può non fare riferimento al suo passato*

la quasi totale carenza di prospettiva storica nello studio della psicologia delle sue varie teorie metodi correnti e tecniche; in secondo luogo la scarsissima possibilità di spazi di riflessione, a partire da quella filosofica.

### **Carenza di prospettiva storica**

Per quanto riguarda la carenza, se non una vera e propria mancanza, di prospettiva storica, è davvero curioso che una disciplina (e una professione) che sottolinea, come elemento fondante dell'identità e della salute psichica individuale e collettiva, il ruolo delle esperienze precoci di vita, della storia, dell'ambiente e delle vicissitudini dei soggetti, quando si occupa di se stessa e della formazione dei suoi giovani professionisti se ne dimentica, come se si potesse essere psicologi senza avere ben chiaro in testa com'è nata e come si è sviluppata la nostra scienza, poiché è evidente che ciò che facciamo è il frutto di questa stessa storia.

La ricerca psicologica non può esaurirsi nella sperimentazione di laboratorio, nelle indagini sul campo, nella stessa analisi dell'esperienza clinica, ma deve essere integrata dalla riflessione e dall'utilizzo dei dati dell'esperienza storica. Se è vero, come è vero, che un percorso psicoterapeutico, psicoanalitico, di sviluppo individuale (lo si chiami come si vuole) non può prescindere dalla riflessione, oltre che sui sentimenti esperiti nella relazione specifica del «qui e ora» con il proprio terapeuta (analista, mentore o guida che sia) ma deve, per forza di cose, anche ricostruire la propria storia personale e ripensarla sia nelle implicazioni negative trascurate che nelle potenzialità positive inesprese, altrettanto dovremo dire di una scienza: anche una scienza, per potersi sviluppare, non può non fare riferimento al suo passato. Comte, nel suo *Corso di filosofia positiva* ricordava che non si conosce completamente una



scienza finché non se ne sa la storia, e George Steiner, in un suo recente saggio – *La lezione dei maestri* – osserva che «nel progresso, nell'innovazione, per quanto siano incisivi, il passato è presente» (2003; tr. it. p. 141).

Riflettere sulle proprie origini è molto importante perché è un modo di ripensarsi non solo in veste storicizzata, ma anche in una veste ragionata e fondata su una cosciente epistemologia. Inoltre rintracciare nel passato i propri pro-genitori a cui riconoscere gli inevitabili debiti di filiazione/fondazione, è la *conditio sine qua* non per poi potersene separare e differenziare, proprio come in un naturale processo di crescita, individuazione, autonomizzazione.

Tra l'altro, l'attenzione agli antecedenti storico-culturali, ha immediate ricadute pratiche. Per esemplificare: si pensi ad un problema come quello della confessione nella tradizione cristiana e cattolica, che lo storico francese Delumeau, nel suo testo *La confessione e il perdono. Le difficoltà della confessione dal XIII al XVIII* (1990), (ma si veda sempre di Delumeau, *Il peccato e la paura: l'idea di colpa in Occidente dal XIII al XVIII secolo*, 1983), ha portato all'attenzione quale strumento di analisi di coscienza e come vero e proprio luogo "psicoterapeutico" ante litteram. Attraverso la sua opera possiamo vedere come i "manuali" dell'epoca ad uso dei confessori, se letti da uno psicologo di oggi, sembrano, anzi sono, dei veri e propri Trattati di psicoterapia (e di *counselling*). È dunque, anche tecnicamente, molto interessante (e financo divertente) fare dei confronti individuandone differenze ma, soprattutto, innumerevoli similitudini che ci aiutano a rintracciare costanti nel lavoro psicoterapeutico al di là, delle differenziazioni di scuole e di epoche. Come dire che, laddove ci confrontiamo con il passato, riusciamo anche a intravedere punti trasversali nel lavoro psicologico che restano uguali nella sostanza, nel corso dei tempi, anche se assumono nomi diversi all'interno di quadri teorici di riferimento diversi. Così, ad esempio, la *pietas*, ovvero il modo antico di concettualizzare la capacità di identificazione oppure l'empatia, appaiono caratteristica che accomunano ogni lavoro di cura e di sostegno.

Dunque, nella formazione degli psicologi e degli psicoterapeuti, è indispensabile, a mio parere, leggere certe tematiche proprie della psicologia alla luce di alcune classiche posizioni del pensiero umano antecedenti alla costituzione della nostra disciplina come scienza autonoma, sia nell'antichità che nei tempi moderni; questo nel tentativo di rilevare e riconoscere connessioni, anticipazioni e scambi, recuperando e confrontando i linguaggi vecchi, che descrivevano concetti psicologici e psicoanalitici moderni, e i linguaggi moderni che parlano e descrivono concetti vecchi.

Insomma rivolgersi all'indietro, acquisire uno sguardo storico è un po', per dirla con una battuta, come fare una psicoterapia delle scienze, nel nostro caso una psicoterapia della psicologia.

Invece, nelle nostre Facoltà di Psicologia, si può osservare con rammarico che l'insegnamento di Storia della Psicologia non ha quel ruolo e quella rilevanza primaria che, per i motivi suddetti, meriterebbe. E ciò sia detto senza voler fare il verso o riproporre, nel XXI secolo, una caricatura della riforma Gentile ("la filosofia è storia della filosofia") nello studio della psicologia, ma consapevoli che se la psicologia *non* è la storia della psicologia, la psicologia attuale con tutti suoi problemi e le sue potenzialità, è però il frutto diretto della sua storia.

Si può studiarla adeguatamente e farla sviluppare senza conoscerne le origini e le vicissitudini? Se non si guarda a ciò che è stato pensato prima, al presente e al futuro della nostra scienza e dell'operare quotidiano dello psicologo, si riproducono soltanto ristretti, miopi, meri tecnicismi privi di quel respiro filosofico che dà senso e nobilita una scienza e una professione.

Se questo è vero ecco allora che arriviamo al secondo punto, o meglio, alla seconda carenza che caratterizza la formazione dei giovani psicologi e il lavoro attuale di molti di essi, vale a dire la mancanza di spazi di riflessione e pensiero filosofico.

### Carenza di prospettiva filosofica

Rivendicare l'acquisizione di una migliore preparazione filosofica non ha lo scopo di spostare l'asse della psicologia verso la dimensione umanistica bensì, da una parte,

*Si può studiare la psicologia e farla sviluppare senza conoscerne le origini e le vicissitudini? Se non si guarda a ciò che è stato pensato prima, al presente e al futuro della nostra scienza e dell'operare quotidiano dello psicologo, si riproducono soltanto ristretti, miopi, meri tecnicismi privi di quel respiro filosofico che dà senso e nobilita una scienza e una professione*

***Modelli di intervento clinico e psicoterapeutico, individuale, gruppale e sociale, non sono solo apparentemente derivati operativi di teorie e ricerche, ma implicano, consapevolmente o inconsapevolmente, direttamente o indirettamente, esplicitamente o implicitamente, modelli di riferimento filosofici, in particolare etici, ovvero concezioni dell'uomo***

di aiutarci a riflettere sulla nostra professione, in una prospettiva non meramente tecnicistica, dall'altra di mostrarci come molte delle idee, metodi e finalità, hanno, nel passato anche lontano, dei significativi antesignani la cui dimenticanza non fa torto ai maestri del passato, ma a noi moderni.

Ma davvero siamo così autoreferenziali da pensare che i nostri problemi odierni di salute, di malattia, di infelicità, di benessere, non siano stati presenti nel passato nelle varie epoche e nei vari momenti storici? E come si rispondeva nel passato a questi problemi quando la "psicologia" non c'era?

Qualche anno fa Umberto Galimberti si domandava: «a quando un po' di filosofia nelle scuole di psicoterapia dove ci si occupa di tutto fuorché di filosofia? Da che cosa ci si difende con questa esclusione?» (2003). Sembra la versione moderna della antica idea contenuta nel *Corpus Hippocraticum* che auspicava l'introduzione «della filosofia nella medicina e della medicina nella filosofia». Accogliendo questa suggestione e parafrasandola, possiamo affermare che la stessa cosa dovrebbe fare lo psicologo, ovvero introdurre la filosofia nella psicologia. E non mi riferisco certo alla filosofia come teoria della mente o teoria del linguaggio o studio della logica, perché questo legame già c'è, e ben saldo, nelle scienze cognitive. Penso invece alla filosofia nella psicoterapia, nella psicologia clinica e dinamica e nell'operare spicciolo e quotidiano dello psicologo che interviene nelle varie situazioni, da quelle individuali a quelle gruppali e/o organizzative, a quelle istituzionali.

Tra l'altro lo studio di come i filosofi si sono posti, nel corso della storia, di fronte all'infelicità, ai disturbi e ai disordini della mente costituisce un filone di ricerche molto promettente. Questo filone, osserva Roberta De Monticelli, *"apparentemente eclissato dai due grandi progetti scientifico terapeutici del secolo, la psicoanalisi prima e le ricerche neurobiologiche e farmacologiche poi [...] sembra oggi mostrare qualche segno di una timida ripresa"* (1995; p. 132).

Va anche ricordato che riflessione filosofica e operatività psicologica pratica sono sempre state strettamente connesse, come ben si evince dalla filosofia greca antica, dove la teoria implicava un atteggiamento e un comportamento pratico etico e morale e, nella filosofia greca più tarda, dove una condotta morale e un determinato stile di vita implicavano una teoria. Per citare quanto sostiene il filosofo Reale, *"la costante della filosofia greca è il theorein, ora accentuato nella sua valenza speculativa ora nella sua valenza morale, ma sempre in un modo tale che le due valenze si implicano reciprocamente in modo strutturale"* (2004, vol 9. p. 22). Il termine greco *theorein* infatti, come ha mostrato Gadamer (1960), non ha tanto il senso di un discorso astratto e lontano dalla realtà, bensì indica una vera e attiva partecipazione agli eventi sociali e della vita.

Pierre Hadot, uno dei massimi storici del pensiero antico, nel suo importante saggio *Esercizi spirituali e filosofia antica* (2001) scrive che, nell'antichità, la filosofia fungeva da rimedio terapeutico, come un vero e proprio farmaco, e dunque la stessa trattazione di argomenti teorici serviva soprattutto a scopi pratici: avendo dunque lo scopo di servire da guida per il comportamento, la filosofia era (è) ricca di suggestioni operative che hanno molto da dirci ancora oggi.

Giustamente Bodei critica il fatto che, nell'ambito della psichiatria e della psicoanalisi (ma potremmo tranquillamente aggiungere anche nella psicologia in senso lato) ci si è concentrati soprattutto sui momenti della diagnosi e della cura, non focalizzando a sufficienza la riflessione sugli strumenti necessari per comprendere la complessità dell'animo umano e i suoi significati al di là di isolati sintomi o quadri nosografici (2000, p. 815).

Per essere più chiari: modelli di intervento clinico e psicoterapeutico, individuale, gruppale e sociale, non sono solo apparentemente derivati operativi da teorie e ricerche, ma implicano, consapevolmente o inconsapevolmente, direttamente o indirettamente, esplicitamente o implicitamente, modelli di riferimento filosofici, in particolare etici, ovvero concezioni dell'uomo. Se uno psicologo o uno psicoterapeuta non è consapevole di questi problemi svolge, a mio modo di vedere, un lavoro che è, solo apparentemente, terapeutico. Peraltro, è significativo che i più profondi pensatori in ambito psicologico e in particolare quelli in ambito psicoanalitico, da

Freud a Jung, da Fromm a Money-Kyrle a Bion ecc., finiscano, negli esiti ultimi della loro ricerca, per fare della filosofia. Scrive Jung al riguardo nel saggio Psicoterapia e visione del mondo:

«La visione del mondo, in quanto formazione tra le più complesse, costituisce il polo opposto della psiche fisiologicamente condizionata, e, come dominante psichica superiore, decide in ultima analisi del destino di questa. Guida la vita del terapeuta e informa lo spirito della sua terapia (...) A questo punto va ammesso che noi psicoterapeuti dovremmo essere dei veri filosofi o medici filosofi; anzi, che già lo siamo anche se non vogliamo ammetterlo » (tr. it. vol. XVI, p. 89).

Dunque l'operare di uno psicologo e/o di uno psicoterapeuta non può esaurirsi negli aspetti strettamente tecnici, per quanto indispensabili e ineludibili essi siano, ma necessita di una consapevolezza più ampia che rimanda alle complesse, e talvolta oscure, problematiche proprie della condizione umana. Infatti, poiché la psicologia si occupa dell'uomo, della sua mente e della sua condotta soggettiva e interpersonale, sia nei suoi aspetti manifesti che nei suoi aspetti profondi ed emozionali, non si può pensare di affrontarne lo studio o di praticarla professionalmente senza un minimo di consapevolezza di quali sono i limiti della nostra esistenza e di riflessione sul suo senso (o non-senso). È inevitabile dunque che ci si debba confrontare con chi queste problematiche ha trattato prima di noi, vale a dire i filosofi, in primo luogo. A meno di pensare di poterne fare a meno, al prezzo di ridurre l'operare psicologico a qualcosa di meccanico, quando non manipolatorio. Psicologie e/o psicoterapie superficiali, che seguono le mode, prede di un'illusoria onnipotenza scienziata e perciò, in ultima istanza, irrilevanti.

In tal caso non ci dobbiamo poi lamentare, come psicologi, se ci troviamo a dover fare i conti (subire perfino) la concorrenza, più o meno in buona fede, della cosiddetta *consulenza filosofica* (Achenbach 1987). Accade perché nel nostro operare (nel nostro teorizzare e nel nostro ricercare) manca troppo spesso quell'apertura alla riflessione sulla condizione umana con la quale inevitabilmente tutti ci dobbiamo confrontare. È inutile quindi che gli psicologi facciano rivendicazioni di specificità professionale se poi, nella pratica quotidiana, danno risposte monche alle grandi questioni esistenziali, ovvero si limitano a un piccolo cabotaggio tecnicistico - adattativo senza allargare lo sguardo sui temi del dolore, dei limiti umani, della morte. È proprio perché si trascurano questi aspetti che si lasciano aperti spazi che quindi andranno a essere occupati da queste nuove pseudo-tecniche. È proprio perché troppo spesso la psicologia si appiattisce su pratiche di tipo quasi meramente riabilitativo che compaiono sulla scena i "filosofi consulenti" i quali intendono coprire il vuoto di senso spesso trascurato dagli interventi psicologici in un modo, se vogliamo, anche discutibile, ma non liquidabile solo a partire da posizioni di rivendicazione corporativa della serie "esercizio abusivo della professione psicologica".

Non si tratta dunque tanto di polemizzare con pratiche simili o contigue, come ad esempio quelle dei vari tipi di *counselling* per i problemi più svariati. Ma di essere capaci *noi* di dare delle risposte più articolate e complesse, più profonde di quanto non si faccia ora.

Per questi motivi, che sto rapidamente richiamando, la trascuratezza o la dimenticanza della filosofia (in generale, e della filosofia antica, in particolare) da parte della psicologia, appare essere una grave perdita che fa sentire i suoi effetti negativi non solo teoricamente, ma anche in concreto, per quanto questa conseguenza possa non apparire immediatamente percepibile a chi è tutto preso dalla diuturna fatica della gestione delle sofferenze dei pazienti o dei conflitti gruppalì o delle problematiche professionali quotidiane.

## Ricadute pratiche

Per evitare equivoci che facciano recepire queste mie considerazioni come un invito alla intellettualizzazione astratta vorrei fermamente ribadire che la riflessione sugli aspetti storici e sulle radici culturali della nostra scienza è un'operazione tutt'altro

*Se la psicologia, proprio per il suo campo di indagine complesso, non può usare linguaggi troppo quantificanti, pena la perdita della complessità dell'esperienza umana, è pur vero che la comunità professionale deve sforzarsi di mettere a punto, di assumere – e pubblicamente dichiarare – criteri il più possibile condivisi e verificabili, di valutazione dell'efficacia dei suoi interventi. E questo in tutti gli ambiti, a fronte di finalità e obiettivi ben chiari e esplicitati al pubblico che si avvale delle nostre prestazioni professionali*



*Non basta che i giovani che escono dalle odierne Facoltà di Psicologia siano volenterosi, intelligenti e motivati. Nella misura in cui sono privi di appropriati bagagli filosofici, e correlate capacità di riflessione a più ampio raggio, rischiano di diventare meri tecnici, "badanti". Occorre superare la disarmante ingenuità critico-culturale di cui spesso danno prova rivalutando la prospettiva storico-filosofica della loro formazione di base e in itinere*

che intellettualistica o erudita, ma invece è la *conditio sine qua non* per un operare concreto, pratico e quotidiano più consapevole e, soprattutto, più incisivo e decisivo di quanto non lo sia ora.

Farò qualche esempio.

Oggi si parla molto della valutazione dell'efficacia degli interventi psicologici e, in specifico, di quelli psicoterapeutici e si producono al riguardo molteplici e spesso importanti ricerche empiriche. (per tutti i recenti: Margison, Barkham, Evans, 2000; Lyddon, Jones, 2001; Leuzinger-Bohleber, Target, 2002; Mueser, Torrey, Lynde, Singer, Drake, 2003; Migone, 2005; Bachmann, Luccio, Salvadori, 2005; Dazzi, Lingiardi, Colli, 2006).

Sebbene anche questo tema sia parzialmente inquinato dal fatto di essere diventato di moda, dal fatto di essere talvolta di acritica importazione nord-americana e infine non sia esente da meri problemi di mercato (compagnie di assicurazione, rivalità tra scuole, conflitti con professioni contigue ecc..) è indubbio che gli psicologi non possono evitare di dare risposte convincenti rispetto al loro operare professionale. Molti sostengono, e con ben fondate ragioni, che bisogna sempre più orientarsi verso la cosiddetta "Psicologia basata sulle Evidenze" e quando talvolta si leggono certi articoli o libri o si sentono certi interventi che, con tutta la benevolenza di giudizio, non sembrano altro che aria fritta, parole a vanvera senza che se ne comprenda bene il senso, non si può dar loro torto e si può capire meglio perché molte volte psicologi o psicologia vengano confinati da pubblici distratti o prevenuti in pseudo-scienze, rispetto alle scienze capaci di produrre dati tangibili. Al Convegno delle Federazioni Europee di Psicologia, tenutosi a Praga, esattamente un anno fa (luglio 2007), colpiva, negli stand degli editori europei di psicologia, la gran quantità di testi e ricerche sulla EBPpsych (*Evidence Based Psychology*).

Dunque, se non è lecito buttare via il bambino con l'acqua del bagno, vale a dire che se la psicologia, proprio per il suo campo di indagine così complesso, inevitabilmente non può usare linguaggi troppo quantificanti, pena la perdita della complessità dell'esperienza umana, è pur vero che la comunità professionale deve sforzarsi di mettere a punto, di assumere – e pubblicamente dichiarare – criteri il più possibile condivisi e verificabili, di valutazione dell'efficacia dei suoi interventi. E questo in tutti gli ambiti, a fronte di finalità e obiettivi ben chiari e esplicitati al pubblico che si avvale delle nostre prestazioni professionali.

E tuttavia... E tuttavia se criteri affidabili e oggettivi sono auspicabili davvero si pensa che in tal modo si possa risolvere il problema della valutazione della efficacia degli interventi psicoterapeutici? Ma ci si interroga a sufficienza su quello che è il senso di un percorso di ricerca su di sé? Ci si confronta con pratiche analoghe, sebbene di nome diverso, utilizzate nei tempi passati? E che cosa si misura: gli effetti pratici del percorso, o l'evoluzione interiore che esso produce? La psicoterapia deve produrre risultati oggettivi e misurabili, o piuttosto la capacità di apprendere dall'esperienza, di autocorreggersi, di tollerare l'inevitabile frustrazione della vita o di venire a patti con i propri limiti? In una parola la tolleranza, in primo luogo verso se stessi, sola condizione per accedere alla tolleranza verso gli altri e quindi a forme di convivenza civile più mature e pacifiche. E queste capacità non sono forse frutto di percorsi e incontri che contengono in sé quello che prima ho chiamato respiro filosofico?

Se così è, o almeno se si condividono queste ipotesi, allora il lavoro clinico e/o l'intervento dello psicologo non possono prescindere da un allargamento della prospettiva che aiuti lo psicologo a essere, prima che un tecnico, un soggetto che ha pazienza, che sa aspettare, che sa pensare e far pensare, intendendo questo termine nella sua accezione più ampia, vale a dire come capacità di essere in contatto con gli aspetti emozionali profondi.

Prospettiva storica e spazi di riflessione etico-filosofica dovrebbero dunque essere due momenti basilari nella formazione, nel bagaglio e nell'operare dello psicologo al punto che, se vengono a mancare, non avremo più degli psicologi, ma quelli che ho chiamato, e senza nessun disprezzo, dei *badanti della psiche* (Blandino 2006) e che, similmente, sono stati definiti, da Riccardo Steiner (in Solms, 2005) "dentisti della mente". I badanti sono necessari, svolgono un lavoro spesso indispensabile, ma

in una ottica meramente assistenzialistica, finalizzata a gestire al meglio lo status quo di chi è in sofferenza, non certo di produrre trasformazioni.

Capita così che i giovani psicologi che fanno, a volte per necessità, lavori assistenziali, educativi o interventi di supporto ad altre mansioni o professioni svolgano compiti che, pur se necessari e apprezzabili, relegano tuttavia la psicologia in una dimensione subalterna e non così decisiva come invece è intrinseco allo statuto stesso della disciplina intesa nel suo senso più alto. Assistono, appunto, e non promuovono apprendimenti, sviluppi, pensiero.

E i giovani che studiano ed escono dalle odierne Facoltà di Psicologia, sebbene siano molto volenterosi, intelligenti e motivati, nella misura in cui sono privi di appropriati bagagli filosofici, e correlate capacità di riflessione a più ampio raggio, rischiano, a loro volta, di diventare meri tecnici, "badanti" appunto. A loro deve certo andare tutto il nostro sostegno per aiutarli a superare la disarmante ingenuità critico-culturale di cui spesso danno prova. Ma la dose di confusione, in parte fisiologica, che sperimentano quando intraprendono gli studi di psicologia, aumenta a dismisura se non gli si dà anche una sia pur minima consapevolezza delle radici della disciplina.

È dunque necessario, per gli psicologi, una decisa rivalutazione della prospettiva storico - filosofica nella loro formazione di base e in itinere, poiché, se mi baso sulle esperienze didattiche e professionali (mie e dei vari colleghi con cui interagisco e mi confronto), tocco con mano che, per parafrasare quanto Kant diceva della scienza rispetto alla filosofia, se è vero che la filosofia senza la psicologia è vuota, è altrettanto vero che la psicologia senza la filosofia è cieca.

Ciò permetterebbe ai giovani studenti (e talvolta anche ai meno giovani!) di meglio comprendere, integrare e fronteggiare due enormi problemi che stanno investendo la psicologia e con i quali sempre di più, nel futuro prossimo, anzi già nel nostro presente, ci troveremo e ci troviamo, a fare i conti: mi riferisco alle neuroscienze da una parte e alla società multietnica dall'altra.

### **Le sfide del futuro per la psicologia**

Infatti, oggi come oggi, la comunità degli psicologi non solo non può chiudersi in se stessa, a nessun livello, ma deve ineluttabilmente e senza perdere tempo, incominciare a confrontarsi e aprirsi organicamente - e strutturalmente, starei per dire - alle scienze contigue (sociologia, antropologia, linguistica, semiologia) e, appunto, all'area delle neuroscienze con i suoi spettacolari progressi (si veda, come testo immancabile per ogni psicologo odierno: Kandel, 2005; e poi Solms, 2005; Siracusano, Rubino, 2006; Barale, Bertani, Gallese, Mistura, Zamperini, 2006-2007).

L'ambito delle neuroscienze, al di là delle mode, comporta ormai una necessità di confronto per gli psicologi, per due ordini di motivi: in primo luogo perché non si possono trascurare i suoi contributi e in secondo luogo perché gli psicologi non possono pensare di lasciare in mano questa area solo ai neuroscienziati. Tutta l'immensa mole di dati e le nuove tecniche di neuro-imaging devono saper essere assunti e trattati dagli psicologi. Non è vero che le neuroscienze sono la morte della psicologia o, ad esempio, della psicoanalisi (come da qualcuno si sente dire), bensì ne sono il futuro a patto che gli psicologi siano capaci di conoscerle e di utilizzarle. Insomma, per dirla con una battuta, così come si dice che la guerra è una cosa troppo seria per lasciarla fare ai generali, altrettanto potremmo dire che le neuroscienze sono una cosa troppo seria per lasciarle in mano solo ai neuroscienziati. È quindi necessario che gli psicologi se ne occupino dal loro specifico punto di vista, non certo per invadere il campo altrui, ma per dialogare con i ricercatori più aperti e per razionalmente criticare quelli di loro più estremisti che pensano di potere eliminare la psicologia solo in base alla scoperta di meccanismi bio-chimici e correlati neurali e quindi di conseguenza eliminare la mente (e la scienza che la studia: la psicologia).

Ma per fare questo devono avere una capacità di ragionamento e di prospettiva che può derivare solo dall'abitudine al ragionamento filosofico e dalla consapevolezza

*Così come si dice  
che la guerra è una  
cosa troppo seria  
per lasciarla fare ai  
generali, altrettanto  
potremmo dire che le  
neuroscienze sono una  
cosa troppo seria per  
lasciarle in mano solo  
ai neuroscienziati.  
È quindi necessario  
che gli psicologi se  
ne occupino dal loro  
specifico punto di  
vista, dialogando con  
i ricercatori più aperti  
e razionalmente  
criticando quelli  
più estremisti, che  
pensano di potere  
eliminare la mente  
(e la scienza che la  
studia: la psicologia)*

***Secondo l'economista Amartya Sen gli indicatori tradizionali di tipo socioeconomico, quali il PIL o il reddito pro capite, non sono sufficienti per rilevare lo sviluppo di un paese perché il livello di una società va oltre il mero calcolo economico. Esso implica invece la qualità delle relazioni umane, tanto che la stessa aspettativa di vita, a fronte della mortalità prematura, dipende da aspetti dell'organizzazione sociale quali l'educazione e la coesione e l'armonia sociale. Elementi prettamente psicologici sui quali gli psicologi avrebbero qualcosa da dire***

storica delle origini e del divenire della psicologia. Altrimenti la battuta che abbiamo fatto sui neuroscienziati la dobbiamo estendere anche agli psicologi e dire che anche la psicologia è una cosa troppo seria per lasciarla in mano solo agli psicologi! L'altro grande problema di fondo non dipende, per una volta almeno, dalla psicologia in senso stretto e dal suo statuto scientifico, ma consegue a mutate condizioni socio-culturali, con dirette ricadute nel nostro campo e sulla nostra operatività. Infatti con l'avvento della società multi etnica anche i modelli di riferimento culturali delle persone che si avvalgono del servizio psicologico si modificano nettamente, come sperimentano e possono testimoniare i colleghi che operano nei servizi sul territorio e interagiscono con una utenza extra-comunitaria o di matrici culturali diverse dalle nostre. Gli utenti (e i pazienti di altre culture) che si rivolgono e si avvalgono dei servizi psicologici, non solo presentano problemi nuovi, ma soprattutto hanno schemi di riferimento culturali completamente diversi dai nostri, obbligando quindi gli psicologi a dover imparare a lavorare su registri diversi senza i quali diventa difficile poter stabilire un qualsivoglia contatto e per conseguenza avviare interventi minimamente significativi (cfr. ad esempio Zoletto, 2003; Quassoli, 2006).

### **Psicologia come epidemiologia**

In questo quadro una sfida che si pone alla psicologia consiste non solo nel ripensare al senso della salute mentale, del benessere individuale e sociale in contrapposizione alla patologia, non solo nel ripensare al senso e alla funzione della diagnosi, ma nel ripensare al senso stesso della clinica e dell'intervento psicologico in senso lato, che, laddove è trasformativo, promotore di consapevolezza e benessere, costruttore di relazioni interpersonali, individuali, organizzative e sociali, più sane e più umane, è clinico esso stesso (Amerio 2004).

Ciò comporta un nuovo modo di intendere la psicologia, e il suo compito, che ha come conseguenza anche l'apertura di nuove, financo entusiasmanti, possibilità professionali: mi riferisco alla psicologia come scienza che dovrebbe intervenire non solo "dopo", ma "prima" ovvero come scienza che, sulla base delle sue ricerche e conoscenze e con il contributo di tutti gli orientamenti che la caratterizzano, può diventare determinante non solo nel "curare", ma soprattutto nel progettare e organizzare strutture sociali, politiche educative assistenziali, schemi di lavoro più sani e più umani.

*Una psicologia intesa cioè come epidemiologia.*

Se queste premesse sono vere, allora la *psicologia* viene a configurarsi come uno straordinario *strumento politico*, nel senso più nobile e alto del termine, cioè come uno straordinario strumento al servizio della società (cfr. ad esempio Volkan, 2004 e 2005; Blumberg, Hare, Costin, 2006). In questa prospettiva il lavoro dello psicologo si nobilita e, tra l'altro, cosa non secondaria, apre nuove prospettive anche occupazionali.

Il punto critico, o drammatico se si vuole, è che, forse anche per colpa nostra – ma certo non solo – ben poche volte la politica, nel senso invece più comune del termine, si avvale dei contributi della psicologia e, quando se ne avvale, lo fa sempre in modi ristretti, limitati, talvolta al confine del ridicolo, come negli esempi del "consulente per l'immagine" dei politici.

Ma è possibile una politica che centri tutto il suo operare sull'attenzione al PIL e sui problemi di bilancio?

È piacevolmente sorprendente leggere che l'economista indiano-statunitense Amartya Sen, premio Nobel per l'economia nel 1998 e uno dei più originali e influenti pensatori moderni - non uno psicologo dunque! – sostiene che gli indicatori tradizionali di tipo socioeconomico, quali il PIL o il reddito pro capite, non sono sufficienti per rilevare l'indice dello sviluppo di un paese perché il livello di una società non si esaurisce nel mero calcolo economico quantitativo esteriore e sociologico. Implica invece la qualità delle relazioni umane, tanto che la stessa aspettativa (più o meno lunga) di vita, a fronte della mortalità prematura, dipende da molti altri aspetti dell'organizzazione sociale tra cui, dice Sen, non solo la sanità pubblica, ma la

scuola e l'educazione e la coesione e l'armonia sociale. (Sen, 2000, 2006; e anche Odifreddi, 2003).

Elementi, appunto, prettamente psicologici sui quali gli psicologi avrebbero qualcosa da dire!

Questa, a mio parere, è una delle aree problematiche, una vera e propria sfida che siamo chiamati a fronteggiare se non vogliamo che la nostra professione lentamente degradi al servizio subordinato di altre professioni socialmente più potenti. E se, al contrario, vogliamo contribuire allo sviluppo della conoscenza psicologica.

In questo senso entra in gioco l'enorme problema della grande responsabilità dello psicologo, anzi della consapevolezza della sua responsabilità e della grande responsabilità sociale della Psicologia. Il senso di responsabilità che lo psicologo deve avere verso gli altri e verso se stesso, ovvero verso la propria mente, prima di essere un impegno deontologico, è il prerequisito del suo lavoro. Ma anche la psicologia ha un compito e una responsabilità sociale primaria che non si esaurisce nell'intervento professionale specifico, per quanto indispensabile questo sia, ma consiste nel contribuire a promuovere strutture di relazioni più sane, umane e, in ultima istanza democratiche e pacifiche. Un compito politico dunque, nel senso più nobile e civile del termine.

A questo proposito vanno anche stigmatizzate tutte quelle uscite pubbliche mass mediatiche di psicologi (peggio ancora se non lo sono) che danno un'idea distorta della psicologia e che sostanzialmente, con la scusa di fornire *expertise* psicologiche, anziché essere al servizio della scienza, mettono la scienza al servizio di se stessi per farsi pubblicità (Blandino, 2000).

Però è forse anche giunto il momento di dire che gli psicologi, prima di darsi in pasto ai media, dovrebbero ben bene riflettere e, piuttosto che colludere con le richieste mediatiche più grossolane che, come tali, non solo sono ascientifiche ma addirittura antipsicologiche, dovrebbero decisamente rifiutarsi di collaborare. Per dirla tutta, non è accettabile leggere sui giornali o sentire in televisione dei signor "so tutto" che, quando non dicono sciocchezze o erogano banali consigli della nonna camuffati da pensosi pareri scientifici, hanno sempre una spiegazione pronta per tutto e non lesinano mai di dire la loro sulle vicende dell'universo mondo trasmettendo così un'immagine della psicologia come di una scienza magica - onnipotente che ha sempre risposte, mai domande: esattamente ciò che la psicologia seria non è.

Ma né il senso di responsabilità professionale individuale, né la consapevolezza della responsabilità e della funzione sociale della psicologia si possono però promuovere e sviluppare senza avere una visione di come questa scienza si è venuta costituendo nel corso del tempo e di come coloro che sono venuti prima di noi hanno affrontato e, talvolta, risolto i loro problemi.

***Anche la psicologia ha un compito e una responsabilità sociale primaria che non si esaurisce nell'intervento professionale specifico, per quanto indispensabile questo sia, ma consiste nel contribuire a promuovere strutture di relazioni più sane, umane e, in ultima istanza, democratiche e pacifiche. Un compito politico dunque, nel senso più nobile e civile del termine***

\* Professore associato di Psicologia Dinamica alla Facoltà di Psicologia di Torino dove è anche Presidente del Corso di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche e Presidente della Commissione tirocini. Per l'Ordine degli Psicologi del Piemonte, di cui è consigliere, cura la rivista scientifica *Psicologi a confronto*.

## BIBLIOGRAFIA

- Achenbach, G. B. (1987), *La consulenza filosofica*, Apogeo, Milano, 2004.
- Amerio P., (2004) *Problemi umani in comunità di massa. Una psicologia tra clinica e politica*, Einaudi, Torino.
- Bachmann, C., Luccio, R., Salvadori, E. (2005) La significatività statistica e il suo senso. In: *Ricerche di Psicologia*, XXVIII, 4, 43-79.
- Barale F., Bertani M., Gallese V., Mistura S., Zamperini A. (a cura), (2006-2007) *Psiche. Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*, voll. I e II Torino, Einaudi, 2006.
- Blandino G., (2000), Il "parere" dello psicologo. Usi e abusi della psicologia nei mass-media, Raffaello Cortina, Milano.
- Blandino G., (2006) *Un futuro nel passato. Radici culturali del lavoro psicologico*, Antigone, Torino.
- Blandino G. (2007), Editoriale. In: *Psicologi a confronto. Rivista dell'ordine degli psicologi del Piemonte*, anno 1, n. 1.
- Blumberg H. H., Hare A. P., Costin A., (2006), *Peace psychology. A comprehensive introduction*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Bodei R. (2000), "Rapporti tra filosofia e psicoanalisi", in *Rivista di psicoanalisi*, 46.



- Bosio A. C., Margola D., (2002), *La costruzione sociale della domanda di aiuto psicologico in Italia*. In: *Psicologia della salute*, n. 3
- Bosio C. A., (a cura di), (2005), *Professioni psicologiche e professionalizzazione della psicologia*, Franco Angeli, Milano.
- Dazzi, N. Lingiardi, V., Colli, A. (a cura di) (2006), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Raffaello Cortina, Milano.
- Delumeau J. (1990), *La confessione e il perdono. Le difficoltà della confessione dal XIII al XVIII*, Edizioni Paoline, Milano, 1992.
- Delumeau J. (1983), *Il peccato e la paura: l'idea di colpa in Occidente dal XIII al XVIII secolo*, Il Mulino, Bologna, 1987.
- De Monticelli R. (1995), *L'ascesi filosofica*, Feltrinelli, Milano.
- Gadamer H. G. (1960), *Verità e metodo*, Bompiani, Milano, 2000.
- Galimberti U. (2003), *La formazione degli psicologi*. In: *Repubblica*
- Hadot P. (2001), *Esercizi spirituali e filosofia antica*, Einaudi, Torino 2005.
- Kandel E. R. (2005), *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*, Raffaello Cortina, Milano, 2007.
- Jung C. G. (1943), *Psicoterapia e concezione del mondo*, in *Opere*, vol. XVI, Boringhieri, Torino, 1981.
- Leuzinger-Bohleber M., Target M. (2002), *I risultati della psicoanalisi*, il Mulino, Bologna, 2006.
- Lyddon, W. J. Jones, J. V. (2001) *L'approccio evidence-based in psicoterapia*. McGraw-Hill, Milano 2002.
- Margison, F. R., Barkham, M., Evans, C., & al., e. (2000). Measurement and psychotherapy: Evidence-based practice and practice-based medicine. In: *British Journal of Psychiatry* (177), 123-130.
- Migone P., (2005), Sono veramente efficaci le psicoterapie evidence-based?. In: *Il Ruolo Terapeutico*, 98: 103-114.
- Mueller F. L. (1964), *Storia della psicologia. Dall'antichità ai giorni nostri*, Mondadori, Milano, 1976.
- Mueser, K. T., Torrey, W. C., Lynde, D., Singer, P., & Drake, R. E. (2003). Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. In: *Behaviour Modification*, 27(3).
- Odifreddi P., (2003) "Amartya Sen", in *Repubblica*, 27 agosto.
- Popkin R., Stroll A. (1986), *Filosofia per tutti*, Il Saggiatore, Milano, 1997.
- Quassoli F., (2006), *Riconoscersi. Differenze culturali e pratiche comunicative*, Raffaello Cortina, Milano.
- Reale G. (2004), *Storia della filosofia greca e romana*, 10 voll., Bompiani, Milano.
- Sarchielli G., Fraccaroli F., (2002) *Le professioni dello psicologo*, Raffaello Cortina, Milano.
- Sen A. (2000), *Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia*, Mondadori, Milano.
- Sen A., (2006) *Scelta, benessere, equità*, Il Mulino, Bologna.
- Steiner G. (2003), *La lezione dei maestri*, Garzanti, Milano, 2004.
- Siracusano A., Rubino A. I., (2006) *Psicoterapia e neuroscienze*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma
- Solms M. (2005), *Le neuroscienze*. In: Person E. S., Cooper A. M., Gabbard G. O., *Psicoanalisi. Teoria, clinica, ricerca*, Raffaello Cortina Milano, 2006.
- Volkan V. D., (2004) *Blind trust: Large Groups and Their leaders in Times of Crisis and terror*, Pitchstone publishing, Charlottesville.
- Volkan V. D., (2005), *La politica e le relazioni internazionali*. In: Person E. S., Cooper A. M., Gabbard G. O., *Psicoanalisi. Teoria, clinica, ricerca*, Raffaello Cortina Milano, 2006.
- Zoletto D. (2003), "Gli equivoci del multiculturalismo". In: *aut aut*, 312.

## Psychologists or carers? About the need to have a vocational, historical and philosophical training for psychologists.

The author aims to support the need to provide psychologists in training (and operating psychologists) with a diachronic perspective view having full confidence that, by the individuation of its premonitory signs, all the professional men can be able to get useful advice, considerations and incentives so that they will be capable to face up to the present challenges that the globalized world and the science progress pose to our profession.

To put it paradoxically, the author is sure that a possible future for psychology is just in its past.

Q. 1

1

# link 12 una storia

**Hans Jurgen Eysenck (1916 – 1997)**

GIOVANNI CAVADI





# Hans Jurgen Eysenck (1916 – 1997)

GIOVANNI CAVADI

H. J. Eysenck nacque a Berlino il 4 marzo 1916, figlio unico di Eduard Anton, di religione luterana, attore, e di Ruth Werner, di religione cattolica, attrice cinematografica (col nome d'arte di Helga Molander). I genitori divorziarono quando egli aveva due anni e fu allevato dalla nonna materna, Frau Werner, una volta cantante d'opera.

Quando Hans aveva 9 anni, la madre si risposò con Max Glass, un produttore cinematografico e scrittore, ebreo, ma a causa del regime nazista furono costretti ad espatriare in Francia, a Parigi.

Ruth fu incarcerata dai nazisti, quindi liberata; Max, invece, fece fortuna in Sud America e quindi si ricongiunse con sua moglie a Parigi. A causa anche del lavoro di sua madre, il giovane Hans studiò a Berlino presso il Bismarck Gymnasium, e quindi al Friedrich Wilhelm Real-Gymnasium, sotto la guida e la protezione della nonna. Lì ricevette una educazione molto varia, circondato da influenze culturali le più varie e liberali, grazie a Frau Werner. Sembra fosse fin da giovane molto precoce, certamente intelligente e indipendente, anche un po' ribelle "mi ribellai anche a scuola ad un insegnante tirannico che insisteva che dovessi diventare un cantante".

Nel 1926 fece una vacanza presso dei parenti a Newhaven.

Nell'adolescenza, quando studiava ad un liceo di Berlino, avrebbe potuto essere iniziato a diventare un membro del partito nazista. Ma il giovane Hans contestava l'antisemitismo dei suoi insegnanti.

Aveva delle doti fisiche tali da divenire un discreto pugile e un giovane campione di tennis. L'Eysenck ribelle decise di intraprendere una carriera nella fisica e l'astronomia, con molto dispiacere della sua famiglia; egli aveva poco rispetto nell'autorità degli adulti, forse a causa del divorzio dei suoi genitori e della nazificazione delle scuole tedesche, il giovane Hans preferì allora iscriversi al moderato partito social democratico (Spd), ma fu sua nonna, una cattolica devota, ad opporsi a questa possibilità e appena fu possibile lo mandò a studiare all'estero: nel 1930 lo mandò in convitto presso l'Isola di Wight. Frau Werner morirà in un campo di concentramento nazista per aver difeso strenuamente le proprie credenze religiose e culturali.

## Il clima culturale della Germania negli anni '20-'30

Per comprendere il clima politico-culturale nel quale crebbe Eysenck è necessario fare un breve riferimento all'organizzazione degli studi nella Germania degli anni '20 e '30.

I ragazzi tedeschi dai 14 ai 18 anni facevano parte della gioventù hitleriana "Sono l'esercito ausiliare di Hitler: pronti a morire per lui, ma prima pronti a combattere" (Ziemer, 1944). Le materie impartite alla gioventù tedesca includevano lo studio della "cultura germanica, storia del Partito, geografia militare, scienze naturali, chimica, matematica e una lingua straniera, oltre alla dottrina nazista" (Ziemer, 1944). Come scriveva il Ministro dell'Educazione e della Cultura popolare Rust B. nel libro diffuso in tutta la Germania "Educazione ed istruzione" (1938):

"La scuola tedesca del Terzo Reich è parte integrante dell'ordine di vita oltre le organizzazioni del partito, ha la missione di formare e plasmare la materia nazio-



*Come fecero molti altri giovani tedeschi, con l'avanzare del regime nazista, Eysenck lasciò la Germania nel 1934 e si trasferì definitivamente in Inghilterra. «Se io avessi voluto proseguire gli studi all'Università avrei dovuto affrontare l'adesione militare completa al regime nazista», lui scrisse, "io mi resi conto che non c'era alcun futuro per me nella mia infelice terra natia»*

nalsocialista in armonia con gli ordini del Partito... Prima che noi possiamo avere una nuova educazione dinamica, prima che possiamo legittimamente discutere di un nuovo sistema di cultura, bisogna che vi sia un Ordine Nuovo, un regime nuovo ispirato alla volontà di potenza e di forza... La scuola dovrebbe sempre subordinarsi alla vita, e non mai tentare di imporsi ad essa. La vita precede la scuola. Se le scuole seguiranno gli ordini del Partito, troveranno il posto che loro spetta. Scopo principale della scuola è di plasmare i giovani in maniera che arrivino a comprendere come lo Stato sia più importante dell'individuo, e come gli individui debbano essere pronti a sacrificarsi con entusiasmo per la Nazione ed il Fuhrer".

### **I primi viaggi di studio all'estero**

Dopo aver trascorso un anno in Francia, a Dijon, dove studia letteratura e storia francese, Hans nel 1933 si trasferì in Inghilterra dove studiò letteratura inglese e storia ad Exeter "Quando ero giovane avevo un enorme interesse per la poesia, la lirica in particolare. Andando avanti negli anni ho cominciato ad interessarmi anche alla pittura ed infine alla musica" (Evans, 1981).

Come fecero molti altri giovani tedeschi, con l'avanzare del regime nazista, Eysenck lasciò la Germania nel 1934 e si trasferì definitivamente in Inghilterra "Se io avessi voluto proseguire gli studi all'Università avrei dovuto affrontare l'adesione militare completa al regime nazista", lui scrisse, "io mi resi conto che non c'era alcun futuro per me nella mia infelice terra natia" (Eysenck, 1982).

A Londra si iscrisse al Pitman College per frequentare poi l'Università (studia matematica, fisica e inglese). All'University College avrebbe voluto iscriversi al corso di laurea in Fisica, ma "l'Università di Londra era terribilmente burocratica e non volle riconoscermi i corsi di fisica da me frequentati in Germania. Chiesi una spiegazione e mi fu risposto che avrei dovuto attendere ancora un anno per iscrivermi, ma io non avevo abbastanza danaro da perdere un anno, così chiesi se c'era per caso un altro corso di studi scientifico. Mi fu risposto che sì, il corso di psicologia... E così divenni psicologo!" (Cohen, 1977).

Il Dipartimento di psicologia, presso l'University College di Londra, era stato fondato da W. McDougall (1871-1938) nel 1903 e in seguito sviluppato e da Ch. Spearman (1863-1945) e da C. Burt (1883-1971) che occupò dal 1932 la cattedra di Psicologia.

Nel 1938 Eysenck ottiene il B.A. presso l'Università di Londra, laurea guadagnata faticosamente perché doveva lavorare per mantenersi agli studi; poi sposò Margaret D. Davies dalla quale ebbe nel 1944 un figlio, Michael, oggi uno dei più famosi psicologici cognitivisti.

Nel 1940, sempre all'Università di Londra, Eysenck ottiene il Ph. D. discutendo una tesi in psicologia dell'estetica sotto la guida di Burt, che lo giudicava "lo studente più brillante e diligente".

Allo scoppio della seconda guerra mondiale svolse il servizio militare in qualità di ufficiale, e nel 1942, dato che il Maudsley Hospital era stato evacuato a causa dei bombardamenti tedeschi su Londra, viene inaugurato il Mill Hill Emergency Hospital dove Eysenck lavorerà in qualità di psicologo ricercatore anziano, su presentazione e garanzia dell'amico e collega P. Vernon.

Ma il clima di guerra non era molto favorevole agli immigrati tedeschi per cui Eysenck fu sospettato di spionaggio a favore dei nazisti, imprigionato per un mese, poi liberato e riabilitato.

Nel 1947 gli venne riconosciuta la cittadinanza britannica e divorziò da Margaret. L'anno successivo incontrò Sybil Bianca Giulietta Rostal figlia del violinista Max Rostal Obe. A proposito del loro primo incontro, avvenuto in riunione ad un gruppo di discussione nell'Istituto di Psicologia, scrisse nella sua autobiografia: "Io non ho creduto mai ad un amore a prima vista, ed ancora oggi non so se effettivamente esiste, ma quello che io provai quando la vidi fu sufficiente a farmi innamorare di lei" (1990).

Nel 1950 sposò Sybil "Lei era giovane, bella, e vivace; io ero più vecchio e squat-

trinato. Lei era una persona estroversa, socievole ed abituata a stare spesso fuori casa; io introverso, un accanito lettore di libri ed abituato a rintanarmi, fuori dal lavoro, a casa. Lei era abbastanza piccola, mentre io parecchio alto di statura". Dal loro matrimonio sarebbero nati tre figli ed una figlia.

Sybil aveva una profonda comprensione intuitiva del lavoro di Hans, ed essendo anche lei laureata in psicologia, ebbero modo di sviluppare in seguito insieme dei contributi scientifici, ad alcuni dei quali lei dette un apporto significativo. Le loro vite divennero inseparabili, ed "in più di quaranta anni di matrimonio non avemmo quasi mai un serio litigio". In "Coppia è bello" (1984) scrisse che era importante "spendere un paio di parole a proposito della mia esperienza personale con il matrimonio. Essendo passato attraverso un matrimonio moderatamente infelice (Margareth) e godendo ora di uno perfettamente felice (Sybil) credo di avere qualche conoscenza dei suoi pro e dei suoi contro... In generale l'evidenza dimostra che il matrimonio offre molti più vantaggi che svantaggi... e nonostante tutti i discorsi che si fanno sulla sua imminente scomparsa, rimane una delle istituzioni più diffuse... e come se non bastasse fa anche bene!".

La maggior parte della vita lavorativa di Eysenck si svolse in ambito accademico e fu dedicata alla ricerca e alla formazione scientifica di giovani psicologi, quale professore di Psicologia clinica presso il dipartimento Psichiatria del Maudsley Hospital dell'Università di Londra.

La sua carriera accademica fu accompagnata anche da incarichi ufficiali: dal 1946 al 1983 Direttore del Dipartimento di Psicologia del Maudsley Hospital, e dal 1950 fino al pensionamento docente e poi Professore Emerito dell'Istituto di psichiatria dell'Università di Londra. Fu Visiting Professor presso l'Università di Pensilvania 1949-50 e a Berkely nel 1954. Associato alla BPA e all'APA, fu anche presidente dell'International Society for the Study of Individual Differences nel periodo 1983-85. Fondò due importanti riviste: Behaviour Research and Therapy (1963) e Personality and Individual Differences (1980), di entrambe fu anche direttore.

La sua produzione scientifica assomma ad oltre 1000 articoli scientifici e 80 volumi. Secondo alcuni autori Eysenck è uno degli studiosi di scienze dell'uomo più citati nella letteratura internazionale dopo Carl Marx e Sigmund Freud e Jean Piaget (Gibson, 1981).

Morì a Londra a 81 anni il 4 settembre 1997 dopo una lunga malattia e confortato dall'amorevole vicinanza di Sybil e dei cinque figli e nipoti.

L'anno prima allievi e colleghi di tutto il mondo gli avevano dedicato un simposio per il suo ottantesimo compleanno dal titolo "The scientific study of human nature", curato in un poderoso volume da Nyborg (1997). Anche Sanavio, dell'Università di Padova, gli dedicò un simposio "Essays in honor of H.J. Eysenck" nel corso del XXVII Congress of the European Association for Behavioral and Cognitive Therapies svoltosi a Venezia nel 1997.

Eysenck fu famoso per la sua chiarezza stupefacente ed il razionalismo inesorabile. Secondo lui tutte le asserzioni dovevano essere basate su dati sperimentali e il risultato di misurazioni "Io credo che tutto ciò che esiste, esiste in una certa quantità e quindi si può misurare. Se non può essere misurato, non esiste".

## **Il contributo scientifico allo studio della psicologia umana.**

### **Dall'analisi fattoriale all'analisi criterio**

"Una delle ragioni per cui le discussioni del grosso pubblico in materia psicologica sono così insensate, è dovuta forse al fatto che la psicologia, essendo una scienza, usa metodi e linguaggio di natura prevalentemente tecnica. In modo particolare, essa adopera metodi statistici e la maggior parte della gente nutre una forte antipatia per questi metodi" (1961).

Eysenck si ispirò ai lavori del suo maestro Burt, che gli insegnò che "le statistiche sono delle servitrici ineliminabili ma anche delle cattive consigliere... Allo psicologo, lo statistico appare uno che gli procura certi indispensabili strumenti che soli gli danno la possibilità di armonizzare l'interazione così complessa dei fatti ch'egli

*L'analisi fattoriale è  
«un prezioso  
strumento accessorio,  
una tecnica  
inestimabile in  
alcune circostanze,  
ma che dobbiamo  
abbandonare appena  
possibile in modo  
da poter arrivare ad  
una vera e propria  
comprensione causale  
dei fattori in gioco  
e ad un'effettiva  
conoscenza del loro  
significato».  
«Credo che, nella  
maggioranza dei  
casi sia meglio  
partire con un'ipotesi  
e predisporre  
la situazione  
sperimentale in modo  
che essa possa essere  
dimostrata o scartata  
sulla base dei dati di  
un'analisi fattoriale.  
Credo che si tratti  
di un metodo più  
scientifico, quando è  
possibile impiegarlo,  
ovviamente»*

*Mediante l'analisi fattoriale estrasse un fattore generale T (taste) "buon gusto" e un secondo fattore bipolare (K), che cercò di interpretare come bellezza libera (legata alle proprietà dell'oggetto estetico) e bellezza dipendente, sulla scia della visione dell'estetica kantiana tra arti formali e arti rappresentative*

deve affrontare in ogni momento. In caso di errori, di grossi errori, allora solo una completa padronanza della statistica impedirà allo psicologo di trarre conclusioni false dai suoi dati" (1961).

Egli utilizzò per le sue ricerche il metodo dell'analisi fattoriale, in senso induttivo: "La considero come un prezioso strumento accessorio, una tecnica inestimabile in alcune circostanze, ma che dobbiamo abbandonare appena possibile in modo da poter arrivare ad una vera e propria comprensione causale dei fattori in gioco e ad un'effettiva conoscenza del loro significato"; ma andò oltre sviluppando il metodo dell'analisi criterio, già proposto da Thurstone, in senso deduttivo "Credo che, nella maggioranza dei casi sia meglio partire con un'ipotesi e predisporre la situazione sperimentale in modo che essa possa essere dimostrata o scartata sulla base dei dati di un'analisi fattoriale. Credo che si tratti di un metodo più scientifico, quando è possibile impiegarlo, ovviamente".

Tecnicamente l'analisi criterio consiste in una procedura di rotazione di un asse fattoriale in modo tale che le saturazioni delle variabili analizzate in tale fattore siano la più possibile vicino alle correlazioni delle medesime variabili riferite ad un criterio esterno. Essa procede su analisi a un fattore specifico delle intercorrelazioni.

### **Gli studi di estetica sperimentale**

"Quando ero giovane – ricorda Eysenck nella sua autobiografia - avevo un enorme interesse per la poesia, la lirica in particolare, andando avanti negli anni ho incominciato ad interessarmi anche alla pittura e alla musica.". Burt per primo aveva dimostrato, nel 1924, l'esistenza di un fattore generale di capacità educabile del giudizio artistico e aveva osservato che tale fattore era legato a delle tendenze più generali del temperamento. Eysenck, sulla scia del maestro, si propose con le sue ricerche, di mettere in rilievo l'esistenza di un fattore generale che guida le opere d'arte nell'adulto. Tali ricerche furono precedute (1941) da uno studio sulle preferenze cromatiche nei colori saturi.

Durante la seconda guerra mondiale, dato il suo grande interesse per l'arte, iniziò a lavorare sperimentalmente su del materiale estetico (quadri, disegni, poesie, ecc,) proponendolo a 18 adulti. Mediante l'analisi fattoriale estrasse un fattore generale T (taste) "buon gusto" e un secondo fattore bipolare (K), che cercò di interpretare come bellezza libera (legata alle proprietà dell'oggetto estetico) e bellezza dipendente, sulla scia della visione dell'estetica kantiana tra arti formali e arti rappresentative. Aveva verificato che alcuni individui avevano un gusto migliore degli altri, ma questo non presentava una significativa correlazione con l'intelligenza, la formazione, l'educazione ecc. erano un fattore innato.

L'altra dimensione ortogonale era un fattore bipolare, cioè la preferenza in certi individui per gli stimoli semplici o per stimoli di tipo complesso "Alcuni sembrano prediligere gli stimoli elementari, sgargianti quasi, mentre altri prediligono quelli più complessi, meno individuabili. Ciò sembrava essere in correlazione con il fattore estroversione – introversione, visto che gli estroversi sembravano appartenere al primo tipo e gli introversi al secondo".

Al fattore T diede il valore di una specie di universalità interculturale indipendente da altre variabili (età, sesso, razza, cultura, ecc) del soggetto esistenti fra test somministrati a due o più gruppi criterio (per es. normali, nevrotici e psicotici) e su una comparazione dei fattori risultanti dalla colonna criterio, ricavata dalla correlazione biseriale tra i test e il criterio.

Il fattore K bipolare, che oppone il gusto per l'arte moderna a quella antica, lo mise in relazione con le dimensioni estroversione-introversione ( $r = .72$ ). Si tratta di una correlazione tra alcune preferenze per certi tipi di opere d'arte rispetto ad altre.

Nel corso di queste ricerche sull'estetica studiò sperimentalmente la formula estetica elaborata dal matematico Birkhoff (1932) relativa al piacere derivato da qualsiasi opera d'arte:  $M = O / C$ , dove M è la misura del piacere derivato, O il grado di ordine e C la complessità.

Eysenck mostrò (1942) che tale formula era errata e la sostituì con una funzione moltiplicativa e cioè:  $M = O \times C$ .

## Lo studio della personalità

Quando incominciò ad occuparsi dello studio della personalità, Eysenck si rese subito conto della grande confusione terminologica e interpretativa che regnava nel settore.

Nel 1947 pubblicò, con il contributo di nove collaboratori, "Dimensions of personality", opera fondamentale tesa ad individuare le principali dimensioni della personalità con il tentativo di definirla operazionalmente, cioè mediante procedure strettamente sperimentali e quantitative, e con l'ambizioso scopo di edificare una scienza strettamente empirica della personalità.

Il volume raccoglieva e ordinava una serie di ricerche compiute mediante un'équipe di psicologi clinici e psichiatri durante il periodo bellico su un campione di circa 10.000 soggetti nevrotici e normali, giovani e anziani, maschi e femmine, di vario livello di istruzione. In merito alla collaborazione tra i professionisti delle due discipline concludeva che una stretta e reciproca collaborazione non poteva che portare a un favorevole profitto dati i numerosi problemi in comune tra le due professioni.

Lo studio portò alla scoperta dell'esistenza di due fattori fondamentali della personalità umana, il nevroticismo o emotività in contrapposizione ad equilibrio o normalità, e l'estroversione-introversione. Dopo aver isolato questi due fattori indicanti due dimensioni della personalità che possono spiegare gran parte degli aspetti non cognitivi della personalità, individuò un terzo fattore lo psicoticismo, riconoscendo che i disordini nevrotici e i disordini psicotici si differenziano sia nell'eziologia sia nel trattamento che nella prognosi, senza per questo rinunciare all'ipotesi bidimensionale dell'anormalità mentale, per cui la ricerca empirica e quantitativa mette in luce la presenza di "due fattori ortogonali, l'uno contenente un gran numero di notazioni psicotiche tipiche, l'altro di notazioni tipiche dei nevrotici tracciando così una netta separazione fra disordini nevrotici e disordini psicotici" (1971).

Nelle sue ulteriori indagini Eysenck riconoscerà come questi tre fattori di base della personalità umana hanno una base biologico-genetica e come essi strutturino il comportamento dell'individuo nell'interazione con l'ambiente.

Il modello di personalità così descritto si struttura in un insieme di tratti gerarchici che si fonda sui tre fattori principali.

Queste ricerche gli permisero anche di mettere a punto una batteria di test e questionari per intraprendere e approfondire delle ricerche quantitative concernenti le dimensioni della personalità. Ricordiamo, tra i principali, il Maudsley Personality Inventory (MPI, 1959), l'Eysenck Personality Inventory (EPI, 1963) e l'Eysenck Personality Questionnaire (EPQ, 1975).

Gli studi sulla personalità lo indussero a ritenere che "le teorie della personalità costituiscano una importante integrazione della terapia del comportamento" creando così un ponte tra la ricerca sulla personalità e le applicazioni psicoterapeutiche.

In una intervista a Cohen (1977) dirà "credo che il più significativo dei miei contributi sia stato quello di costruire dei ponti tra settori diversi della psicologia".

## Gli studi sull'intelligenza

All'intelligenza Eysenck attribuì tre significati principali e cioè l'intelligenza biologica, quella psicométrica e quella sociale. L'intelligenza biologica riguarda le basi anatomiche, fisiologiche e neurologiche dell'intelligenza "l'esistenza di tali basi è imprescindibile se si considera la forte determinazione genetica delle differenze individuali in questo ambito" (1979, 1985).

L'intelligenza psicométrica costituisce il fattore generale  $g$  individuato da Spearman oltre ad altri fattori isolati dallo stesso Eysenck (1979); essa "è determinata

*Due i fattori fondamentali della personalità umana: il nevroticismo o emotività, in contrapposizione ad equilibrio o normalità, e l'estroversione-introversione. Dopo aver isolato questi due fattori Eysenck ne individuò un terzo, lo psicoticismo, riconoscendo che i disordini nevrotici e i disordini psicotici si differenziano sia nell'eziologia sia nel trattamento sia nella prognosi, senza per questo rinunciare all'ipotesi bidimensionale dell'anormalità mentale*



***Una serie di studi sull'efficacia delle psicoterapie delle nevrosi portò Eysenck alla conclusione che la maggioranza delle reazioni nevrotiche dà luogo alla cosiddetta "remissione spontanea", indipendentemente dal tipo di trattamento terapeutico. Gli studi sulla psicoterapia partirono da ricerche sull'ipnosi e la suggestionabilità, l'interpretazione dei sogni, la personalità e il condizionamento, la psicoanalisi, le abitudini e il condizionamento***

soprattutto dall'intelligenza biologica, ma è influenzata anche da numerosi fattori ambientali e sociali in una proporzione di circa 7: 3. L'intelligenza sociale o pratica riguarda soprattutto l'influenza del Q.I. e di altri fattori al successo nella vita "Essa è per definizione legata pressoché intrinsecamente alla personalità, perlomeno nella misura in cui la personalità determina abbondantemente l'uso che una persona fa delle sue doti intellettuali" (1988). Ricerche da lui compiute indicherebbero che "la prestazione concreta ai test di intelligenza di un determinato momento è significativamente legata a variabili di personalità" (1994).

### **Gli studi sulla psicoterapia**

Durante la guerra Eysenck si occupò degli stati ipnotici fino a diventare un delle maggiori autorità sull'ipnosi in Gran Bretagna. Questi studi lo portarono ad occuparsi poi della psicopatologia e psicoterapia "Ciò che noi definiamo salute mentale non è qualcosa di oggettivo, ma un comportamento che approviamo oppure no... Il termine non è dei più appropriati perché qui non si ha a che fare con malattie di tipo medico, ma con il comportamento, e questo è tutto: *punto e basta!* Il concetto stesso di malattia costituisce un'applicazione errata nella storia medica a questo campo specifico, che non corrisponde minimamente alla situazione reale". Questa concezione sta alla base delle ricerche di Eysenck sulla validità della psicoterapia e sulle applicazioni della terapia del comportamento alle nevrosi: ciò anche in contrapposizione alla dottrina e alla terapia psicoanalitica.

Secondo la terapia dell'apprendimento, che non postula causa inconscia, i sintomi nevrotici sono "semplici abitudini apprese: non vi è nevrosi che sottintenda il sintomo, ma solo il sintomo in se stesso... per cui con la nevrosi ci troviamo di fronte ad un comportamento inadeguato, condizionato da una certa classe di stimoli, e non si fa riferimento a disordini o a complessi sottostanti a livello psichico... la teoria del comportamento attiene al comportamento effettivo ed è probabilmente la più indicata a provocare l'estinzione delle risposte condizionate disadattive" (1971).

La terapia del comportamento è strettamente legata ai laboratori di ricerca ed alla psicologia sperimentale "è questo che la diversifica da tutti gli altri metodi di trattamento psichiatrico, i quali di norma si sono costituiti a hoc e non sono derivati, secondo una corretta metodologia, da principi stabiliti scientificamente " (1978)

Una serie di studi sull'efficacia delle psicoterapie delle nevrosi lo portò alla conclusione che la maggioranza delle reazioni nevrotiche dà luogo alla cosiddetta "remissione spontanea" per cui nell'arco di due anni guarisce, indipendentemente dal tipo di trattamento terapeutico, il 70% dei pazienti e dopo cinque anni oltre il 90%.

Gli studi sulla psicoterapia partirono da ricerche sull'ipnosi e la suggestionabilità, l'interpretazione dei sogni, la personalità e il condizionamento, la psicoanalisi, le abitudini e il condizionamento.

Da questi rilievi sui risultati della psicoterapia, soprattutto di tipo psicodinamico, sorse una grossa querelle tra Eysenck e la Società Britannica di Psicoanalisi, polemica che non fu mai sopita e che portò Eysenck a muovere profonde critiche molto circostanziate alla psicoanalisi come teoria psicologica.

Nel lavoro "Che cosa non va nella psicoanalisi?" Eysenck scrisse che:

- 1) le conclusioni psicoanalitiche si basano su dati che non sono attendibili;
- 2) normalmente i dati psicoanalitici sono estremamente pregiudiziali perché intrecciano inestricabilmente dati grezzi ed interpretazioni analitiche;
- 3) gli psicoanalisti generalizzano troppo le loro conclusioni;
- 4) quando le ipotesi freudiane vengono utilizzate per indirizzare una ricerca, tale ricerca serve spesso ad illustrare dei preconcetti più che a provare definitivamente un'ipotesi;
- 5) gli argomenti psicoanalitici danno per veri fatti dubbi fondandosi sul ragionamento logico 'post hoc, ergo propter hoc' quello che gli statistici chiamano 'passare dalle correlazioni alle cause'".

Pur riconoscendo che il contributo di Freud ha portato "un soffio di aria fresca nell'atmosfera ammuffita e polverosa della psicologia accademica del XIX secolo e la

sua mente brillante ha aperto porte che nessuno desidererebbe richiudere, e la sua acuta intuizione ci ha procurato tutta una riserva di teorie ed ipotesi che terranno i ricercatori occupati per molti anni ancora" la conclusione di Eysenck fu che "la psicoanalisi non è scientifica" al punto di dichiarare che "secondo me, Freud ha rappresentato un'autentica sciagura per lo sviluppo della psicologia e della psichiatria in quanto scienze. Ci ha portato indietro di cinquant'anni!"(1981).

### **Gli studi sui problemi sociali**

"Argomenti psicologici di cui vi è conoscenza reale nella vita, vengono spesso discussi dalla BBC, ma sono quasi sempre trattati da filosofi, zoologi, matematici, giornalisti, teologi o anziani professori non ben qualificati, i quali dimostrano di ignorare se esista qualche conoscenza valida ed utile, eppure discutono e pontificano per il loro piacere personale con un tono che non oserebbero assumere nel loro campo specifico professionale "(1961).

La polemica di Eysenck non fu pretestuosa dato che allora, come oggi, chiunque è competente in materia psicologica "senza essersi presa la briga di studiare l'argomento". E ciò è ancor più rilevante, sottolineò Eysenck, "quando i fatti forniti dallo psicologo hanno un peso nel campo politico".

Se vediamo i titoli di alcuni argomenti che Eysenck trattò in alcuni suoi famosi libri di divulgazione scientifica, se ne può ricavare il diffuso interesse applicativo ai problemi sociali che caratterizzò la sua ricerca teorica; ne citiamo i più interessanti: "Telepatia e chiaroveggenza", "Che cosa misurano realmente i reattivi dell'intelligenza?", "È forse in declino la nostra intelligenza nazionale?", "Da ciascuno secondo le sue capacità", "La valutazione degli uomini", "Lavoro, produttività e motivazione", "Normalità, sesso e classe sociale", "Stereotipi nazionali e carattere nazionale", "La psicologia dell'antisemitismo", "Previsioni elettorali, Gallup ed opinione pubblica", "Psicologia e politica", "Politica e personalità", "Le macchine rivelatrici delle bugie e i sieri della verità", "La psicologia dell'estetica", "Sesso, violenza e media", "Crimine e personalità", "L'ineguaglianza nell'uomo", "Eguaglianza e individualità" e "Psichiatria sì o no".

Eysenck rivolse critiche anche agli psicologi sociali "che lavorano in un'atmosfera più rarefatta e probabilmente meno rigorosa, ma su problemi molto importanti, come la delinquenza, gli scioperi, l'influenza della TV sui bambini, la condizione matrimoniale ecc." tematiche che anche lui non trascurò nelle sue ricerche e che pubblicò, in una sintesi divulgativa, ma rigorosa sul piano metodologico. Si vedano ad esempio le conclusioni nelle ricerche sulle influenze dei media che producono un aumento di aggressività in chi vede la TV e ne può anche far aumentare la libido. "Le testimonianze raccolte - concluse Eysenck - rilevano in maniera unanime che le manifestazioni di aggressività nuove per il repertorio del soggetto, così come quelle già praticate, possono essere evocate dalla visione di scene violente presentate in un film, in TV o a teatro" (1985)

Pubblicò anche dei volumetti considerati dagli esperti della materia troppo semplici e divulgativi, che anticiperanno la stragrande diffusione di prove psicologiche pubblicate dai giornali settimanali, anche se quest'ultime prive di qualsiasi riferimento teorico e metodologico: "Le prove di intelligenza", "Q.I. Nuovi test d'intelligenza" e "Conosci la tua personalità".

*Eysenck criticò gli psicologi sociali «che lavorano in un'atmosfera più rarefatta e probabilmente meno rigorosa, ma su problemi molto importanti, come la delinquenza, gli scioperi, l'influenza della TV sui bambini, la condizione matrimoniale ecc.». Tematiche che anche lui non trascurò nelle sue ricerche e che pubblicò, in una sintesi divulgativa, ma rigorosa sul piano metodologico*

### **SCRITTI SU H. J. EYSENCK**

- Cohen D. (1977) Psychologists on psychology. Eysenck. Ark Paperbacks, London, 101-125.  
Evans R.I. (1981) La psicologia oggi. Intervista ad Eysenck. Newton Compton, Roma, 314-327.  
Eysenck H.J. (1979) Autobiographical sketch; in G. Lindzey (ed) A history of psychology in autobiography. San Francisco, vol. 7.  
Gibson H.B. (1981) Hans Eysenck: The man and his work. P. Owen, London.  
Modgil S. & Modgil C. (1986) (eds). Hans Eysenck: consensus and controversy. Taylor & Francis, London.  
Nyborg H. (1997) (ed) The scientific study of human nature. Tribute to H. J. Eysenck at eighty. Pergamon, Oxford.

#### TRADUZIONI ITALIANE DELLE OPERE DI H. J. EYSENCK

- A. 1961. Usi ed abusi della psicologia. Editrice Universitaria, Firenze.  
B. 1961. Senso e controsenso in psicologia. Editrice Universitaria, Firenze.  
C. 1966. Le prove di intelligenza. Rizzoli, Milano.  
D. 1971. Terapia del comportamento nevrotico. Una alternativa alla psicoanalisi? (con Rachman S.) Angeli, Milano.  
E. 1975. Dizionario di psicologia (con W. Arnold & R. Meili). EDD. Paoline, Roma.  
F. 1977. Educazione e selezione tra genetisti e ambientalisti. Armando, Roma.  
G. 1977. Q.I. Nuovi test di intelligenza. Rizzoli, Milano.  
H. 1977. Psichiatria sì o no. Armando, Roma.  
I. 1977. L'ineguaglianza dell'uomo. Armando, Roma.  
J. 1977. La scienza tra cultura e controcultura.  
K. 1978. Gli effetti della psicoterapia: una valutazione. In E. Sanavio (cur) Le nevrosi apprese. Saggi sulle terapie comportamentali dei disturbi nevrotici. Angeli, Milano, 31-39.  
L. 1978. Eguaglianza e individualità. In W.K. Richmond (cur.) Eredità, ambiente e educazione. Armando, Roma.  
M. 1979. Crimine e personalità. Armando, Roma.  
N. 1984. Coppia e bello. Guida al vivere insieme. Sonzogno, Milano.  
O. 1985. Sesso, violenza e media (con Nias D.K.). Armando, Roma.  
P. 1986. Conosci la tua personalità. (con Wilson G.). Rizzoli, Milano.  
Q. 1994. Personalità e intelligenza. Gli approcci psicometrico e sperimentale.  
In R.J. Sternberg & P. Ruzgis (dur.) Personalità e intelligenza. Teorie e modelli di interconnessione. Erikson, Trento, 13-49.

#### SCRITTI DI H. J. EYSENCK

1939. The validity of judgements as a function of the number of judges. *Journal of Experimental Psychology*.  
1939. Primary mental abilities. *British Journal of Educational Psychology*, 9, 270-275.  
  
1940. Some factors in the appreciation of poetry, and their relation to temperamental qualities. *Character and Personality*.  
1940. The general factor in aesthetic judgments. *British Journal of Psychology*, 30, 94-102.  
1941. "Type-factor" in aesthetic judgments. *British Journal of Psychology*, 31, 262-270.  
1941. Personality factors and preference judgments. *Nature*.  
1941. Psychological aspects of colour measurement. *Nature*, 147, 682-683.  
1941. A critical and experimental study of colour preferences. *American Journal of Psychology*, 54, 385-394.  
1941. The validity and reliability of group judgments. *Journal of Experimental Psychology*.  
1941. An experimental study of the improvement of mental and physical functions in the hypnotic state. *British Journal of Medical Psychology*.  
1941. The empirical determination of an aesthetic formula. *Psychological Review*,  
  
1942. Abnormal preference judgments as "complex" indicator. *American Journal of Orthopsychiatry*  
1942. The experimental study of the "good gestalt". A new approach. *Psychological Review*.  
1942. The appreciation of humour: an experimental and theoretical study. *British Journal of Psychology*.  
  
1943. Suggestibility and hypnosis: An experimental analysis. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*.  
1943. Neurosis and intelligence. *Lancet*.  
1943. Suggestibility and hysteria. *Journal of Neurology and Psychiatry*.  
1943. Susceptibility to a visual illusion, as related to primary and secondary suggestibility and other functions. *British Journal of Psychology*.  
1943. A study of human aversions and satisfactions, and their relation to age, sex, and temperament. *Journal of Genetic Psychology*.  
1943. An experimental analysis of five tests of "appreciation of humor". *Educational and Psychological Measurement*.  
  
1944. The psychology of philosophers: a factorial study. *Character and Personality*. (with Gilmour J.S.).  
1944. General social attitudes. *Journal of Social Psychology*.  
1944. The effects of incentives on neurotics, and the variability of neurotics as compared with normals. *British Journal of Medical Psychology*.  
1944. States of high suggestibility and the neuroses. *American Journal of Psychology*.  
1944. National differences in "sense of humor": three experimental and statistical studies. *Character and Personality*.  
1944. Types of personality: A factorial study of 700 neurotics. *Journal of Mental Sciences*.  
1944. Parathyroid gland secretion in affective mental disorders. *Journal of Mental Sciences*. (with Yap P.M.).  
1945. Primary and secondary suggestibility: An experimental and statistical analysis (with Furneaux W.D.). *Journal of Experimental Psychology*.  
1945. Graphological analysis and psychiatry: An experimental study. *British Journal of Psychiatry*, 35, 70-81.

1945. A comparative study of four screening tests for neurotics. *Psychological Bulletin*.
1945. The memory functions: A factorial study of fifteen clinical tests. *American Journal of Psychiatry*. (with Halstead H.).
1945. States of heightened suggestibility: narcosis. *Journal of Mental Sciences*. (with Rees W.L.).
1946. An experimental study of the reactions of neurotics to experiences of success and failure. *Journal of Genetic Psychology*. (with Himmelweit H.T.).
1947. *Dimensions of personality*. Routledge & Kegan Paul, London.
1948. Neuroticism and handwriting. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 43, 94-96.
1950. Criterion analysis. An application of the hypothetico-deductive method to factor analysis. *Psychological Review*, 57, 38-53.
1950. Schizotimia-ciclotimia as a dimension of personality. I: Historical review. *Journal of Personality*, 19, 123-152.
1951. The inheritance of neuroticism: an experimental study. *Journal of Mental Sciences*, 97, 441-465. (with Prell D.).
1952. The scientific study of personality. Routledge & Kegan Paul, London.
1952. The effects of psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
1952. Schizotimia-ciclotimia as a dimension of personality. II. Experimental. *Journal of Personality*, 20, 345-384.
1953. The structure of human personality. Methuen, London.
1953. Uses and abuses of psychology. Penguin books, London.
1954. The psychology of politics. Routledge & Kegan Paul, London.
1955. Psychology and the foundations of psychiatry. Lewis, London.
1955. Psychiatric diagnosis as a psychological and statistical problem. *Psychological Reports*, 1, 3-17.
1955. Critical inhibition, figural after-effect and the theory of personality. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, 94-106.
1956. The inheritance of extraversion-introversion. *Acta Psychologica*, 12, 95-110.
1956. Sense and nonsense in psychology. Penguin books, London.
1956. The questionnaire measurement of neuroticism and extraversion. *Rivista di Psicologia*, 50, 105.
1957. The dynamics of anxiety and hysteria. Routledge & Kegan Paul, London.
1957. Perceptual processes and mental illness. Chapman & Hall. Maudsley, London. (with Granger, G. & Brengelmann, J.C.).
1957. Drugs and personality. V. The effects of stimulant and depressant drugs on the suppression of the primary visual stimulus. *Journal of Mental Sciences*, 103, 661-665. (with Aiba S.).
1957. Drugs and personality. The effect of stimulant and depressant drugs on continuous work. *Journal of Mental Sciences*, 103, 645-649. (with Casey S., & Trouton D.S.).
1957. Drugs and personality. III. The effects of stimulant and depressant drugs on visual after-effects. *Journal of Mental Sciences*, 103, 650-655. (with Holland H.C. & Trouton D.S.).
1957. Drugs and personality. IV. The effects of stimulant and depressant drugs on the rate of fluctuation of a reversible perspective figure. *Journal of Mental Sciences*, 103, 656-660. (with Holland H.C. & Trouton D.S.).
1959. Manual of the Maudsley Personality Inventory. University of London Press, London.
1959. Learning theory and behaviour therapy. *Journal of Mental Sciences*, 105, 61-75.
1959. Personality and verbal conditioning. *Psychological Reports*, 5, 520.
1959. Personality and estimation of time. *Perceptual and Motor Skills*, 9, 405-406.
1959. Personality and problem-solving. *Psychological Reports*, 5, 92.
1960. (ed.) Handbook of abnormal psychology. Pitman Books, London.
1960. (ed.) Experiments in personality (2 vols.). Routledge & Kegan Paul, London.
1960. (ed.) Behaviour therapy and neuroses. Pergamon Press, Oxford.
1960. Levels of personality, constitutional factors and social influences: an experimental approach. *International Journal of Social Psychology*, 6, 12-24.
1960. Classification and the problem of diagnosis. In H.J. Eysenck (ed.) Handbook of abnormal psychology. Pitman, London.
1960. The effects of psychotherapy. In H.J. Eysenck (ed.) Handbook of abnormal psychology. Pitman, London.
1960. Symposium. The development of moral values in children. The contribution of learning theory. *British Journal of Educational Psychology*, 30, 11-21.
1960. Reminiscence as a function of rest, practice and personality. *Perceptual and Motor Skills*, 11, 91-94.
1960. Smoking and personality. *British Medical Journal*, 1, 1456-1460. (with Tarrant M & England L.).
1960. Dimension of personality, psychiatric syndromes and mathematical models. *Journal of Mental Sciences*, 106, 581-589. (with Eysenck S.B.G. & Claridge G.).
1960. Drugs and personality. VI. The effects of stimulant and depressant drugs upon body sway (static ataxia). *Journal of Mental Sciences*, 106, 831-834. (with Easterbrook J.A.).
1960. Drugs and personality. VII. The effects of stimulant and depressant drugs upon papillary reactions. *Journal of Mental Sciences*, 106, 835-841. (with Easterbrook J.A.).
1960. Drugs and personality. VI (II). The effects of stimulant and depressant drugs on visual after-effects of a totating spiral. *Journal of Mental Sciences*, 106, 842-844. (with Easterbrook J.A.).
1960. Drugs and personality. X. The effects of stimulant and depressant drugs upon kinaesthetic figural after-effects. *Journal of Mental Sciences*, 106, 852-854.



1962. Know your own I.Q. Penguin Books, London.
1962. Conditioning and personality. *British Journal of Psychology*, 53, 299-305.
1962. Reminiscence, drive and personality – revision and extension of a theory. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 1, 127-140.
1962. The position of hysterics and dysthymics in a two-dimensional framework of personality description. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69, 46-55. (with Claridge G.).
1963. (ed.) *Experiments with drugs*. Pergamon Press, Oxford.
1963. Biological basis of personality. *Nature*, 199, 1031-1034.
1963. Behaviour therapy, extinction and relapse in neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 109, 12-18.
1963. Funktion und Anwendung der Statistik in der Psychiatrie. *Psychiatrie der Gegenwart*, 2, 249-273.
1963. Behaviour therapy, extinction and relapse. *British Journal of Psychiatry*, 109, 12-18.
1963. Behaviour therapy, spontaneous remission and transference in neurotics. *American Journal of Psychiatry*, 119, 867-871.
1964. (ed.) *Experiments in motivation*. Pergamon Press, Oxford.
1964. (ed.) *Experiments in behaviour therapy*. Pergamon Press, Oxford.
1964. *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. London University Press, London. (with Eysenck, S.B.G.).
1965. *Crime and personality*. Routledge & Kegan Paul, London.
1965. *Causes and cures of neuroses*. Routledge & Kegan Paul, London; Knapp Educational and Industrial Training Services, San Diego. (with Rachman, S.).
1965. *Fact and fiction in psychology*. Penguin Books, London.
1965. *Smoking, health and personality*. Weidenfeld & Nicholson, London.
1965. Extraversion and the acquisition of eyeblink and GSR conditioned response. *Psychological Bulletin*, 63, 258-270.
1966. *Check your own I.Q.* Penguin Books, London.
1966. *The effects of psychotherapy*. International Science Press, New York.
- Reply to a 'critique and reformulation' of behavior therapy. *Psychological Bulletin*, 65, 165-169. (with Rachman S.).
1967. *The biological basis of personality*. Thomas, Springfield.
1967. Intelligence assessment: a theoretical and experimental approach. *British Journal of Educational Psychology*, 37, 81-97.
1967. Personality and extrasensory perception. *Journal of the Society for Psychical Research*, 44, 55-71.
1968. A theory of the incubation of anxiety fear responses. *Behaviour Research Therapy*, 6, 309-321.
1969. *Personality structure and measurement* (with Eysenck, S.B.G.). Routledge & Kegan Paul. Knapp Educational and Industrial Training Services, San Diego.
1971. *Readings in extraversion introversion*. (3 vols.). Staples Press, London.
1971. *Race, intelligence and education*. Maurice Temple Smith, London.
1972. *Psychology is about people*. Penguin, London.
1972. (ed.) *Lexicon de psychologie*. (with W. Arnold & R. Meili. Verlag, Herder, Freiburg. (3 vols., in english)).
1972. Human typology, higher nervous activity, and factor analysis. In V.D. Nebylitsyn & J.A. Gray (eds.) *Biological bases of individual behaviour*. Academic Press, New York, 165-181.
1972. Personality and extrasensory perception. In R. Van Over (ed.) *Psychology and extrasensory perception*. American Library, New York.
1973. (ed.) *Handbook of abnormal psychology*. Pitman books, London.
1973. (ed.) *Eysenck on extraversion* publications. Granada Publications, London.
1973. *The inequality of man*. Maurice Temple Smith, London.
1973. (ed.) *The measurement of intelligence*. Technical Publishers, Lancaster.
1973. *The experimental study of Freudian theories*. Methuen, London. (with Wilson, G.D.)
1974. (ed.) *Case histories in behaviour therapy*. Routledge & Kegan Paul, London.
1974. *Theories of parapsychological phenomena*. Encyclopedia Britannica, Helen Benton, Chicago.
1975. *Know your own personality* Temple Smith, London. (with Wilson, G.D.).
1975. *Manual of the Eysenck personality questionnaire*. Hodder & Stoughton, London. (with Eysenck, S.B.G.).
1975. *The future of psychiatry*. Methuen, London.
1975. The structure of attitudes in an Italian sample. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 131-132, 3-6. (with Bruni P.).
1975. Planets, stars, and personality. *New Behaviour*, 246-249.
1975. Precognition in rats. *Journal of Parapsychology*, 39, 222-227..
1976. *A textbook of human psychology* Medical and technical Publishers, Lancaster. (with Wilson G.D.).
1976. *Sex and personality*. Open Books, London.
1976. (ed.) *The measurement of personality*. Medical and technical Publishers, Lancaster.
1976. *Psychoticism as a dimension of personality* Crane Russak & co, New York. (with Eysenck, S.B.G.).
1977. *Reminiscence, motivation and personality* Plenum Publishing Corp., New York. (with Frith C.D.).

1977. Personality and factor analysis: A reply to Guilford. *Psychological Bulletin*, 84, 405-411.
1977. You and neurosis. Maurice Temple Smith, London.
1977. Die Zukunft der Psychologie. List Verlag, München.
1977. Crime and personality. Routledge, London.
1978. (ed.) The psychological basis of ideology. University Park, Baltimore.
1978. Sex, violence and the media. Maurice Temple Smith, London (with Nias D.).
1978. The development of personality and its relation to learning. In S. Murray-Smith (ed) *Melbourne studies in education*. University press, Melbourne, 134-181.
1978. On Jerome's "Astrology Disproved". *Phenomena*, 2, 9-13.
1978. An exercise in mega-silliness. *American Psychologist*, 33, 517.
1979. The structure and the measurement of intelligence. Springer Verlag, New York.
1979. The psychology of sex. Dent, London (with Wilson, G.D.).
1979. Biography in the service of science: A look at astrology. *Biography*, 2, 25-34.
1979. Review of "Recent advances in natal astrology". *Zetetic Scholar*, 3-4, 85-86.
1980. The causes and effects of smoking. Maurice Temple Smith, London.
1980. Astrology, science or superstition? Maurice Temple Smith, London. (with Nias D.)
1981. (ed.) A model for personality. Springer Verlag, New York.
1981. Mindwatching. Michael Joseph, London. with Eysenck, M.W.).
1981. The battle for the mind. Macmillan Paperback, London. (with Kamin, L.J.).
1981. The intelligence controversy: Eysenck versus Kamin. Wiley, New York. (with Kamin L.)
1981. The importance of methodology in astrological research. *Correlation*, 1, 11-14.
1982. Personality, genetics and behaviour. Praeger, New York.
1982. Explaining the unexplained mysteries. Weidenfeld & Nicholson, London.
1982. Astrology - Science or superstition? Maurice Temple Smith, London. (with Nias D.).
- 1982 (ed.) A model for intelligence. Springer Verlag, Berlin.
1982. The Vernon Clark experiments. *Astro-Psychological problems*, 1, 27-29.
1983. Know your own Psi-Q. Multimedia Publications, London. (with Sargent C.).
1983. "I do". Your guide to a happy marriage. Multimedia Publications, London.
1983. Parapsychology: Status and prospects. In W.G. Roll, J. Beloff & R.A. White (Eds.) *Research in parapsychology*. Scarecrow, Metuchen.
1983. Astrology and Happiness in marriage. *Astro-Psychological Problems*, 1, 14-24; 15-19.
1983. Methodological errors by critics of astrological claims. *Astro-Psychological Problems*, 1, 14-17.
1983. Is there a paradigm in personality research? *Journal of Research in Personality*, 17, 369-376.
1984. Explaining the unexplained: Mysteries of the paranormal. Weidenfeld & Nicholson, London (with Sargent C.L.).
1984. The Mars effect and its evaluation. *Astro-Psychological Problems*, 2, 22-27.
1985. Personality and individual differences: a natural science approach. Plenum Publishers, New York. (with Eysenck, M.W.).
1985. Age norms for impulsiveness, venturesomeness and empathy in adults. *Personality and Individual Differences*, 6, 613-619. (with Pearson P.R., Easting G. & Allsopp J.F.)
1985. Decline and fall of the Freudian empire. Viking, London.
1985. The place of theory in a world of facts. *Annals of Theoretical Psychology*, 3, 17-114.
1986. James Randi and objective research. *Astro-Psychological Problems*, 4, 7-8.
1987. The place of anxiety and impulsivity in a dimensional framework. *Journal of Research in Personality*, 21, 489-492.
1987. Rauchen und Gesundheit. Düsseldorf: Walter Rau Verlag.
1987. Personality dimensions and arousal. Plenum Press, New York. (edited with Strelau J.).
1987. Personality theory and problems of criminality. In B.J. McGurk, D.M. Thornton & M. Williams (eds.) *Applying psychology to imprisonment: Theory and practice*. Her Majesty's Stationery Office, London, 29-58.
1987. Anomalous phenomena and orthodox science. *Behavioral and Brain Sciences*, 10, 548-585.
1987. A fair deal for astrology? *Astrological Journal*, 29, 91.
1987. Value of research in astrology. *Astro-Psychological Problems*, 5, 6-8.
1988. Theoretical foundations in behaviour therapy (edit. With Martin I.). Plenum Press, New York.
1988. The concept of "intelligence": useful or useless? *Intelligence*, 12, 1-16.
1989. The causes and cures of criminality. Plenum Press, New York. (with Gudjonsson G.H.).
1989. Genes, culture and personality. An empirical approach. Academic Press, New York. (with Eaves, L. and Martin N.).
1989. Mindwatching. Prion/Multimedia, London. (with Eysenck, M.W.)
1989. Suggestion and suggestibility. (edited with Gheorghui V.A., Netter P. and Rosenthal R.), Plenum Press, New York.
1990. Rebel with a cause. (Autobiography), Allen, London.
1990. Type A behaviour and coronary heart disease: the third stage. *Journal of Social and Behavior & Personality*, 51, 25-44.
1990. The growth of a unified scientific psychology: ordeal by Quackery, in *Annals of Theoretical Psychology*.

- (eds.). A.W. Staats & P. Leendert, 91-113.
1990. Personality, stress and disease: description and validation of a new inventory. *Psychol. Reporty*, 66, 355-373.(with Grossarth-Maticek R.).
1990. The Furneaux model of human problem-solving: Its relationship reaction-time and intelligence. *Personality and Individual Differences*, 11, 239-257 (with Frearson W. & Barrett P.T.).
1990. An improvement on personality inventory. *Current contents: Social and Behavioral Sciences. Cit. Class.*, 18, 22.
- 1990 Genetic and environmental contributions to individual differences: The three major dimensions of personality. *Journal of Personality*, 58, 245-261.
1990. Personality and school achievement. *Education Today*, 40, 3-16.
1990. Biological dimensions of personality. In L.A. Pervin (ed.) *Handbook of personality: Theory and research*. 244-276. Guilford Press, New York.
1990. Clinical psychology in Europe and in the United States: development and future. In P.I.D. Drenth, J.A. Sergeant & R.I. Takens (eds.), *European Perspective in Psychology*, 2, 3-17. John Wiley & Sons, London.
1990. Sport activity and personality elements in preventing cancer and coronary heart disease. *Perceptual & Motor Skills*, 71, 199-209.(with Freeseemann C. et alii).
1990. The prediction of death from cancer by means of personality questionnaire. Too good to be true? *Perceptual & Motor Skills*, 71, 216-218.
1990. Prophylactic effects of psychoanalysis on cancer-prone and coronary heart disease-prone probands, as compared with control groups and behaviour therapy groups. *Journal of Behaviour Therapy & Experimental Psychiatry* 21,91-99. (with Grossarth- Maticek, R.).
1990. Freiheit verkam zur Zugellosigkeit: Meine Freunde, die Kommunisten, und Ilse Marie, das Hitlermadchen. In H. von R. Portner, (ed.) *Alltag in der Weinmarer Republik: Erinnerungen an eine unruhige Zeit*. Econ. Verlag, Dusseldorf.
1990. Es ist so leicht, sich zu irren. in: H. von Karlheinz Deschner (ed.), *Woran ich glaube*. Gutersloher Verlagshaus Mohn, Gutersloh.
1990. Sensory-nerve conduction and intelligence: a methodological study. *Journal of Psychophysiology*, 4, 1-11. (with Barrett P.T., Daum I.).
1990. Personality, smoking and alcohol as synergistic risk factors for cancer of the mouth and pharynx. *Psychological Report*, 67, 1024-1026.(with Grossarth-Maticek R.).
1990. Personality and cancer development. Conference suppl. *British Journal of Hospital Medicine*, 6-9.
1990. Freud, science and professor Joseph S. Jacob: A reply. *The Mankind Quarterly*, 31, 183-184.
1990. Freud fifty years on. *University of Leeds Review*. 33, 1-22.
1990. Psychological factors in football and boxing: the effects of behaviour therapy. *International Journal of Sport Psychology* 21, 237-255.(with Grossarth- Maticek, R., Rieder H. & Racik L.).
1990. Coffee-drinking and persobnality as factors in the genesis of cancer and coronary heart disease. *Neuropsychobiology*, 23, 153-159.(with Grossarth- Maticek, R.).
1990. The importance of man as a risk factor in the industrial universe. (ed.). Kuhlmann, a., 1st. World Congress on Safety Science: Living in Safety. Verlag TUV Rheinland, 81-112.
1990. Ethics, social problems and the law of certainty. *Psychologische Beitrage*, 32, 143-150.
1990. Differential psychology before and after William Stern. *Psychologische Beitrage*, 32, 249-262.
1991. Hans J. Eysenck, Ph.D., D.Sc., Maverick Psychologist. In C. E. Walker (The history of clinical psychology in autobiography. vol. 1) California, Belmont: Brooks/Cole.
1991. Creative novation behaviour therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease: I - Description of treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 29,1-16.(with Grossarth- Maticek, R.).
1991. Creative novation behaviour therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease: II - Effects of treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 29,17-31. (with Grossarth- Maticek, R.).
1991. Smoking, personality and stress: psychosocial factors in the prevention of cancer and coronary. Springer Verlag, New York.
1991. Machiavellianism as a component in psychoticism and extraversion. *Personality and Individual Differences*, 12, 29-41 (with Allsop J. & Eysenck S.B.G.)
1991. A cross-cultural study of personality: Russia and England. *Personality and Individual Differences*, 12, 3 (with Hanin Y., Eysenck S.B.G. & Barrett P.)
1991. Special Issue: Raised IQ with through vitamin and mineral supplementation: an introduction. In Improvement of IQ and behaviour as a function of dietary supplementation: (eds.) Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.G. *Personality and Individual Differences*, 12, 329-333.
1991. Were we really wrong? *American Journal of Epidemiology*, 133, 29-33.
1991. Psychology: a science in development. *Ethnik und Sozialwissenschaften*, 2,69-70.
1991. Personality as a risk factor in coronary heart disease. *European Journal of Personality*, 5, 81-92.
1991. Equality and education fifteen years on. *Oxford Revue of Education*, 17, 161-167.
1991. Dimensions of personality: 16, 5 or 3? - Criteria for a taxonomic paradigm. *Personality and Individual Differences*, 12, 773-790.( with Grossarth- Maticek, R.).
1991. Coco-cola, cancers, and coronaries: personality and stress as mediating factors. *Psychological Report*, 68, 1083-1087.
1991. Changes in degree of sclerosis as a function of prophylactic treatment of cancer-prone and CHD-prone probands. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 343-352.
1991. Behavioural psychotherapy. in: *Clinical psychology: historical and research foundations*: (ed.) C. Eugene Walker. in: *Applied Clinical Psychology Series*. Plenum Press, New York.
1991. Is suggestibility? in: *Human suggestibility - Advances in theory, research and application* (ed.), J.F. Schumaker, Routledge, London.
1991. Psychological bases - Introduction to the psychological basis of psychiatry. in: *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*: (ed.) A. Seva. Prensas Universitarias de Zaragoza, Zaragoza.
1991. Prevalence and etiology of psychological problems in cancer patients. in: *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. ii. (ed.). A. Seva. Prensas Universitarias de Zaragoza, Zaragoza (with Grossarth-Maticek, R.).
1991. Meyer's taxonomy of research into psychotherapy. *Zeitschrift fur Klinische Psychologie*, 20, 265-267.

1991. Three views of intelligence. *Personality and Individual Differences*, 9, 971-973.
1991. Cancer and personality. in: *Cancer and stress: psychological, biological and coping studies*. (eds.). C.L. Cooper and M. Watson. John Wiley & Sons, London.
1991. Dimensions of personality: The biosocial approach to personality. in: *Explorations in temperament: International perspectives on theory and measurement*. (eds.). J. Strelau & A. Angleitner. Plenum Press.
1991. Personality, stress and disease: An interactionist perspective. *Psychological Inquiry*, 2, 221-232.
1991. Reply to criticisms of the Grossarth-Maticek studies. *Psychological Inquiry*, 2, 297-323.
1991. Introduction: science and racism: 1-55. in: R. Pearson. *Race, intelligence and bias in academe*. Scott-Townsend, Washington.
1991. Science, racism and sexism. *Journal of Social, Political & Economical Studies*. 16, 217-250.
1991. Personality, stress and factors in drinking as determinants of risk for cancer and coronary heart disease. *Psychological Report*, 69, 1027-1043. (with Grossarth-Maticek, R.).
1991. Psychological factors, prognosis and prevention of cancer. in: *coping with cancer and beyond cancer treatment and mental health*. (eds.), J. ten Have-de-Labije & H. Balner. Swets & Zeitlinger, Amsterdam, 5 31-45.
1991. Personality, stress, smoking, and genetic predisposition as synergistic risk factors for cancer and coronary heart disease. *Integrated Physical & Behaviour Sciences*, 26, 309-322.
1991. Controlled trial of vitamin-mineral supplementation: effects on intelligence and performance. *Personality and Individual Differences*, 12, 351-362 (with Schoenthaler S.J., Amos P., Peritz E. & Yudkin J.)
1991. Race and intelligence - An alternative hypothesis. *The Mankind Quarterly*, 32, 123-125.
1991. Letters to the Editors. The licensing of nutritional supplements. *Journal of Nutrition Medicine*, 2, 427-429.
1991. Central Nervous System and cancer. in: O.F. Nygaard & A.C. Upton (eds.), *Anticarcinogenesis and radiation protection* 2, 429-435. Plenum Press, New York, (with Grossarth-Maticek, R. & Rakic L. J.).
1991. Personality and cancer: prediction and prophylaxis. In O.F. Nygaard and A.C. Upton (eds.), *Anticarcinogenesis and radiation protection*. Plenum Press, New York, 451-458 (with Grossarth-Maticek, R.).
1991. The Psychology of Personality and Aesthetics. In *Fragrance: The Psychology and Biology of Perfume*. (Eds.) S. Van Toller and G.M. Dodd, 2, 7-26. Elsevier, Applied Sciences, London.
1991. Eysenck Personality Scales (EPS Adult). Hodder & Stoughton, London (with Eysenck S.B.G.).
1991. Four ways five factors are not basic. *Personality and Individual Differences*, 13, 667-673.
1992. A Hundred Years of Personality Research, from Heymans to Modern Times. Twelfth Duijker Lecture on 12. 2. 1992 to the Stichting Duijkerlezingen. Amsterdam: Bohn Stafleu Van Loghum.
1992. Behaviour genetics comes of age. *Personality and Individual Differences*, 113, 751-754.
1992. Editorial: Peer Review: Advice to referees and contributors. *Personality and Individual Differences*, 13, 393-399. (with Eysenck, S.B.G.).
1992. A reply to Costa and McCrae: P or A and C - The Role of Theory. *Personality and Individual Differences*, 13, 867-868.
1992. Personality and Education: The Influence of Extraversion, Neuroticism, and Psychoticism. *Zeitschrift fur Padagogische Psychologie*, 6, 133-144.
1992. Point of View: Meta-analysis: Sense or Nonsense. *Pharmaceutical Medicine*, 6, 113-119.
1992. Brain electrical potentials and intelligence. In *Handbook of Individual Differences: Biological Perspectives*. (Eds.) A. Gale and M.W. Eysenck. J. Wiley & Sons, London. (with Barrett, P.T.).
1992. Education and debate. Psychosocial factors, cancer, and ischaemic heart disease. *British Medical Journal*, 305, 457-459.
1992. Fact or Fiction: Does dietary supplementation increase IQ? *The Psychologist* Sept., 409-411. (with Barrett, P.T.).
1992. Brain Evoked Potentials Intelligence: The Hendrickson Paradigm. *Intell.*, 16, 361-381. (with Barrett, P.T.).
1992. Teaching methods and the personality of the child: New ways in education. *Encyclopedia Moderna*, 13, 89-98.
1992. Roots of prejudice: Genetic or environmental. In: *Cultural Diversity and the Schools. II: Prejudice, Polemic or Progress?* (Eds.) J. Lynch, C. Modgil and S. Modgil. Palmer Press, Basingstoke, 21-41.
1992. Primary trait measurement of the 21 components of the P-E-N System. *European Journal of Psychological Assessment*, 8, 109-117. (with Barrett P.T., Wilson G. & Jackson C.)
1992. Intelligence: The One and The Many. In: *Current Topics in Human Intelligence*, Vol. 2: Is Mind Modular or Unitary? (Ed.) D.K. Detterman, Ablex Publishing Corporation, Norwood, 3, 83-116.
1992. The definition and measurement of psychoticism. *Personality and Individual Differences*, 13, 757-785.
1993. From DNA to social behaviour: Condition for a paradigm of personality research. In G. Hetttema & I.J. Deary (eds.) *Foundations of personality*. Kluwer Academic, Dordrecht, 55-66.
1993. Reply to Van de Ploeg, Vetter and Klein. *Psychological Inquiry*, 4, 70-71.
1993. Prediction of cancer and coronary heart disease mortality by means of a personality inventory: Results of a 15-year follow-up study. *Psychological Reports*, 72, 499-516.
1993. Personality and the Barron-Welsh Art Scale. *Perceptual & Motor Skills*, 76, 837-838. (with Furnham A.).
1993. The return of the IQ. *Personality and Individual Differences*, 14, 503-504.
1993. The nature of Schizotypy. *Psychological Report*, 73, 59-63. (with Barrett P.)
1993. From DNA to social behaviour: Conditions for a paradigm of personality research. In: *Foundations of Personality*. (Eds.) J. Hetttema and I.J. Deary. NATO ASI Series, Behavioural & Social Sciences. Dordrecht, NL.: Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, vol.1, 72, 55-66.
1993. Intelligence and hereditary genius. In: M. Keynes (Ed.), *Sir Francis Galton, FRS: The Legacy of His Ideas*, 5, 62-74. Proceeding of the 28th Annual Symposium of the Galton Institute, London, 1991, MacMillan/The Galton Institute, London.
1993. Grawe and the effectiveness of psychotherapy: Some comments. *Psychologische Bundschau*, 44, 177-180.
1993. Factors and processes in personal characteristics. *Education Section Review*, 56-57.
1993. Personality, stress and disease: The Grossarth-Maticek Contribution. *Zeitschrift fur Gesundheitspsychologie*, 1, 204-211.



1993. Sensory nerve conduction and intelligence: A replication. *Personality and Individual Differences*, 15, 249-260.
1993. The biological basis of intelligence. In: P.A. Vernon (Ed.). *Biological Approaches to the Study of Human Intelligence*, 1, 1-13. Ablex, Norwood.
1993. Creativity and personality: Suggestions for a theory. *Psychological Inquiry*, 4, 147-178.
1993. Prediction of cancer and coronary heart disease as a function of method of questionnaire administration. *Psychological Reports*, 73, 943-959. (with Grossarth-Maticek, R. & Barrett P.)
1993. The nature of impulsivity. In: *The impulsive client: Theory, research and treatment*. (Eds.) W.G. McCown, J.L. Johnson and M.B. Shure. American Psychological Association, Washington.
1993. The relationship between IQ and personality. (Selected papers from the Vth European Conference on Personality held in Italy, 1990) In: *Personality Psychology in Europe*. (Eds.) G.L. Van Heck, P. Bonaiuto, I.J. Deary and W. Nowack, Vol. 4. 159-181. University Press, Tilburg.
1993. Intelligence, inspection time, and decision time. *Intelligence*, 17, 4, 521-531. (with Bates T.C.).
1993. String length, attention, and intelligence: Focussed attention reverses the string length IQ relationship. *Personality and Individual Differences*, 15, 363-371. (with Bates T.).
1994. The relationship between evoked potential component amplitude, latency, contour length, variability, zero-crossings, and psychometric intelligence. *Personality and Individual Differences*, 16, 3-12. (with Barrett P.T.).
1994. *Human Cognitive Abilities: A survey of factor-analysis studies*. (Ed.), J.S. Carroll. *Personality and Individual Differences*, 16, 199.
1994. Personality and temperament. In: *Seminars in Psychology and the Social Sciences*. (Eds.) D. Tantam & M. Birchwood. 187-202. Royal College of Psychiatrists: Gaskell Books, London.
1994. The outcome problem in psychotherapy: What have we learned? *Behaviour Research and Therapy*, 32, 477-495.
1994. An empirical study of the diathesis-stress theory of disease. *International Journal of Stress Management*, 1, 3-18. (with Grossarth-Maticek, R. & Boyle, G.J.).
1994. Trait theories of personality. In: *Companion Encyclopaedia of Psychology*, Vol. 1, (Ed.), A.M. Colman. Routledge, London.
1994. The measurement of creativity. In: *Dimensions of Creativity*. (Ed.) M.A. Boden. Bradford Book Series.
1994. The taxonomy of visual aesthetic preferences: An empirical study. *Empirical Studies of the Arts*, 12, 95-101 (with Hawker, G.W.).
1994. Extraversion-Introversion. *Encyclopaedia of Human Behaviour*, 2, 321-332. (with Saklofske, D.H.).
1994. Creativity and Personality: Word association, origence, and psychoticism. *Creativity Research Journal*, 7, 209-216.
1994. Personality - Biological Foundations. In: *The Neuropsychology of Individual Differences*. (Ed.) P.A. Vernon, USA: Academic Press Inc., 7, 151-207.
1994. Cancer, personality and stress: prediction and prevention. *Advanced Behaviour Therapy*, 16, 187-215.
1994. Meta-analysis and its problems. *British Medical Journal*, 309, 789-792.
1994. A comparison of the information processing rates of non-smokers and cigarette-deprived smokers. *Personality and Individual Differences*, 17, 855-858.
1994. Psicoanálisis y terapia de conducta: El error freudiano. *Psicología Conductual*, 2, 149-164.
1994. The importance of theory in the taxonomy of personality. In: *Personality Psychology in Europe*. (Eds.) B. de Raad, W.K.B. Hofstee & G.L. van Heck., Tilburg University Press.
1994. Much ado about IQ. *The Times Higher Education*. Supplement. 11 November.
1994. Letter to the Editor: Personality and coronary heart disease. *British Journal Hospital Medicine*, 52, 120.
1994. The impact of genetic factors on behaviour. *Personality and Individual Differences*, 17, 581-582.
1994. Three: Criteria for a paradigm. In: *The Developing and Personality from Infancy to Adulthood*. (Eds.) C.F. Halverson, Jr. Kohnstamm & R.P. Martin. Laurence Erlbaum, Hillsdale.
1994. Normality-Abnormality and the Three-Factor Model of Personality. In: *Differentiating Normal and Abnormal Personality*. (Eds.) S. Strack & M. Loe. Springer Publication, New York.
1994. Sport and personality - a reply to Mummendey. *Sportliche Aktivitat und Personlichkeit*.
1994. Personality and Intelligence: Psychometric and experimental approaches. In: *Intelligence and Personality*. (Eds.) R. Sternberg & P. Ruzgis. Cambridge University Press, Cambridge.
1994. Psychologie und Gesellschaft: Beitrage der Smodernen Seelenkunde zur Loesung sozialer Fragen. In: *Handbuch zur Deutschen Nation*. Band 3. Moderne Wissenschaft und Zukunftsperspektive. Hohenrain-Verlag, Tubingen.
1994. Synergistic interaction between psychosocial and physical factors in the causation of lung cancer. In *The Psychoimmunology of Cancer: Mind and Body in the fight for survival?* Oxford Medical Series. (Eds.) C.E. Lewis, C. C. O'Sullivan & J. Barraclough. Oxford University Press, Oxford.
1994. How we acquire a sense of morality: A common-sense view of conscience and the moral sense. *Criminal Justice Ethics*, 13, 53-60.
1994. Personality of smokers and drinkers among university students. *Journal of Indian Academic Applied Psychology*, 20, 39-44.
1994. The Big Five or Giant Three: Criteria for a paradigm. In C.F. Halverson Jr., G.A. Kohnstamm, & R.P. Martyin (eds.) *The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood*. Erlbaum, Hillsdale, 37-51.
1994. Dimensions of Personality: Polish translation: Wyklady z psychologie w.KUL Tom 7. Lublin RW KUL, 273-294.
1995. Test your iIQ. (with Evans D.). Thorson-Harper-Collins, London.
1995. *Génius: the natural history of creativity*. Cambridge University Press.
1995. A new view of aggressiveness in adolescence. *Personality and Individual Differences*, 18, 165-166.
1995. Mental health and physical disease: A new paradigm. *Journal of Mental Health*, 4, 221-225.
1995. Personality differences according to gender. *Psychological Reports*, 76, 711-716.
1995. Notes and Shorter Communication: Personality and attitudes towards marginal social groups. *Personality and Individual Differences*, 18, 677-679.

1995. Psychosocial factors in the propagation of cancer. *Deutscher Zeitschrift der Onkologie*, 27, 1.
1995. Some comments on the Gough Socialization Scale. *Psychological Reports*, 76, 298.
1995. Trait theories of Personality. In: *Individual Differences and Personality*. (Eds.) S.E. Hampson & Andrew M. Colman. (Longman Essential Psychology Series.) Longman, New York.
1995. Problems with meta-analysis. In: *Systematic Reviews*. (Eds.), I. Chalmers & D.G. Altman. *British Medical Journal*.
1995. Creativity as a product of intelligence and personality. In: *International Handbook of Personality and Intelligence*. (Eds.) D.H. Saklofske & M. Zeidner. Plenum Press, New York.
1995. How valid is the psychoticism scale? Comment on the Van Kampen critique. *European Journal of Personality*, 9, 2.
1995. Method of test administration as a factor in test validity: the use of a personality questionnaire in the prediction of cancer and coronary heart disease. *Behaviour Research Therapy*, 33, 705-710 (with Grossarth-Maticek, R. & Boyle G.J.)
1995. Perspective: Clever measures. *The Times Higher Educational Supplement*, 27, 15-16.
1995. Meta-analysis or best evidence synthesis? *Journal of Evaluation and Clinical Practice*, 1, 1-8.
1995. Science and the Psychology of Sport - the Place of Theory. *Sportonomics*, 1, 3-9.
1995. The Visual Aesthetic Sensitivity Test applied to Portuguese children and Fine Art students. *Creative Research Journal*, 8, 237-284. (with Frois J.P.)
1995. Mental Health and disease: A new paradigm. *Journal of Mental Health*, 4, 221-225.
1995. Can we study intelligence using the experimental method? *Intelligence*, 20, 217-228.
1995. Psychotherapy and the prevention of cancer and coronary heart disease. In: *III Jornadas de Psicologia en Navarra: Conferencias y Comunicaciones*, Pamplona, 21-23.
1995. Self-regulation and mortality from cancer, coronary heart disease, and other causes: A prospective study. *Personality & Individual Differences*, 19, 781-795.
1995. Alcohol consumption and health: synergistic interaction with personality. *Psychological Reports*, 77, 675-687.
1995. Psychopathology: Type or Trait? *Behaviour, & Brain Sciences*, 18, 555-556.
1995. Book Review: Volition and Personality: Action versus state orientation. *Journal of Psychophysiology*, 9, 250-252.
1995. Does smoking really kill anybody? *Psychological Reports*, 77, 1243-1246.
1995. Cross-cultural psychology and the unification of psychology. *World Psychology*, 1, 11-30.
1995. Reply to critics of "Cross-cultural psychology and the unification of psychology". *World Psychology*, 1, 41-45.
1996. Personality and Cancer. Chapter 10, 193-215. In: *Handbook of Stress, Medicine, and Health*. (Ed.) Cary L. Cooper. CRC Press, Boca Raton.
1996. Personality and Crime: Where do we stand? *Personality, Crime & Law*, 2, 143-152.
1996. The causal role of stress and personality in the aetiology of cancer and coronary heart disease. In: *Stress and emotion: Anxiety, anger, and curiosity*. 15, 1, 3-12. (Series Eds.) C.D. Spielberger and I. G. Sarason. (Guest Eds.) J. M. T. Brebner, E. Greenglass, P. Laungani, & A. M. O'Rourke. Taylor & Francis, Washington.
1996. Personality and the experimental study of education. *European Journal of Personality*, 10, 427-439.
1996. Special Review: Hormones, Sex, and Society: The Science of Psychology. H. Nyborg (Ed.), Westport, CT. Praeger (1994). In: *Personality & Individual Differences*, 21, 631-632.
1996. Special Review: The Limits of Family Influence. (Ed.) D.C. Rowe. Lawrence Erlbaum: 1996. In: *Personality & Individual Differences*, 21, 827.
1996. Special Review: The g Factor: General Intelligence and its Implications. (Ed.) C. Brand. UK.: John Wiley. In: *Personality & Individual Differences*, 21, 829-830.
1996. An evaluation of the psychometric properties of the concept 5.2 Occupational Personality Questionnaire. *Journal of Occupational Organization Psychology*, 69, 1-19. (with Barrett P., Kline P. & Paltiel L.).
1996. Personality and the biosocial model of anti-social and criminal behaviour. Paper presented at A Nato Advances Study Institute on biosocial bases of violence. Theory and research. Rhodes.
1996. Special Review: (A) Why Freud was wrong? (Ed.) R. Webster. London: Harper-Collins (1995). (B) Modern Perspectives on John B. Watson and Classical Behaviourism. (Eds.) J.L. Todd and D.K. Morris. Greenwood Press/The European Group (1994). In: *Personality and Individual Differences*, 20, 275-276.
1996. Review of "The tenacious Mars effect". *Correlation*, 15, 53-54.
1996. Sceptical prejudice. *The Psychologist*, 9, 537.
1997. Personality and Intelligence: The New Look. In: *Psychology Teacher Network*. 7, Issue 2, 2-4. Washington: APA Education Directorate.
1997. Book Review: Finding Meaning in Dreams: A Quantitative Approach. (Ed.) G. William Domhoff. In the series: Emotions, Personality and Psychotherapy. Series Eds. C.E. Izard and J.L. Singer. Plenum Publishing Corp, (1996). In: *Personality and Individual Differences*, 22, 947.
1997. Special Review. Brain, Mind, and Behaviour: A New Perspective on Human Nature. (Ed.) D.L. Robinson. Connecticut: Praeger Publishers 1996. In: *Personality and Individual Differences*, 22, 945-946.
1997. Crime and Personality: A response to H. Prins. *Personality Crime & Law*, 3, 207-208.
1997. Intelligence: The New Look: The Search for a Paradigm. In: *Advances in Cognition and Educational Practice*. (Series Editor: J. Carlson). In: *Reflections on the Concept of Intelligence*. (Volume Eds.) J. Kingma & W. Tomic, Vol. 4, 119-148. Connecticut: Kingma & W. Tomic, Jai Press Inc., Greenwich, Co.
1997. Addiction, personality and motivation. *Human Psychopharmacology*, 12, 79-87.
1997. The Future of Psychology. In: Robert L. Sals (Ed.). *Mind and Brain Sciences in the 21st Century*. 15, 271-301. MIT Press, Cambridge, Mass.
1997. Raising IQ level by vitamin and mineral supplementation. In: *Intelligence, Heredity, and Environment*. (Eds.) R.J. Sternberg & E. Grigorenko, 13, 363-392. (with Schoenthaler, S. J.).

# link 12 esperienze

**Le tecniche di rilassamento in oncologia**

INES GIORGI, MARTA ANTONILI, GIORGIO BERTOLOTTI



# Le tecniche di rilassamento in oncologia

INES GIORGI \*, MARTA ANTONIOLI \*\*, GIORGIO BERTOLOTTI \*\*\*

**Le questioni relative alla qualità della vita in pazienti oncologici sono diventate negli ultimi anni di primaria importanza. Qualunque sia la diagnosi, infatti, la prognosi o la risposta alle terapie, non esistono tumori di scarsa rilevanza ove non sia richiesta una particolare attenzione alla qualità di vita dei pazienti. In questo articolo, attraverso una revisione della letteratura e mediante presentazione di specifici casi clinici, si tenta un inquadramento specifico nell'ambito dell'applicazione di tecniche di rilassamento che agiscono proprio nella suddetta direzione**

## Introduzione

I pazienti affetti da cancro nel corso della loro esperienza di malattia si trovano ad affrontare una serie di eventi fisicamente rilevanti spesso ad elevato contenuto emozionale e psicologico che possono determinare una morbidità psichica, documentata da numerosi studi.

La Società Italiana di Psico-Oncologia, all'interno del documento *Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica psico-oncologica*, afferma: "Qualunque sia la diagnosi, la prognosi, la risposta alle terapie, non esistono tumori di scarsa rilevanza. Il cancro, infatti, rappresenta sempre, per il paziente e per la sua famiglia, ma anche per i terapeuti, una prova esistenziale sconvolgente. Questa prova riguarda tutti gli aspetti della vita: il rapporto con il proprio corpo, il significato dato alla sofferenza, alla malattia, alla morte, così come le relazioni familiari, sociali, professionali. Il trattamento del paziente oncologico deve avere come obiettivo principale quello di migliorare la Qualità della Vita e di limitare il rischio di conseguenze psicopatologiche tali da condizionare la vita futura del malato" (Società Italiana di Psico-Oncologia, 1998; Grassi, 2003).

Grazie ai progressi nei trattamenti e nell'assistenza sanitaria che hanno consentito l'incremento dei tassi di sopravvivenza dando ai pazienti la possibilità di ritornare ad una vita normale e produttiva, le questioni relative alla qualità della vita sono diventate di primaria importanza e l'attenzione si è sempre più focalizzata sulla rilevanza degli interventi psicologici mirati all'assistenza dei pazienti oncologici nell'affrontare la diagnosi, il trattamento e gli importanti effetti collaterali delle terapie antitumorali.

Le tecniche di rilassamento applicate con uno dei numerosi metodi o tecniche come il rilassamento progressivo (RMP) di Jacobson (1938); il training autogeno (TA)



***Grazie ai progressi nei trattamenti e nell'assistenza sanitaria che hanno consentito l'incremento dei tassi di sopravvivenza dando ai pazienti la possibilità di ritornare ad una vita normale e produttiva, le questioni relative alla qualità della vita sono diventate di primaria importanza e l'attenzione si è sempre più focalizzata sulla rilevanza degli interventi psicologici mirati all'assistenza dei pazienti oncologici nell'affrontare la diagnosi, il trattamento e gli importanti effetti collaterali delle terapie antitumorali***

di Shultz (1932); l'ipnosi o le tecniche di meditazione (cfr: Melzak e Wall, 1970; Kabat Zinn, 2005; Zindel, Segal e Williams, 2006), se adottate con oculatezza e sistematicità, possono alleviare stati di tensione psico-motoria e favorire maggior benessere anche in concomitanza di conclamate malattie fisiche.

Obiettivi in ambito oncologico nei diversi momenti dell'iter terapeutico:

- migliorare il livello di benessere in pazienti con stati d'ansia e sintomi di stress emozionale;
- ridurre i disturbi del sonno;
- controllo del dolore;
- preparazione psicologica agli interventi chirurgici, alla somministrazione delle terapie antitumorali e per il controllo degli effetti collaterali (es.: fatica, nausea, vomito e modificazione dell'immagine corporea);
- favorire l'adattamento alla malattia;
- stimolare un atteggiamento combattivo nei confronti della malattia, soprattutto nella fase della riabilitazione e del reinserimento sociale.

Tali tecniche possono essere praticate individualmente o in gruppo; la pratica in gruppo, quando possibile, viene in genere privilegiata: i benefici individuali a livello psicofisico si arricchiscono con gli effetti socializzanti e di supporto emozionale dovuti all'apprendimento in gruppo. La tabella 1 delinea alcuni obiettivi terapeutici. Scopo del presente lavoro è di effettuare una revisione della letteratura in tale ambito e fornire una esemplificazione clinica basata sulla multidisciplinarietà.

Evidenze basate sull'efficacia dei trattamenti

L'efficacia di un training di rilassamento condotto in fase acuta di trattamento su pazienti oncologici è stata dimostrata in vari studi.

La rassegna meta-analitica condotta da Luebbert, Dahme e Hasenbring (2001) ha indagato l'efficacia del training di rilassamento nella fase acuta del trattamento non chirurgico del cancro, nella riduzione della sintomatologia connessa alla terapia (nausea, dolore, pressione sanguigna elevata e battito cardiaco accelerato) e nel miglioramento della regolazione affettiva (ansia, depressione, ostilità, tensione, fatica, confusione, vigore, umore globale). La definizione di training di rilassamento utilizzata dagli autori comprendeva tutte le tecniche di induzione che mirano ad indurre uno stato di rilassamento mentale e fisico nel paziente: Rilassamento Muscolare Progressivo di Jacobson (Jacobson, 1938; Bertolotti, 2002) o la versione abbreviata sviluppata da Bernstein e Borkovec (Bernstein e Berkovec, 1973) con o senza visualizzazioni guidate, ipnosi e training autogeno. I risultati hanno evidenziato significativi effetti positivi in relazione ai sintomi connessi al trattamento. Il training di rilassamento ha inoltre sortito effetti significativi sulle seguenti variabili di regolazione affettiva: ansia, depressione e ostilità. Due studi esaminati nella rassegna hanno anche sottolineato l'efficacia del rilassamento nella riduzione della tensione e nel miglioramento dell'umore globale. Alcune caratteristiche dell'intervento del training di rilassamento, il tempo trascorso complessivamente dai professionisti con i pazienti (intensità dell'intervento) ed il programma dell'intervento (offerto al paziente in concomitanza con, o indipendentemente, dal trattamento medico) hanno influenzato la rilevanza dell'efficacia del rilassamento sul livello di ansia. I trattamenti offerti indipendentemente dal trattamento medico si sono dimostrati significativamente più efficaci sui risultati relativi alla variabile ansia. L'efficacia del rilassamento risulta essere indipendente dalla diversa tipologia di trattamento cui i pazienti sono sottoposti (chemioterapia, radioterapia, trapianto dell'osso con midollo, ipertermia). Le implicazioni cliniche e pratiche dei risultati della meta-analisi suggeriscono che la pratica del rilassamento nel corso del trattamento antitumorale, riducendo in maniera efficace gli effetti collaterali, rende l'esperienza meno stressante. Il rilassamento è un'abilità che i pazienti possono imparare con facilità, un'abilità che consente loro di acquisire un senso di padronanza e di controllo sui loro problemi che si contrappone al senso di impotenza risultante dall'ulteriore dipendenza dai farmaci (Redd, Rosenberg e Hendler, 1982-1983). Gli autori (Luebbert, Dahme e Hasenbring, 2001) concludono il loro studio sottolineando la necessità di

implementare il training di rilassamento nella routine clinica dei pazienti oncologici sottoposti a trattamento in fase acuta.

La rassegna condotta da Redd, Montgomery e DuHamel (2001) si è proposta di verificare l'efficacia dei metodi di trattamento comportamentali, comprese le tecniche di rilassamento, nella gestione degli effetti collaterali avversi delle terapie antitumorali. La rassegna comprendeva 54 studi pubblicati che avevano utilizzato diversi metodi di ricerca. I risultati della rassegna evidenziano quanto segue:

1. i trattamenti comportamentali si sono dimostrati efficaci nella gestione della nausea e del vomito anticipatori in pazienti oncologici adulti e bambini sottoposti a chemioterapia;
2. la terapia comportamentale, integrando diverse tecniche, è in grado di migliorare i livelli di ansia e il distress associato a trattamenti medici invasivi;
3. nonostante svariate tecniche comportamentali si siano dimostrate utili nel ridurre l'intensità del dolore acuto associato al trattamento, risulta sempre più evidente che queste tecniche non sono tutte parimenti efficaci. Tecniche simil-ipnotiche, che prevedono rilassamento, suggestione e disattenzione immaginativa, si sono dimostrate le più efficaci nella gestione del dolore.

### **Applicazioni cliniche**

- **Percezione del senso di fatica**

La fatica è un problema che si riscontra di frequente dopo trattamento chirurgico dei tumori solidi. In questo tipo di pazienti esercizi aerobici e interventi di supporto psicosociale si sono dimostrati utili nel ridurre la gravità dei sintomi.

Lo studio di Dimeo, Thomas, Raabe-Menssen, Propper, Mathias (2004) ha confrontato un intervento basato su esercizi aerobici e un intervento basato sul RMP rispetto alla percezione di fatica. A tal fine 72 pazienti (27 operati per tumore polmonare, 45 operati per tumore in sede gastrointestinale), dopo 4 mesi dall'intervento chirurgico, sono stati reclutati e ed è stata effettuata una randomizzazione in due gruppi di trattamento: a) esercizi aerobici; b) rilassamento muscolare progressivo secondo il metodo di Jacobson. Le indicazioni di esito sono state lo European Organization for Cancer Quality of Life Questionnaire Core Module (EORTC-QLQ-30, (Aaronson et al., 1993), che consente la valutazione di aspetti fisici, cognitivi, dello stato emozionale e della lamentazione somatica; il test ergometrico per misurare la prestazione fisica massimale e lo Perceived Exertion Scale al fine di misurare lo sforzo soggettivo (Borg, 1970). Il trattamento ha previsto che gli esercizi aerobici venissero eseguiti 5 volte alla settimana per 30 minuti a seduta. Il RMP aveva cadenza di tre sedute settimanali di 45 minuti.

Al termine dello studio si è osservato che per la variabile fisica la prestazione nel gruppo sottoposto ad allenamento aerobico è significativamente migliore; per gli aspetti psicologici si osservano miglioramenti significativi in entrambi i gruppi. Gli autori concludono che ai fini del benessere soggettivo entrambi i trattamenti sono efficaci e non si osserva maggiore efficacia di un trattamento nei confronti dell'altro.

- **Gestione della nausea e del vomito**

I progressi nei trattamenti, nonostante abbiano incrementato in maniera considerevole le possibilità di cura dei tumori, hanno comportato un'intensificazione della tossicità, rendendo le terapie fisicamente e psicologicamente debilitanti. L'incrementata tossicità pone in primo piano l'esigenza della gestione di importanti effetti collaterali, una dimensione importante nel trattamento del cancro. Tali effetti collaterali, risultando talmente avversi che alcuni pazienti riferiscono di considerarli addirittura peggiori del cancro stesso, spesso compromettono la compliance alla terapia e spingono alcuni pazienti a decidere di interrompere il trattamento.

La chemioterapia, ad esempio, comporta perdita di appetito con conseguente perdita di peso, fatica, caduta dei capelli, accentuata suscettibilità al disagio, intensi problemi gastrointestinali e livelli più intensi di ansia e depressione.

***I trattamenti comportamentali si sono dimostrati efficaci nella gestione della nausea e del vomito anticipatori in pazienti oncologici adulti e bambini sottoposti a chemioterapia; la terapia comportamentale è in grado di migliorare i livelli di ansia e il distress associato a trattamenti medici invasivi; risulta sempre più evidente che le tecniche comportamentali non sono tutte parimenti efficaci. Tecniche simil-ipnotiche, che prevedono rilassamento, suggestione e disattenzione immaginativa, si sono dimostrate le più efficaci nella gestione del dolore***

***Molti effetti collaterali non sono solo farmacologici, ma classicamente condizionati in natura: mediante la loro associazione con effetti collaterali indotti farmacologicamente, vari stimoli (es. sensazioni visive, olfattive, gustative, ma anche pensieri) diventano capaci di elicitare nausea, vomito e intense reazioni emotive. Gli effetti collaterali condizionati possono verificarsi prima che il trattamento chemioterapico inizi (anticipatori), durante o immediatamente dopo, verificandosi in concomitanza e quindi risultando indistinguibili dagli effetti collaterali farmaco-correlati. In ogni caso, una volta che nausea e vomito condizionati si siano sviluppati, essi risultano altamente resistenti ai farmaci antiemetici***

La nausea e il vomito costituiscono gli effetti collaterali più temuti dai pazienti. La prevalenza della nausea è di circa il 60%, quella del vomito post-trattamento chemioterapico il 50%. Gli effetti negativi a livello clinico di tali eventi avversi comprendono, a loro volta, sintomi quali fatica, crampi muscolari ed alterazioni metaboliche (es. alcalosi causata da una perdita di sodio, potassio e succhi gastrici); i problemi psicologici includono lo sviluppo di nausea e vomito anticipatori, l'avversione per il cibo, il malessere emotivo e il peggioramento della Qualità di Vita, in particolare per quanto riguarda l'area sociale e funzionale.

Molti effetti collaterali non sono solo farmacologici, ma classicamente condizionati in natura: mediante la loro associazione con effetti collaterali indotti farmacologicamente, vari stimoli (es. sensazioni visive, olfattive, gustative, ma anche pensieri) diventano capaci di elicitare nausea, vomito e intense reazioni emotive (Burish e Carey, 1986). Gli effetti collaterali condizionati possono verificarsi prima che il trattamento chemioterapico inizi, venendo in tal caso definiti anticipatori, durante o immediatamente dopo, verificandosi in concomitanza e quindi risultando indistinguibili dagli effetti collaterali farmaco-correlati. In ogni caso, una volta che nausea e vomito condizionati si siano sviluppati, essi risultano altamente resistenti ai farmaci antiemetici (Burish, Carey, Krozely e Greco, 1987).

In questo campo, al fine di ridurre la severità e la frequenza delle risposte condizionate, nonché il distress emotivo e l'arousal fisiologico generalmente sperimentato dai pazienti sottoposti a chemioterapia, il training di rilassamento risulta essere l'intervento più comunemente esaminato ed impiegato in ambito clinico.

I vantaggi del training di rilassamento sono la sua economicità e la scarsità di effetti collaterali negativi (Lader e Mathews, 1970). Si tratta, in genere, di tecniche facili da imparare e accettate volentieri dai pazienti.

Alcuni studi hanno documentato l'efficacia del RMP nel ridurre il distress provocato dalla chemioterapia (nausea, vomito, affetto negativo ed arousal fisiologico).

Poiché la tecnica diminuisce la nausea, durante la chemioterapia può prevenire lo sviluppo di eventi avversi condizionati e diminuire la frequenza e la gravità di effetti collaterali condizionati che si sono già instaurati (Carey e Burish, 1988; Redd, Andresen, Minagawa, 1982).

La pratica del RMP consente una riduzione dell'ansia, dell'attivazione fisiologica e della tensione muscolare, quindi anche delle contrazioni gastrointestinali, e un'azione diretta sul sistema nervoso autonomo per diminuire l'attività del sistema nervoso simpatico. L'attenzione del paziente, inoltre, essendo focalizzata sulla differenza della sensazione provata a muscolatura contratta e distesa, è diretta lontano dalla situazione clinica con i suoi possibili effetti condizionati.

Molassiotis, Yung, Yam, Chan e Mok (2002) si sono posti l'obiettivo di verificare l'efficacia del RMP nel ridurre la frequenza, la durata e l'intensità della nausea e del vomito indotti dalla chemioterapia in pazienti cinesi con cancro al seno e di valutare la presenza di ansia e di disturbi dell'umore rispetto al gruppo di controllo non sottoposto al rilassamento, nelle due settimane successive alla chemioterapia. A tal fine sono state incluse nello studio 71 donne cinesi con cancro al seno, sottoposte a chemioterapia. Le pazienti sono state allocate in due gruppi dopo randomizzazione. Il gruppo che seguiva il trattamento effettuava la pratica di rilassamento un'ora prima della chemioterapia e per i successivi cinque giorni e utilizzava antiemetici per sedare la nausea ed il vomito. Il gruppo di controllo veniva trattato solo con antiemetici.

Le misure per la valutazione di esito erano costituite dallo State-Trait Anxiety Inventory, dal Profile of Mood State, che misura la depressione, la rabbia, la fatica, il vigore, la tensione, la confusione e il disturbo dell'umore generale e il Morrow Assessment of Nausea and Vomiting che consente la misura descrittiva della frequenza, durata ed intensità della nausea e del vomito a seguito della chemioterapia.

I risultati dello studio indicano che il controllo della frequenza e durata del vomito e della nausea è migliore nel gruppo che ha seguito il RMP rispetto a quello che riceveva solo i farmaci antiemetici. Il gruppo di donne che aveva seguito la pratica di rilassamento evidenziava anche un tono dell'umore significativamente migliore rispetto al gruppo di controllo.

Burish, Carey, Krozely e Greco (1987) hanno ipotizzato nel loro studio che l'introduzione di un training di rilassamento prima dell'inizio del trattamento chemioterapico potesse prevenire o ridurre lo sviluppo di nausea e vomito condizionati (CNV). 24 pazienti oncologici (10 con cancro alle ovaie, 9 al seno, 4 ai polmoni e 1 con tumore di Hodgkins), in seguito a randomizzazione, sono stati divisi in due gruppi: i pazienti del primo gruppo sono stati sottoposti ad un training di RMP con immagini guidate; i pazienti del secondo gruppo non hanno ricevuto alcun training. Tutti i pazienti sono stati seguiti nel corso delle prime 5 sedute di chemioterapia; è generalmente in questo arco di tempo che compaiono nausea e vomito condizionato. Le sessioni di training di rilassamento, della durata di circa 30-45 minuti, sono state condotte prima dell'inizio del ciclo di chemioterapia e durante i primi tre trattamenti chemioterapici. Nelle successive sessioni di chemioterapia i pazienti del primo gruppo avevano l'indicazione di praticare il RMP autonomamente.

I risultati dello studio evidenziano che, se confrontati con i pazienti del gruppo di controllo, i pazienti sottoposti a RMP con immagini guidate presentavano livelli significativamente inferiori di nausea e vomito, di disforia, di ansia e pressione sanguigna e battito cardiaco significativamente meno elevati. Gli autori concludono sottolineando l'efficacia del RMP con immagini guidate nel prevenire, o almeno ritardare, la comparsa delle risposte condizionate di nausea e vomito e la necessità di introdurre tali tecniche in fase iniziale di trattamento al fine di ridurre il distress associato a chemioterapia.

- Stress, abilità di coping e sistema immunitario

Anche lo stress, l'ansia e la depressione, spesso presenti in pazienti che si stanno sottoponendo a terapie antitumorali, possono compromettere in maniera significativa la qualità della loro vita. La radioterapia, in particolare, è stata associata ad ansia e stress. Vari studi hanno documentato l'efficacia del RMP nell'alleviare, oltre che i sintomi fisici, anche l'ansia, la rabbia e la depressione correlate alla radioterapia. Alcune ricerche hanno inoltre suggerito che il training di rilassamento è in grado di potenziare la forza del sistema immunitario e di ridurre l'impatto biologico degli stressors.

Lo studio di Decker, Cline-Elsen e Gallagher (1992) ha indagato l'utilità del RMP associato a visualizzazione nella riduzione dello stress in 82 pazienti oncologici sottoposti a radioterapia curativa (73) o palliativa (9) in regime di day hospital. I pazienti, in seguito a randomizzazione, sono stati suddivisi in due gruppi di trattamento: a) RMP associato a visualizzazione, psicoeducazione e radioterapia; counseling, psicoeducazione e radioterapia. Le localizzazioni prevalenti dei tumori erano: seno, prostata e colon. I pazienti del gruppo sperimentale, in seguito a 6 sessioni di un'ora di addestramento, sono stati istruiti a praticare il RMP a casa quotidianamente con l'ausilio di una audiocassetta e istruzioni scritte. Il questionario Profile of Mood State (POMS), utilizzato quale indicatore di esito, è stato somministrato ai soggetti all'inizio e alla fine della radioterapia.

Nei pazienti sottoposti a RMP, rispetto a quelli del gruppo di controllo, i risultati hanno evidenziato una significativa riduzione dei livelli di ansia, depressione, rabbia e fatica, suggerendo l'efficacia del training di rilassamento nel migliorare diversi parametri psicologici connessi alla qualità della vita di pazienti ambulatoriali sottoposti a radioterapia.

Come dimostra una vasta e fiorente letteratura, inoltre, lo stress, in particolare quello cronico, sopprimendo l'attività delle cellule killer naturali (*natural killer*), ha effetti negativi sul sistema immunitario (Gruzelier, Clow, Evans, Lazar e Walker, 1998; Walker e Eremín, 1995). Il distress emotivo sembra essere associato con la progressione della malattia cancerosa e con una risposta più debole alla chemioterapia. Gli interventi psicologici, incluse le tecniche di rilassamento, al contrario, si sono dimostrate efficaci nel contrastare la progressione del cancro e l'immunosoppressione indotta dallo stress (Fawzy, Cousins, Fawzy, Kemeny, Elashoff e Morton, 1990; Lengacher et al., 1998). Il cervello è dotato di circuiti in collegamento con il sistema nervoso autonomo e il sistema endocrino ed è risaputo che questi sistemi giocano un ruolo di primaria importanza nella modulazione delle difese dell'organismo. È evidente

*Lo stress, in particolare quello cronico, sopprimendo l'attività delle cellule killer naturali (NK), ha effetti negativi sul sistema immunitario. Il distress emotivo sembra essere associato con la progressione della malattia cancerosa e con una risposta più debole alla chemioterapia. Gli interventi psicologici, incluse le tecniche di rilassamento, al contrario, si sono dimostrate efficaci nel contrastare la progressione del cancro e l'immunosoppressione indotta dallo stress*



*Il cervello è dotato di circuiti in collegamento con il sistema nervoso autonomo e il sistema endocrino ed è risaputo che questi sistemi giocano un ruolo di primaria importanza nella modulazione delle difese dell'organismo. È evidente che il cervello può comunicare con le difese dell'organismo attraverso queste vie e attraverso altri percorsi meno ben precisati. Non sorprende quindi che quello che succede nel cervello, in particolare nei lobi frontali, nel sistema libico e nell'ipotalamo, possa alterare le difese dell'organismo*

che il cervello può comunicare con le difese dell'organismo attraverso queste vie e attraverso altri percorsi meno ben precisati. Non sorprende quindi che quello che succede nel cervello, in particolare nei lobi frontali, nel sistema libico e nell'ipotalamo, possa alterare le difese dell'organismo (Walker, 2000).

Nello studio di Walker et al. (1999), 96 donne con tumore al seno in attesa di chemioterapia e terapia chirurgica, in seguito a randomizzazione, sono state suddivise in un gruppo sperimentale che prevedeva la somministrazione di un training di rilassamento muscolare progressivo con visualizzazione guidata (visualizzazione delle difese dell'organismo che distruggono le cellule tumorali) o in un gruppo di controllo (trattamento standard) al fine di verificare gli effetti sulla qualità della vita e sulla risposta alla chemioterapia. Alle pazienti sono stati somministrati test psicometrici per la valutazione dell'umore e della qualità della vita prima dell'inizio dei 6 cicli di chemioterapia e 3 settimane dopo la conclusione del sesto ciclo; sono stati inoltre somministrati test di personalità e sulle strategie di coping prima del primo e sesto ciclo. La risposta clinica alla chemioterapia è stata valutata in base a criteri standard internazionalmente riconosciuti (UICC) e la risposta patologica è stata esaminata attraverso l'asportazione di tessuto durante l'intervento chirurgico.

I risultati hanno evidenziato che le pazienti del gruppo sperimentale, rispetto a quelle del gruppo di controllo, erano significativamente più rilassate e più a loro agio nel corso dello studio (Mood Rating Scale) e che la Qualità della Vita era significativamente più elevata nel gruppo sperimentale (Global Self-Assessment e Rotterdam Symptom Checklist).

L'intervento ha anche ridotto in modo significativo la soppressione emotiva (Courtauld Emotional Control Scale), rendendo le pazienti del gruppo sperimentale maggiormente abili nell'espressione delle emozioni, e ha modificato la conformità sociale, misurata mediante la scala L del test Eysenck Personalità Questionnaire, che è risultata relativamente stabile nel gruppo di controllo e progressivamente in declino nel gruppo sperimentale. Questi risultati dimostrano che l'intervento sperimentale ha sortito effetti significativi su importanti strategie di coping.

L'incidenza di disturbi dell'umore clinicamente significativi si è riscontrato essere bassa e simile nei due gruppi. Infine, nonostante i due gruppi non differissero in maniera significativa in relazione alla risposta clinica e patologica alla chemioterapia, analisi successive hanno evidenziato che le pazienti del gruppo sperimentale in grado di produrre visualizzazioni vivide, come segnalato nei diari giornalieri tenuti dai soggetti, hanno mostrato un miglioramento della risposta immunitaria, consistente in un numero più elevato di cellule T attive e ridotti livelli del fattore necrotico tumorale.

Lo studio di Hilderley e Holt (2004) ha indagato gli effetti di un intervento basato sul TA, in relazione allo stato psicologico e alla risposta del sistema immunitario, condotto su donne con cancro al seno allo stadio iniziale che erano state sottoposte precedentemente sottoposte a mastectomia parziale e radioterapia. Le 31 pazienti sono state suddivise, in seguito a randomizzazione, in due gruppi: il primo gruppo ha ricevuto unicamente una visita a casa, il secondo una visita a casa e sedute settimanali di TA per due mesi. All'inizio e alla fine dei due mesi alle pazienti è stata somministrata la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e sono stati esaminati i marcatori delle cellule T e B al fine di rilevare i cambiamenti nel sistema immunitario e di misurare il livello di ansia e depressione. Alla fine dello studio i livelli di ansia e depressione e i marcatori delle cellule T e B sono rimasti simili nelle donne non avevano intrapreso il TA. Nelle donne che avevano effettuato il TA è stato evidenziato un incremento altamente significativo dal punto di vista statistico nei risultati al HADS. Non essendo stata rilevata alcuna differenza significativa tra i due gruppi in relazione alle cellule T e B, sono state condotte ulteriori analisi sul gruppo sperimentale i cui risultati hanno evidenziato un miglioramento del sistema immunitario nelle donne che, durante la pratica del TA, erano in grado di raggiungere uno stato di meditazione rispetto a quelle che erano semplicemente rilassate. Le pazienti che avevano praticato il TA hanno riportato ulteriori benefici, nonostante questi aspetti non fossero stati formalmente indagati nello studio: miglioramento della qualità del sonno, riduzione dell'ipertensione e della sudorazione farmaco-cor-

relata (Tamoxifen). Gli autori concludono evidenziando l'utilità del TA quale potente strumento terapeutico di autoterapia.

Antoni et al. (2006) hanno esaminato nel loro studio (trial longitudinale con follow up) gli effetti di un programma cognitivo-comportamentale di stress management di gruppo (CBSM), della durata di 10 settimane, sulla qualità della vita di 199 donne sottoposte, nelle 8 settimane precedenti, ad intervento per cancro al seno senza metastasi. Il programma CBSM insegna abilità di stress management mediante la sinergia di tecniche di rilassamento (RMP con visualizzazione rilassante, Bernestein e Borkovec, 1973) e terapia cognitivo-comportamentale di gruppo. Esso prevede un training di gestione dell'ansia, un training per incrementare la capacità di identificare le fonti di stress e gli indicatori di stress, un training finalizzato all'identificazione e alla ristrutturazione di pensieri negativi, e un training di abilità cognitive ed interpersonali di coping per incrementare le modalità attraverso le quali i pazienti gestiscono gli stressors e mantengono la loro rete di sostegno sociale (Antoni, 2003).

Le pazienti, in seguito a randomizzazione, sono state allocate in due gruppi di trattamento: a) programma cognitivo-comportamentale di stress management di gruppo, con 10 incontri a cadenza settimanale della durata di circa 2 ore; b) una versione educativa e condensata delle informazioni fornite nel corso del CBSM della durata di circa 5-6 ore.

I risultati dello studio, che prevedeva un follow up a 3 mesi e a 9 mesi dalla fine dell'intervento, quindi a 6 mesi e 12 mesi dall'assessment iniziale, hanno evidenziato l'efficacia del CBSM nel ridurre il disagio sociale riferito e nell'incrementare il benessere emotivo, lo stato mentale positivo, la scoperta di benefici, i cambiamenti positivi nello stile di vita e l'affetto positivo. In relazione ai vari meccanismi esaminati, l'intervento ha incrementato in primo luogo la fiducia nell'essere in grado di rilassarsi. Si è rilevato, inoltre, che l'efficacia dell'intervento sui vari esiti esaminati erano mediati proprio dal cambiamento nella fiducia nell'abilità di rilassarsi. Gli autori concludono, pertanto, sottolineando gli effetti benefici, sostanziali e durevoli, dell'intervento su diversi aspetti della qualità della vita successivi al trattamento del cancro al seno, benefici che sembrano legati ad abilità specifiche di stress management insegnate nel corso del programma.

Wright, Courtney e Crowter (2002) si sono posti l'obiettivo, in un contesto Irlandese, di verificare l'efficacia del TA quale terapia complementare in pazienti con diagnosi di cancro al fine di migliorare le loro abilità di coping. Secondo gli autori, infatti, una diminuzione dell'arousal e del livello di ansia può aiutare gli individui a percepire il loro ambiente come meno ostile e minaccioso, con implicazioni rilevanti sull'incremento della percezione delle proprie abilità di coping. Le terapie complementari, inoltre, quando utilizzate come terapie adiuvanti gli interventi medici allopatici, sono considerate utili nel potenziare il sollievo dal sintomo, il benessere generale e l'auto-aiuto. Ai partecipanti sono stati somministrati, prima e dopo un corso di TA della durata di dieci settimane, la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e il questionario Profile of Mood State (POMS). I risultati dello studio hanno evidenziato una riduzione statisticamente significativa del livello di ansia e un incremento dello "spirito di combattimento", un aumentato senso di coping e un miglioramento del sonno quali benefici della pratica di TA.

- Gestione dei disturbi del sonno

L'insonnia è una condizione abbastanza frequente in pazienti affetti da tumore: circa un terzo di essi riferisce disturbi del sonno che interferiscono con il loro funzionamento durante il giorno (Davidson, Mac Lean, Brundage, Shulze, 2002). Per un individuo che sta lottando contro il cancro, l'insonnia rende ancora più opprimente il già gravoso carico fisico, mentale ed emotivo.

I farmaci ipnotici, spesso prescritti ai pazienti oncologici, in particolare le benzodiazepine ad emivita breve, sono associati ad una serie di possibili effetti collaterali: depressione respiratoria; tossicità quando assunti in combinazione con altri agenti, specialmente l'alcol; effetti residui il giorno successivo l'assunzione; rischio di dipendenza; significativi sintomi da astinenza, inclusa insonnia da rimbalzo. Per queste ragioni si raccomanda l'assunzione di ipnotici ad emivita breve per un periodo

***Un programma cognitivo-comportamentale di stress management di gruppo (CBSM). insegna abilità di stress management mediante la sinergia di tecniche di rilassamento e terapia cognitivo-comportamentale di gruppo. Esso prevede un training di gestione dell'ansia, un training per incrementare la capacità di identificare le fonti di stress e gli indicatori di stress, un training finalizzato all'identificazione e alla ristrutturazione di pensieri negativi, e un training di abilità cognitive ed interpersonali di coping per incrementare le modalità attraverso le quali i pazienti gestiscono gli stressors e mantengono la loro rete di sostegno sociale***

*Lo studio condotto da Davidson, Waisberg, Brundage e Maclean (2001) ha descritto e valutato l'efficacia iniziale di un programma terapeutico di gruppo sviluppato per pazienti oncologici con insonnia. Il programma prevedeva tecniche di controllo dello stimolo, tecniche di rilassamento (RMP con esercizi che includevano la riduzione guidata di tensione muscolare nelle aree che arrecavano dolore o malessere) e altre strategie mirate al consolidamento del sonno, alla diminuzione dell'arousal cognitivo-emotivo e alla gestione del dolore (psicoeducazione per una corretta igiene del sonno, ristrutturazione cognitiva e i "momenti per preoccuparsi")*

non eccedente le 2-4 settimane. La farmacoterapia dell'insonnia risulta pericolosa soprattutto per i pazienti oncologici, in particolare quelli più anziani più deboli, quelli che presentano concomitanti problemi respiratori, quelli che assumono alcol, morfina e sedativi.

I trattamenti cognitivi e comportamentali costituiscono un'alternativa priva di rischi o un supporto duraturo ai farmaci ipnotici.

Molti studi hanno dimostrato il legame tra sonno ed impatto negativo su aspetti psicologici e fisici in pazienti affetti da tumore, ma pochi sono gli studi condotti per verificare l'efficacia del trattamento con tecniche di rilassamento.

Lo studio condotto da Davidson, Waisberg, Brundage e Maclean (2001) ha descritto e valutato l'efficacia iniziale di un programma terapeutico di gruppo sviluppato per pazienti oncologici con insonnia. Il programma prevedeva tecniche di controllo dello stimolo, tecniche di rilassamento (RMP con esercizi che includevano la riduzione guidata di tensione muscolare nelle aree che arrecavano dolore o malessere) e altre strategie mirate al consolidamento del sonno, alla diminuzione dell'arousal cognitivo-emotivo e alla gestione del dolore (psicoeducazione per una corretta igiene del sonno, ristrutturazione cognitiva e i "momenti per preoccuparsi").

I 12 pazienti, afferenti ad un centro regionale per la cura dei tumori, hanno compilato un diario del sonno e hanno valutato la qualità del loro sonno, il loro umore e il loro funzionamento prima dell'inizio del programma (baseline) e dopo 4 e 8 settimane. Gli indicatori di esito sono stati lo Sleep Impairment Index (SII), il questionario Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e lo European Organization for Cancer Quality of Life Questionnaire Core Module (EORTC-QLQ-30) e misure ricavate dal diario del sonno (tempo trascorso a letto, durata totale del sonno, efficienza del sonno, latenza di addormentamento, numero dei risvegli, durata totale dei risvegli).

Dopo 4 e 8 settimane dalle misurazioni di base, è stato rilevato un miglioramento significativo del numero dei risvegli, della durata dei risvegli, dell'efficienza del sonno, nella valutazione della qualità del sonno e nei punteggi del questionario EORTC-QLQ-30 relativi all'insonnia e al funzionamento rispetto al proprio ruolo. La durata totale del sonno e la fatica erano significativamente migliorati dopo 8 settimane. I risultati evidenziano l'associazione del programma terapeutico con il miglioramento del sonno, la riduzione della fatica e con l'incrementata abilità di praticare attività.

Simeit, Deck e Conta Marx (2004) nel loro studio (trial longitudinale con follow up) hanno voluto esaminare gli effetti di un programma di trattamento psicologico multimodale, comprensivo di tecniche di rilassamento, igiene del sonno, tecniche cognitive, tecniche di controllo dello stimolo, su diverse variabili indicative nello specifico di qualità del sonno e in generale della qualità di vita. La ricerca è stata condotta arruolando in un programma riabilitativo a seguito di un trattamento per patologia oncologica 229 soggetti. Le localizzazioni prevalenti del tumore erano: polmone, rene e prostata. Ad ogni paziente che riferiva insonnia il medico proponeva di partecipare al trattamento. L'arruolamento nel programma era esclusivamente su base volontaria e si aggiungeva al programma riabilitativo standard (cure mediche, fisioterapia, incontri psicoeducativi di gruppo).

La popolazione dei pazienti inclusi nello studio è stata inserita in diverse tipologie di trattamento: a) rilassamento muscolare adattato specificamente per insonni; b) training autogeno; c) programma riabilitativo standard. Entrambi i gruppi arruolati per le pratiche di rilassamento seguivano anche un programma cognitivo-comportamentale per la gestione dell'insonnia.

Al termine del ciclo riabilitativo i pazienti hanno dichiarato di aver tratto benefici non solo in qualità di vita, ma anche per gli aspetti connessi all'insonnia. Si osserva però che i pazienti di entrambi i gruppi sperimentali hanno ottenuto miglioramenti in misura significativamente maggiore rispetto al gruppo di controllo che seguiva unicamente il programma riabilitativo standard. Gli autori concludono che entrambi i metodi di rilassamento impiegati, congiuntamente al programma cognitivo-comportamentale, sono efficaci nel migliorare la qualità del sonno.

- Gestione del dolore

Il dolore assume per l'organismo un'importante funzione di segnale d'allarme: legato

ad una noxa patogena che innesci la catena del dolore e trasmesso come messaggio in codice, dalla periferia al centro, attraverso fibre nervose ad elevata velocità di trasmissione, il dolore permette all'organismo di programmare ad attuare rapidamente un'adeguata risposta di difesa dall'evento nocicettivo. Una volta segnalato all'individuo la presenza di un evento nocivo, il dolore perde ogni funzione di utilità all'organismo, per assumere, nel caso permanga, il significato di vera e propria patologia psichica (Melzack e Wall 1970; Goldwurm, Sacchi e Scarlato, 1986).

In oncologia riabilitativa la terapia del dolore si pone la finalità di controllare il dolore che affligge i pazienti con tumore, una delle cause principali che compromettono la Qualità della Vita.

Il dolore che affligge i pazienti oncologici non sempre è causato dai tumori, in circa il 20% dei casi esso è attribuibile alle terapie antitumorali (es. chirurgia, chemioterapia o radioterapia) o ad altre cause (Foley, 1998). Inoltre, nella maggior parte dei casi, non si tratta di un'esperienza di breve durata (dolore acuto), ma di un vissuto di sofferenza continua (dolore cronico) che interferisce con le attività quotidiane, influisce sul riposo notturno e causa ansia e depressione. Gli effetti del dolore cronico comportano, di conseguenza, un abbassamento della soglia del dolore e quindi, a parità di stimolo doloroso, una maggior sofferenza dovuta ad una più elevata intensità del dolore percepito.

Secondo la prospettiva cognitivo-comportamentale, il dolore è costituito da una componente oggettiva, lo stimolo doloroso, e da una componente soggettiva, la percezione dello stimolo doloroso. A sua volta, la percezione del dolore è formata da una componente discriminativa su tipo, sede, qualità, intensità dello stimolo doloroso e da una componente di tipo affettivo motivazionale caratterizzata dalla coloritura emotiva negativa e dalla impellenza ad interrompere la sensazione dolorosa. Si assume che la componente soggettiva del dolore possa essere influenzata da pensieri distorti o irrazionali e da comportamenti che, a loro volta, generano stati emotivi esagerati e incrementano la percezione del dolore.

Nella percezione del dolore rivestono, infatti, grande importanza i fattori cognitivi, quali il ricordo di eventi passati, particolari stati psicologici e gli atteggiamenti nei confronti del dolore stesso e i comportamenti appresi attraverso l'interazione del soggetto con l'ambiente in cui vive (es. i benefici secondari ottenuti attraverso la sofferenza).

L'intervento mira, pertanto, attraverso la combinazione di svariate tecniche (es. monitoraggio dei pensieri e ristrutturazione cognitiva, tecniche di rilassamento, training di attenzione, tecniche di gestione delle contingenze ambientali, autoaffermazioni di coping, problem solving, stress inoculation training) a modificare comportamenti e cognizioni al fine di alleviare le percezioni dolorose.

Syrjala, Donaldson, Davis, Kippes e Carr (1995) si sono proposti nel loro studio di valutare l'efficacia di un training di rilassamento con visualizzazione guidata e di un training cognitivo-comportamentale nella riduzione del dolore durante una terapia antitumorale in 94 pazienti in attesa di essere sottoposti a trapianto di midollo osseo. In seguito a randomizzazione, i pazienti sono stati assegnati alle seguenti condizioni: a) trattamento standard; b) terapia di supporto, che prevedeva psicoeducazione e rassicurazione; c) training di rilassamento con visualizzazioni (training autogeno); d) un programma di trattamento cognitivo-comportamentale che prevedeva un training di abilità di coping (problem solving, tecniche di distrazione e autoaffermazioni di coping) comprensivo di training di rilassamento e visualizzazioni. Lo studio prevedeva 2 sessioni di training prima del trattamento e 2 sessioni di richiamo settimanali per le prime 5 settimane di trattamento.

Il confronto dei livelli di dolore della mucosità orale nei 4 gruppi ha evidenziato che i pazienti sottoposti solo a training di rilassamento con visualizzazioni e quelli che avevano seguito il training di coping riportavano una minore intensità del dolore rispetto ai pazienti degli altri 2 gruppi. Tuttavia, il programma di trattamento finalizzato al potenziamento delle abilità di coping offerto non comportava un'ulteriore riduzione del dolore, rispetto al solo training di rilassamento con visualizzazioni. Inoltre, la media dei resoconti relativi all'intensità del dolore, ottenuti mediante la scala dell'analogo visivo (VAS), nel gruppo sottoposto a trattamento di supporto

***Il dolore che affligge i pazienti oncologici non sempre è causato dai tumori: infatti in circa il 20% dei casi esso è attribuibile alle terapie antitumorali. Nella maggior parte dei casi, non si tratta di un'esperienza di breve durata (dolore acuto), ma di un vissuto di sofferenza continua (dolore cronico) che interferisce con le attività quotidiane, influisce sul riposo notturno e causa ansia e depressione. Gli effetti del dolore cronico comportano, di conseguenza, un abbassamento della soglia del dolore e quindi, a parità di stimolo doloroso, una maggior sofferenza dovuta ad una più elevata intensità del dolore percepito***



***I pazienti che praticano il RMP con immagini guidate mostrano una riduzione significativa dell'intensità e della severità complessiva del dolore. Intensità e severità del dolore sono maggiormente marcate nei soggetti del gruppo che pratica il RMP con visualizzazioni guidate mediante istruzioni dal vivo, rispetto ai soggetti che utilizzavano istruzioni audioregistrate. Ciò suggerisce che l'intervento dal vivo comporta ulteriori benefici***

non è risultata né significativamente superiore rispetto al gruppo di controllo, né significativamente inferiore rispetto ai agli altri 2 gruppi di trattamento.

Gli autori concludono evidenziando l'efficacia del training di rilassamento con visualizzazioni nel ridurre l'intensità del dolore connesso al trattamento antitumorale.

Lo studio condotto da Arathuzik (1994) ha indagato, utilizzando un disegno di ricerca sperimentale pretest-posttest, gli effetti di una combinazione di tecniche cognitive e comportamentali sulla percezione del dolore, sul controllo del dolore e sull'umore in pazienti con cancro al seno con metastasi che lamentavano dolore fisico.

24 donne con tumore al seno con metastasi che accusavano dolore fisico sono state suddivise, in seguito a randomizzazione, in un gruppo di controllo, in un gruppo sperimentale che prevedeva un training di rilassamento con visualizzazione, o in un gruppo di trattamento che comprendeva training di rilassamento, visualizzazione e un training cognitivo di abilità di coping. Le misurazioni relative all'intensità del dolore, al distress associato al dolore, al controllo del dolore, all'abilità di diminuire l'intensità del dolore e all'umore dei soggetti sono state effettuate prima e dopo il trattamento.

I risultati dello studio hanno evidenziato differenze significative tra i due gruppi di trattamento e il gruppo di controllo in relazione alla capacità di diminuire l'intensità del dolore. Non è stata rilevata una differenza significativa nell'intensità del dolore, nel distress o nell'umore. Tali risultati indicano l'utilità di tali interventi cognitivo-comportamentali, quali interventi clinici su pazienti oncologici selezionati.

Lo studio di Sloman, Brown e Aldana (1994) ha confermato l'efficacia del RMP e della visualizzazione guidata nella gestione del dolore correlato al cancro. I soggetti, 31 pazienti oncologici ospedalizzati che lamentavano dolore fisico, in seguito a randomizzazione sono stati assegnati a una delle 3 seguenti condizioni di trattamento per la durata di 2 settimane: a) cure routinarie (gruppo di controllo); b) RMP e immagini guidate con istruzioni audioregistrate; c) RMP e immagini guidate con istruzioni fornite da un'infermiera. I pazienti dei due gruppi sperimentali hanno partecipato a 2 sessioni settimanali di RMP e immagini guidate e hanno ricevuto le indicazioni di esercitarsi 2 volte al giorno. Confrontati con i pazienti del gruppo di controllo, i risultati hanno indicato che i pazienti di entrambi i gruppi che praticavano il RMP con immagini guidate mostravano una riduzione significativa dell'intensità e della severità complessiva del dolore. Intensità e severità del dolore erano maggiormente marcate nei soggetti del gruppo che praticava il RMP con visualizzazioni guidate mediante istruzioni dal vivo, rispetto ai soggetti che utilizzavano istruzioni audioregistrate. Ciò suggerisce che l'intervento dal vivo comporta ulteriori benefici. Infine, i partecipanti dei 2 gruppi sottoposti a RMP e immagini guidate, confrontati con i soggetti del gruppo di controllo hanno richiesto una quantità inferiore al necessario di farmaci non oppioidi. Il lettore interessato potrà consultare la pubblicazione di Kwekkeboom et al 2006 che, esaminando gli studi pubblicati inerenti l'applicazione delle tecniche di rilassamento alla gestione del dolore indicano che otto studi su quindici rilevano risultati favorevoli al rilassamento, ma che in numerosi studi sussistono limiti metodologici da annullare nelle future ricerche per la valutazione dell'efficacia del rilassamento in tale ambito.

### **Caso clinico**

Nella nostra esperienza il rilassamento costituisce una tecnica, la cui indicazione viene pensata in base alle caratteristiche, ai bisogni del paziente e alla particolare fase di malattia.

A titolo di esemplificazione descriviamo il caso di Cesare, una persona di 62 anni, coniugato con due figli adulti e indipendenti. Da pochi anni è in pensione, ma continua una attività di consulenza per una piccola ditta nella quale operava come amministrativo con ampia delega.

È stato in buona salute fino all'età di 61 anni quando ha iniziato ad accusare tosse ed emottisi, per i quali è stato sottoposto ad una serie di indagini che hanno evidenziato una Neoplasia polmonare maligna. È stato successivamente sottoposto

ad un intervento di lobectomia inferiore sinistra e a periodici controlli di follow up. A distanza di sei mesi, una scintigrafia ossea rivela la presenza di localizzazioni ossee secondarie di malattia, con particolare riferimento ai femori. Compare inoltre una sintomatologia dolorosa e viene successivamente ricoverato per una frattura patologica del femore sinistro che viene ridotta chirurgicamente. Dopo tale intervento segue un periodo di riabilitazione durante il quale incontra lo psicologo. Il primo contatto avviene in camera: Cesare è molto agitato, ha passato la notte insonne e accusa una serie di disturbi quali nausea, formicolii, tremori e senso di soffocamento; accoglie lo psicologo con imbarazzo, ma è disponibile al colloquio appena gli viene spiegato che l'intervento psicologico costituisce una proposta per tutti i pazienti, alla quale è libero di aderire.

Racconta la propria storia enfatizzando il lungo e ricco periodo di benessere precedente la malattia, i successi in ambito lavorativo e le soddisfazioni familiari, in particolare appare compiaciuto della realizzazione dei propri figli che vivono da soli, in città limitrofe, ma sui quali intende "non pesare". Parla della moglie come di una donna fragile e da assicurare ed esprime preoccupazione per averla lasciata a casa da sola.

La consapevolezza di malattia risulta solo parziale, Cesare racconta dell'intervento in modo tecnico e neutro, si sofferma a lungo sui sintomi; il suo linguaggio diventa neutro e incolore e non fa nessun accenno sulla possibile evoluzione di malattia. Vive l'ospedalizzazione come un passaggio obbligato, "una revisione" per un mezzo che non funziona più bene.

Al paziente viene proposto di compilare un questionario per la valutazione dei costrutti di ansia e depressione (AD-R Moroni et al 2006). Accetta il compito, compila autonomamente senza omissioni e restituisce i questionari in breve tempo.

Nel secondo colloquio lo psicologo commenta con il paziente le risposte ai test. In particolare il punteggio alto al test di ansia viene accolto come l'espressione numerica di un malessere, ma nello stesso tempo permette di giungere a un'espressione di disagio.

Alla scheda per la depressione il paziente ottiene un punteggio solo lievemente superiore ai limiti della norma. Verbalizza di non sentirsi "giù di morale" e di avere adottato una "strategia di attacco" come ha sempre fatto nei momenti di difficoltà. Esprime fiducia nei curanti e nelle tecniche riabilitative.

Tale assetto psichico denota uno stile difensivo in cui prevale la razionalizzazione e una parziale negazione rispetto alla evoluzione di malattia. Lo stile di adattamento è caratterizzato da spirito combattivo e delega attiva. Il paziente aderisce a tutte le proposte riabilitative, ma in questa fase non fa domande e non appare interessato ad approfondire gli aspetti più problematici del proprio quadro clinico. L'angoscia però non viene completamente imbrigliata e soprattutto nelle ore serali aumenta la sintomatologia ansiosa per la quale esprime un rifiuto di contenimento farmacologico.

Viene proposto un training di rilassamento. Il paziente accetta e gradisce un supporto psicologico che passa anche attraverso una pratica tecnica. In realtà le sedute di apprendimento del rilassamento diventano un contenitore in cui Cesare riesce a comunicare le proprie ansie rispetto al suo futuro ed in particolare rispetto al senso di colpa per abbandonare la moglie da sola in un fase di svincolo dei figli, emerge anche il trauma della morte improvvisa del padre in età adolescenziale e della sua precoce responsabilizzazione nei confronti della madre e dei fratelli minori. Cesare si è sempre occupato di tutti, ma fa molta fatica a chiedere ed accettare aiuto, in particolare l'aiuto dei figli. Il rilassamento diventa casualmente una occasione di condivisione, il figlio minore offre la sua disponibilità per migliorare tecnicamente la qualità tecnica della registrazione delle istruzioni per il rilassamento e attraverso questa modalità si apre uno spazio comunicativo in cui circolano emozioni, paure, ma anche reciproco supporto e un progetto di un ritorno a casa.

Dopo circa un mese il paziente compila i test ed emerge una riduzione clinicamente significativa del livello di ansia, aumenta il punteggio al questionario di depressione, in linea con una maggiore consapevolezza rispetto alla gravità del quadro clinico e al bisogno di ritornare al domicilio per "sistemare le mie cose prima di non poterlo più fare".

***Il primo contatto avviene in camera: Cesare è molto agitato, ha passato la notte insonne e accusa una serie di disturbi quali nausea, formicolii, tremori e senso di soffocamento; accoglie lo psicologo con imbarazzo ma è disponibile al colloquio appena gli viene spiegato che l'intervento psicologico costituisce una proposta per tutti i pazienti, alla quale è libero di aderire***

**La tecnica del rilassamento ha permesso una riduzione della ansia, attraverso un contenimento della sintomatologia più visibile e disturbante per il paziente, ma nello stesso tempo ha legittimato paure e preoccupazioni che hanno potuto essere comunicate e hanno costituito il substrato emotivo che ha permesso l'emergere dell'angoscia di morte e il suo contenimento sia nel rapporto con lo psicologo, sia nella relazione con i figli**

Dopo sei mesi lo stesso paziente verrà ricoverato in cure palliative e accetterà, nella fase ultima di vita, la proposta di sedazione dicendo al medico "questa volta il rilassamento non basta, ma l'effetto sarà forse lo stesso?".

A commento di questo caso esprimiamo la convinzione che la tecnica del rilassamento ha permesso una riduzione dell'ansia, attraverso un contenimento della sintomatologia più visibile e disturbante per il paziente, ma nello stesso tempo ha legittimato paure e preoccupazioni che hanno potuto essere comunicate e hanno costituito il substrato emotivo che ha permesso l'emergere dell'angoscia di morte e il suo contenimento sia nel rapporto con lo psicologo, sia nella relazione con i figli.

Le tecniche di rilassamento possono costituire pertanto un valido strumento all'interno di una alleanza terapeutica che permette di modulare con flessibilità e sensibilità l'intervento in base ai bisogni del paziente e alla fase di malattia.

\* / \*\* Fondazione Salvatore Maugeri, Clinica del Lavoro e della Riabilitazione, IRCCS, Servizio di Psicologia, Istituto Scientifico di Pavia.

\*\*\* Istituto Scientifico di Tradate.

## BIBLIOGRAFIA

- Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B., et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ- C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trial in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85: 365-376.
- Antoni M.H. (2003). *Stress management interventions for women with breast cancer*. American Psychological Association: Washington, DC.
- Antoni M.H., Lechner S.C., Kazi A., Wimberly S.R., Sifre T., Urcuyo K.R., Phillips K., Glück S., Carver C.S. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6): 1143-1152.
- Arathuzik D. (1994). Effects of cognitive-behavioral strategies on pain in cancer patients. *Cancer Nursing*, 17(3): 207-214.
- Bernstein D. A., Berkovec T.D. (1973). *Progressive Relaxation Training: A manual for the helping professions*. Research Press: Champaign, IL.
- Bertolotti G. (2005). *Il rilassamento progressivo in psicologia*. Carocci-Faber: Roma.
- Borg G. (1970). Perceived exertion as an indicator of somatic stress. *Scandinavian Journal of Rehabilitative Medicine*, 2: 92-98.
- Burish T.G., Carey M.P. (1986). Conditioned aversive responses in cancer chemotherapy patients: Theoretical and developmental analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54: 593-600.
- Burish T.G., Carey M.P., Krozely M.G., Greco F.A. (1987). Conditioned nausea and vomiting induced by cancer chemotherapy: Prevention through behavioural treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55: 42-48.
- Carey MP, Burish TG. (1988). Etiology and treatment of the psychological side effects associated with cancer chemotherapy: a critical review and discussion. *Psychol Bull.* 104:307-325.
- Davidson J.R., Mac Lean A.W., Brundage M.D., Shulze K. (2002). Sleep disturbance in cancer patients. *Social Science and Medicine*, 54(9): 1309-1321.
- Davidson J.R., Waisberg J.L., Brundage M.D., Maclean A.W. (2001). Nonpharmacologic group treatment of insomnia: A preliminary study with cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 10: 389-397.
- Decker T.W., Cline-Elsen J., Gallagher M. (1992). Relaxation therapy as an adjunct in radiation oncology. *Journal of Clinical Psychology*, 48(3): 388-393.
- Dimeo F.C., Thomas F., Raabe-Menssen C., Propper F., Mathias M. (2004). Effect of aerobic exercise and relaxation training on fatigue and physical performance of cancer patients after surgery: A randomised controlled trial. *Support in Care Cancer*, 12(11): 774-779.
- Fawzy F.I., Cousins N., Fawzy N.W., Kemeny M.E., Elashoff R., Morton D. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 50: 681-689.
- Foley K.M. (1998). Pain assessment and cancer pain syndromes. In Doyle D., Hanks G.H., Mac Donald N. (eds.) *Oxford textbook of palliative medicine*, pp. 310-331. Oxford Medical Publications: Oxford.
- Goldwurm G.F., Sacchi D., Scarlato A. (1986). *Le tecniche di rilassamento nella terapia comportamentale*. Franco Angeli: Milano.
- Grassi L., Biondi M., Costantini A. (2003). *Manuale pratico di Psico-oncologia*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- Gruzelier J., Clow A., Evans P., Lazar I., Walker L.G. (1998). *Mind-body influence on immunity: Lateralized control, stress, individual difference predictors and prophylaxis*. *Annals of the New York Academy of Science*, 851: 487-494.
- Hidderley M., Holt M. (2004). *A pilot randomized trial assessing the effect of autogenic training in early stage cancer patients in relation to psychological status and immune system response*. *European Journal of Oncology Nursing*, 8: 61-65.
- Jacobson E. (1938). *Progressive Relaxation*. (2nd Ed.) The University of Chicago Press: Chicago.
- Kabat-Zinn J. (2005). *Vivere momento per momento*, Corbaccio Editore, Milano.
- Kwekkeboom KL, Gretaarsdottir E. *Systematic review of relaxation interventions for pain (2006)*. *Journal of Nursing Scholarship*. 38:269-277.

Lader M.H., Mathews A.M. (1970). Comparison of methods of relaxation using physiological measures. *Behavioral Research Therapy*, 8: 331-337.

Lengacher C.A., Bennett, M., Gonzalez L., Cox C.M., Reintgen D.S., Shons A., Cantor A., Djeu G. (1998). Psychoneuroimmunology and immune system link for stress, depression, health behaviours, and breast cancer. *Alternative Health Prediction*, 4(2): 95-108.

Luebbert K., Dahme B., Hasenbring M. (2001). The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytic review. *Psycho-Oncology*, 10: 490-502.

Melzack R., Wall PD Evolution of pain theories. *Int Anesthesiol Clin*. 1970 Spring;8(1):3-34.

Molassiotis A., Yung H.P., Yam B.M., Chan F.V.S., Mok T.S.K. (2002). The effectiveness of progressive muscle relaxation training in managing chemotherapy-induced nausea and vomiting in chinese breast cancer patients: A randomized controlled trial. *Support in Cancer Care*, 10: 237-246.

Moroni L., Bettinardi O., Vidotto G., Balestroni G., Brulletti G., Giorgi I., Bertolotti G. Scheda ansia e depressione forma ridotta: norme per l'utilizzo in ambito riabilitativo *Monaldi Arch Chest Dis*. 2006; 66 :255-263

Redd W.H., Andresen G.V., Minagawa R.Y., (1982). Hypnotic control of anticipatory emesis in patients receiving cancer chemotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6): 1018-1029.

Redd W.H., Montgomery G.H., DuHamel K.N. (2001). Behavioral intervention for cancer treatment side effects. *Journal of the National Cancer Institute*, 93(11): 810-823.

Redd W.H., Rosenberg P.H., Hendler C.S. (1982-1983). Controlling chemotherapy side effects. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25 (2-3): 161-172.

Schultz J. H. (1932). *Das Autogene Training*. Thieme: Stuttgart, Germany.

Simeit R., Deck R., Conta Marx B. (2004). Sleep management training for cancer patients with insomnia. *Support in Cancer Care*, 12: 176-183.

Sloman R., Brown P., Aldana E., Chee E. (1994). The use of relaxation for the promotion of comfort and pain relief in persons with advanced cancer. *Contemporary Nurse*, 3: 6-12.

Società Italiana di Psico-Oncologia (1998). Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica psico-oncologica. <http://www.siponazionale.it/LINEE.pdf>

Syrjala K.L., Donaldson G.W., Davis M.W., Kippes M.E., Carr J.E. (1995). Relaxation and imagery and cognitive-behavioral training reduce pain during cancer treatment: A controlled clinical trial. *Pain*, 63(2): 189-198.

Walker L.G., Walker M.B., Ogston K., Heys S.D., Ah-See A.K., Miller I.D., Hutcheon A.W., Sarkar T.K., Eremin O. (1999). Psychological, clinical and pathological effects of relaxation training and guided imagery during primary chemotherapy. *British Journal of Cancer*, 80(1/2): 262-268.

Walker L.G. (2000). The psychoimmunology of cancer. *Cancer Topics*, 11: 17-19.

Wright S., Courtney U., Crowter D. (2002). A quantitative and qualitative pilot study of the perceived benefits of autogenic training for a group of people with cancer. *European Journal of Cancer Care*, 11(2): 122-130.

Zindel V. Segal, Mark G. Williams, John D. Teasdale, *Mindfulness. Al di là del pensiero, attraverso il pensiero*. Bollati-Boringhieri, 2006.

## Relaxing techniques in cancer patients

The quality of life in cancer patients has been considered, during the last decades, as one of the most important elements in cancer treatment beneath the kind of diagnosis, the prognosis or the results of the therapy.

This article, basing its analysis on a literature review, focuses on specific relaxing techniques used to improve the quality of life in cancer patients. To this aim, specific examples of these techniques, as the "Progressive Muscle Relaxation" (PMR) by Jacobson (1938) the "Autogenic Training" (AT) by Schultz (1932); hypnosis or meditation techniques, will be analyzed. Besides, will be showed as with these kinds of interventions, is possible to reduce the psycho-motor tension and improve at the same time the wellness of patient with cancer.



# link 12, società

**La collusione del consulente  
col sistema giudiziario  
della separazione**

MARIO ANDREA SALLUZZO



# La collusione del consulente col sistema giudiziario della separazione

MARIO ANDREA SALLUZZO\*

**Una riflessione sull'accettazione acritica e collusiva delle CTU-CTP da parte dei consulenti psicoprofessionisti nell'ambito giudiziario della separazione. La collusione del consulente con la richiesta di CTU/CTP risponde alla logica deresponsabilizzante del professionista che adempie ad una richiesta solo perché si sente garantito dal potere autorevole del giudice richiedente. Una accettazione acritica che alimenta l'illusione di ottenere risoluzioni da un sistema spesso inefficace**

In ambito giuridico il termine "collusione" sta ad intendere l'accordo fraudolento del patrocinatore legale con la controparte ai danni del proprio assistito. Ma, nel presente contesto, il termine è utilizzato nel senso delle molteplici teorizzazioni fiorite in ambito psicologico (tra le tante si vedano Laing, 1959; Dicks, 1967, Bowen, 1979). In particolare, la prospettiva qui presentata - anche se ne riproduce solo aspetti parziali, reinterpretati e adattati ad un ambito particolare - è ampiamente ispirata alla teorizzazione di Renzo Carli.

Nel presente intendimento, dobbiamo considerare il meccanismo della collusione come un fenomeno normalmente attivo nei sistemi sociali - famiglia per prima - e che può essere facilmente spiegato in base alla necessità di conferma di cui ogni essere umano ha bisogno per intessere delle relazioni: una sorta di *auto-etero-inganno*, una simulazione condivisa, potremmo dire, inevitabile nel momento in cui ordinariamente si vuole interagire nella vita.

Detto con le parole di Prospero ne "La tempesta" di Shakespeare: *"Noi siamo della stessa sostanza di cui son fatti i sogni, e la nostra breve vita è circondata da un sonno"*.

Dal momento che nessuna azione è possibile se non all'interno di un contesto, la realizzazione dell'azione richiede la sintonia del contesto in cui l'azione vuole dispiegarsi. Processo tramite il quale ognuno di noi conferma e richiede conferma sulle fantasie relative a se stesso che cerca di rendere reali, e viceversa (Laing, 1959). Una finzione che siamo costretti a mantenere - anche a costo di una prolungata elusione della verità - se temiamo di perdere la continuità con le nostre relazioni, con il potere ad esse connesso, in sintesi con la nostra identità fondata sull'immagine contestualmente costruita nel rapporto Io-Mondo. Perché temiamo che la perdita della visione del mondo fino ad allora conosciuta - definitivamente intesa, in un contesto che non prevede e non ammette verifiche, come *definitivamente buona*, ed alla quale siamo familisticamente attaccati - comporti automaticamente l'invasione di una visione altra del mondo, estranea, sconosciuta, disturbante, faticosa o impossibile da comprendere, e di cui - senza nemmeno averne verificato la possibile realistica - siamo sicuri che sia *definitivamente cattiva*.

***Il meccanismo della collusione è un fenomeno normalmente attivo nei sistemi sociali – famiglia per prima - e che può essere facilmente spiegato in base alla necessità di conferma di cui ogni essere umano ha bisogno per intessere delle relazioni: una sorta di auto-etero-inganno, una simulazione condivisa, potremmo dire, inevitabile nel momento in cui ordinariamente si vuole interagire nella vita***

Qualsiasi relazione sociale – e quindi anche quelle professionali – non può prescindere dalla simbolizzazione affettiva che le parti devono assumere all'interno di quel contesto. La collusione, che spesso si rivela essere - per quieto vivere - perlopiù adatta ai casi ordinari, assume per contro la dimensione di una imperdonabile cecità al momento di decidere giudiziariamente del destino di una famiglia conflittuale. Perché è proprio all'interno di quel processo decisionale che verrà a configurarsi l'insegnamento che la società – di fatto – finirà col trasmettere alle generazioni successive (Kaës, 2005, 2007). Una sorta di *pedagogia giudiziaria* che, se agita irriflessivamente, finirà col produrre alla società più danno rispetto ai vantaggi che illusoriamente promette alle famiglie conflittuali.

Ci troviamo di fronte ad una *collusione inconsapevole* tra quelle figure del sistema giudiziario delle separazioni, che vengono definitivamente riconosciute dalla società come competenti, ma che, non essendolo del tutto, finiscono con l'arrecare, come già si è detto altrove (Salluzzo, 2004a, 2004b, 2006, 2007) - proprio per quegli aspetti in cui non sono competenti, ovvero gli affetti - un disagio maggiore di quello di cui le famiglie sono portatrici; un *disagio aggiuntivo iurigeno* che deriva da un'incuria commessa dall'intero sistema nel suo insieme: adempiere irriflessivamente ad un mandato sociale trascurando la comprensione delle *simbolizzazioni affettive*. (Carli, Paniccia, 2003), *agite* dalle famiglie in difficoltà attraverso il ricorso alla giustizia.

Il sistema giudiziario, ancorché necessario, e - qualora disponga delle risorse adeguate - sicuramente anche competente laddove si tratti di ripartire equamente tra i cittadini diritti che siano tangibili e di prevenire e punire gli autori di delitti chiaramente rilevabili, tuttavia si rivela intrinsecamente incompetente qualora debba occuparsi di questioni affettive, come è appunto il caso delle famiglie in conflitto, desiderose di separazione.

Richard Gardner, altro autore alle cui teorie questo scritto è ampiamente debitore, sostiene che:

*"... se le aule dei tribunali fossero assolutamente inaccessibili per questo tipo di giudizi e che se le famiglie non avessero altro posto per risolvere questi conflitti che casa loro, tutto sommato sarebbe meglio. Ovviamente, vi sarebbero alcuni bambini completamente indifesi di fronte ai loro genitori in guerra, che rischierebbero di essere utilizzati come corde da tiro alla fune nelle battaglie fra i due genitori. Comunque il loro numero sarebbe minore di tutti quelli che invece proteggeremmo dalla crudeltà del sistema che contrappone i genitori come avversari in tribunale. Per di più, anche i genitori starebbero meglio. Sebbene l'essere continuamente in battaglia sia, con certezza, psicologicamente traumatico, spostare il campo di battaglia nelle aule di tribunale lo è ancora di più"* (Gardner, 2002b, p. 83).

### **Agito (*acting*) giudiziario**

Come ci è stato tramandato dai miti, noi tutti sappiamo che l'amore è cieco. Infatti, il rapporto amoroso, come ogni altra relazione umana, è basato ampiamente su una collusione inconscia. Collusione che, data la sua natura illusoria, venendo meno, a seconda del decorso dello sviluppo individuale dei due partner, non sempre può mantenersi intatta a vita (Anzieu, 1986). La rottura dell'*unità emotiva* (Bowen, 1979) della coppia, dovuta a ciò che Carli (Carli, Paniccia, 2003) definisce il *fallimento della collusione*, genera un estremo disagio, perché spezza quel basilare meccanismo di conferma/riconoscimento di sé necessario per dare stabilità ai sistemi della personalità che sono più fragili. Il tradimento del patto di reciproca conferma/attribuzione di valore – spesso idealizzato – infligge una tremenda ferita narcisistica e genera una attribuzione di colpe sull'altro ex partner, che è tanto più elevata quanto maggiormente regredisce la capacità di riconoscere le proprie responsabilità nei confronti altrui.

Gli ex partner, bisognosi di ristabilire l'equilibrio affettivamente turbato - afflitti da uno stato penoso di disagio che li spinge ad *evacuare* al più presto una sofferenza insopportabile, senza poter elaborare una comprensione della propria situazione - guidati dall'illusione di risolvere rapidamente la situazione, finiscono col riporre nel sistema giudiziario un'ingenua fiducia.

Mentre il *comprendere* (insight) porterebbe al superamento di una situazione dolorosa, l'*agire* (acting) giudiziariamente costituisce solo una *reazione difensiva* (nel senso psicopatologico del termine) *estesa e condivisa*, fino ad arrivare a costituire una *mitologia collusiva* che pervade in modo variabile le famiglie, gli addetti ai lavori e la società, e che porta inevitabilmente alla mancata risoluzione di situazioni dolorose (Salluzzo, 2004a): il mito secondo cui le famiglie separate vivrebbero meglio delle famiglie unite ma conflittuali (Salluzzo, 2007). Che la separazione ed il divorzio comunque preludano ad un futuro migliore per le famiglie in conflitto, non è sempre vero; ed in ogni caso, senza averlo verificato all'interno di uno spazio di riflessione psicologica, preliminarmente al ricorso alla giustizia, e senza aver ricevuto un'apposita preparazione formativa (ad es. corsi di preparazione alla separazione) per un tipo di evento che trasformerà radicalmente in modo imprevedibile i rapporti familiari, lo si può solo magicamente ipotizzare.

Il ricorso alla separazione/divorzio è una risoluzione che spesso viene fatta accettare alle parti indecise o riluttanti grazie al principio dell'impossibilità di imporre una convivenza contraria alla volontà della controparte. Una risoluzione il cui disagio viene prospettato dai professionisti della separazione come provvisorio: alla stessa stregua di un farmaco che ha bisogno di tempo per ottenere il suo effetto, prima o poi migliorerà. Una provvisorietà di cui le parti sofferenti potranno invece sperimentare spesso l'ineluttabile definitività; ciò in virtù del fatto che, lungi dall'essere il miglioramento garantito da alcuna misura di controllo/sostegno sociale, presto o tardi il disagio potrà facilmente cronicizzarsi se non esitare in conseguenze più gravi.

La visione della separazione/divorzio qui presentata cozza violentemente contro la – superficiale, ad avviso di chi scrive – liberalizzazione della separazione/divorzio, che si è andata sempre più affermando nelle società occidentali. Quasi che, solo per il fatto che il divorzio costituisca un diritto acquisito, i cittadini debbano disporre a proprio piacimento, liberi da ogni seria valutazione di utilizzarlo appropriatamente. Alla stessa stregua che i cittadini, una volta acquisita dal sapere medico una nuova scoperta, pretendessero a tutti i costi, con autodiagnosi, di autoprescrivere interventi e terapie improntate alla novità.

Come ben spiega Cigoli:

*"... nel nostro vivere sociale il rito di separazione-divorzio ... è affidato alla giustizia"* (Cigoli, 1998, p. 14).

Le famiglie separate, se si esclude il contesto giudiziario, non hanno alle loro spalle il supporto della corallità di una cultura della separazione, né dispongono di quello che Byng Hall (1995) ha definito un *"copione della separazione"*.

La difficoltà nel trattare il problema della separazione dipende dall'incapacità della politica e della società di comprendere la reale portata del fenomeno della conflittualità di coppia nelle sue complesse interazioni psicosociologiche, lasciandolo in balia, invece, di frammentari e tecnici interventi specialistici. Infatti, prosegue Cigoli, il rito giudiziario della separazione:

*"... rischia di essere vuota cerimonia se non è sostenuto da una concreta corallità di impegno sociale."*

*Una società viva non rimanda solo a corpi specialistici separati (tribunale, avvocati, psicologi) il compito di "riparare danni", come se il divorzio fosse qualcosa di anormale che non la riguarda. Né si rifugia nell'imbroglio della "normalità" del divorzio in quanto assai diffuso nel corpo sociale. Piuttosto riconosce di essere parte in causa del problema e si dispone a fornire sostegno"* (Cigoli, 1998, p. 14).

### **Triangolazione del sistema giudiziario con la storia familiare**

Il disagio del fallimento collusivo relazionale esita in una *triangolazione* (Bowen, 1979; Carli, Paniccia, 2003) su di un polo esterno alla coppia fantasticato come risolutore, in questo caso la giustizia, che, non essendo tecnicamente attrezzata per trattare questioni affettive, anche se si rivolgerà ad un esperto esterno psicoprofessionista, tuttavia dovrà inevitabilmente adottare quelle che sono le uniche risoluzioni messe a disposizione dal suo sistema interno. Un sistema interno che – data la natura

***Il ricorso alla separazione/divorzio viene fatto accettare alle parti indecise o riluttanti grazie al principio dell'impossibilità di imporre una convivenza contraria alla volontà della controparte. Una risoluzione il cui disagio viene prospettato dai professionisti della separazione come provvisorio: alla stessa stregua di un farmaco che ha bisogno di tempo per ottenere il suo effetto, prima o poi migliorerà***



*Il potere paternalistico del giudice, attribuendosi il diritto di decidere al loro posto, ricade sulle teste delle coppie conflittuali, stigmatizzando arbitrariamente a volte uno, a volte entrambi, dandone per scontata l'immatura incapacità ad autoregolarsi. In realtà è la società che non ha ancora compreso quanto la conflittualità sia una vera e propria patologia della relazione, e non una volgare immaturità; e, segnatamente, il fallimento di una illusione a due, o di un "contratto emotivo fraudolento". Nessuna separazione potrà mai essere gestita agevolmente senza che prima sia stata rielaborata e superata la fissazione della coppia al modello di relazione idealizzata, basata sulle illusioni giovanili*

del contesto giudiziario, che inibisce l'espressione autentica e la comprensione dei vissuti emotivi – di fronte alla difficoltà/impossibilità di individuare le reali cause psicologiche, ovvero i fattori affettivi, finirà con l'adottare provvedimenti inappropriati. Ed anche ammettendo che riuscisse ad individuarli, il sistema giudiziario non potrà mai imporre *ex lege* percorsi psicoterapeutici o di mediazione. Spesso potrà solo emettere, senza effettivamente addentrarsi nelle dinamiche familiari, provvedimenti improntati al *favor minoris*, seguendo in parte i dettami consolidati dalla giurisprudenza; e – non essendo chiaramente definito dal nostro ordinamento quale sia l'interesse del minore – in parte i provvedimenti saranno, oltre che a soluzioni scontate, comunque improntati alla soggettività del giudice.

In realtà, il potere di riequilibrarsi, se saranno messi in grado di farlo riattivando con fiducia un canale comunicativo, risiede unicamente negli stessi sfortunati protagonisti della crisi familiare e nessun altro. Se ciò non avverrà, il destino della futura famiglia separata dipenderà in gran parte dall'abilità di avvocati e consulenti di parte che, colludendo con le dinamiche emotive dei propri clienti, tenderanno di costruire – anche nel modo più disumano – come in un numero di illusionismo, una *realtà processuale* il più possibile a loro favorevole.

Spogliata della continuità dei suoi valori affettivi, la famiglia esce dai tribunali reificata, priva di un convincente perché alla sua disperante perdita di senso e di storia. Anche per questo, nella cultura giuridica di molti Paesi, si è sviluppato un orientamento che, in contrasto col *paternalismo del giudice*, auspica lo sviluppo della tendenza delle coppie separate all'*autoregolazione* dei conflitti attraverso tecniche di *mediazione familiare*.

Il potere paternalistico del giudice, attribuendosi il diritto di decidere al loro posto, ricade sulle teste delle coppie conflittuali, stigmatizzando arbitrariamente, a volte uno, a volte entrambi, dandone per scontata l'immatura incapacità ad autoregolarsi. In realtà è la società che non ha ancora compreso quanto la conflittualità sia una vera e propria patologia della relazione, e non una volgare immaturità; e, segnatamente, il fallimento di una illusione a due, o di un "contratto emotivo fraudolento" (Bowen, 1979). Nessuna separazione potrà mai essere gestita agevolmente senza che prima sia stata rielaborata e superata la fissazione della coppia al modello di relazione idealizzata, basata sulle illusioni giovanili.

Crede che la separazione possa essere gestita con competenza dalla giustizia – residuo di un potere salvifico fantasmaticamente attribuito ad un padre mitico, proiettato nel giudice – produce unicamente il risultato di alimentare negli ex partner l'illusione che potranno riparare il proprio squilibrio affettivo rifuggendo da un immaginario nemico, e fantasticando di poter ottenere in forza di legge quello che in realtà potrebbero ottenere solo col loro sforzo nel comprendere ciò che è accaduto nella propria storia personale, di coppia e familiare.

Il potere paternalistico attribuito dal sistema al giudice – escludendo i casi meno gravi di conflittualità e le eccezioni dei giudici illuminati – produce la sconcertante mistificazione secondo cui coloro che, sia pure pagando il prezzo faticoso del superamento di un nodo evolutivo, potrebbero ancora dimostrarsi entrambi validi genitori, sono tuttavia costretti ad essere ulteriormente infantilizzati, invece di essere responsabilizzati. La loro responsabilizzazione potrebbe realizzarsi solo se il sistema giudiziario non gli fornisse l'agio del consenso alla lite, e se la società, con nuove normative, li inducesse a superare quello che, pur non essendolo, finisce col diventare un dissidio insanabile; dissidio che comporta spesso, come disumana misura giudiziaria di protezione dei minori dalla conflittualità, l'esclusione dalla vita dei figli di uno dei genitori e del relativo ramo parentale.

### **Disumanità e discriminazione dell'affidamento monogenitoriale**

Infatti, la soluzione dell'affidamento monogenitoriale – quando è utilizzata nei provvedimenti giudiziari al fine di garantire ai minori l'agio di un ambiente familiare unitario/mononucleare, protetto dalla conflittualità – condanna i figli e il ramo parentale non affidatario alla progressiva estinzione del loro rapporto.

Così come accade per le società multietniche, in cui ad ognuno viene garantita la libertà di mantenere i legami con le culture originarie, così ai figli delle coppie separate dovrebbe essere garantito il radicamento della loro identità che affonda nella continuità storica con entrambi i rami parentali (Salluzzo, 2007).

Nessuno penserebbe che la soluzione migliore di un conflitto etnico fosse lo sterminio di una razza; eppure molti operatori della separazione accettano con rassegnata indifferenza il fatto che l'affidamento monogenitoriale nei conflitti familiari postseparativi possa condannare un intero ramo parentale e la sua discendenza all'estinzione dei rapporti affettivo-educativi. Secondo un orientamento (Solnit, Freud, 1973) che si è progressivamente consolidato nella giurisprudenza, designare una stirpe eletta, che possa arrogarsi il diritto di sopprimerne un'altra, trasmettendo, essa sola, il proprio sistema valoriale e affettivo alle generazioni successive, viene considerato un sacrificio inevitabile nel "superiore interesse del minore".

All'interno di questa strategia si collocano le consulenze tecniche e di parte, nonché, qualora sia possibile, il cosiddetto ascolto del minore. Purtroppo, il vero abuso psicologico commesso sui minori - proprio ad opera del sistema giudiziario delle separazioni - è quello di tutelarli richiedendo la loro discesa in campo, col risultato spesso di adultizzarli, consentendogli di prender parte per uno dei genitori nella contesa (Gardner, 2002b), distruggendo così, in molti casi, il vero unico bene che dovrebbe essere garantito: il rapporto coi loro genitori. Quando i figli rifiutano uno dei genitori, ci si deve sempre domandare se ciò non costituisca altro che la materializzazione, agita per mano dei figli, della vendetta del genitore con cui i figli si sono alleati ai danni dell'altro.

La continuità del vincolo coi genitori è l'unica vera garanzia di un sano sviluppo che la giustizia dovrebbe preoccuparsi di salvaguardare per proteggere i minori, invece di promuoverli sul campo, riconoscendogli una astratta - chissà come acquisita - maturità, tale da assumersi responsabilmente delle prese di posizione. Assunzione di responsabilità che, per altro, paradossalmente la giustizia è rapidamente pronta a disconoscere ai loro genitori, sostituendosi, col potere del giudice, ad essi.

Ognuno di noi sa che la famiglia è la continuità della vita, è la fabbrica della vita. L'albero della vita non esisterebbe se non vi fossero l'amore di coppia, e quello genitoriale per i figli. La famiglia è il nostro primo mondo quando nasciamo e l'ultimo quando i nostri cari dispongono per le nostre spoglie mortali. Il primo e l'ultimo dei nostri riferimenti identitari. Ognuno di noi - nel volgersi del tempo - è radice, tronco, ramo e frutto dell'albero incessantemente prolifico delle generazioni.

"Ogni neonato - dice Kaës (2005) riferendosi al modello del contratto narcisistico descritto da Piera Aulagnier - viene al mondo con la missione di dover assicurare la continuità della generazione, secondo i termini di un contratto che rientra nel campo dell'economia narcisistica. Egli è latore di un posto in un insieme e, per assicurare questa continuità, a sua volta l'insieme deve investire narcisisticamente questo elemento nuovo. [...] ... l'investimento narcisistico... può essere veramente sostenuto solo nella misura in cui la catena di cui il soggetto è membro e parte in causa investe narcisisticamente questo soggetto come portatore di una continuità dell'Insieme. Perciò i genitori innanzitutto fanno del bambino il portavoce della realizzazione dei loro desideri inappagati, in questo modo assicurandolo nel suo narcisismo, così come è attraverso loro che il desiderio delle generazioni precedenti ha sostenuto ... la loro venuta al mondo ed il loro ancoraggio narcisistico.

La funzione principale di questo contratto consiste nel preservare la continuità dell'investimento autoconservativo per ogni soggetto e per l'insieme di cui egli è parte costitutiva. È tuttavia dotato di un'altra funzione capitale: mantenere la temporalità di un progetto e di un futuro per il gruppo e per i soggetti che ne sono al tempo stesso gli anelli, i servitori, i beneficiari e gli eredi" (pp. 5-6).

***La continuità del vincolo coi genitori è l'unica vera garanzia di un sano sviluppo che la giustizia dovrebbe preoccuparsi di salvaguardare per proteggere i minori, invece di promuoverli sul campo, riconoscendogli una astratta - chissà come acquisita - maturità, tale da assumersi responsabilmente delle prese di posizione. Assunzione di responsabilità che, per altro, paradossalmente la giustizia è rapidamente pronta a disconoscere ai loro genitori, sostituendosi, col potere del giudice, ad essi***

## **La collusione del consulente col sistema giudiziario**

Quando il consulente accetta l'incarico propostogli dal giudice, lo fa semplicemente perché quell'incarico esiste e non si interroga sul processo istituzionale che ne sta

*Il consulente spesso è chiamato a delineare una situazione di cui non conosce i pregressi se non attraverso gli enfatici ed inevitabilmente contrastanti resoconti dei due periziandi (gli ex partner). Comprendere quale fosse la realtà familiare precedente può diventare impresa ardua se non impossibile. Inoltre, quando il consulente riceve l'incarico da parte del giudice, la separazione ha già assunto una sua ben precisa configurazione critica, anche per effetto di provvedimenti giudiziari precedenti*

alla base. Non si interroga se sia possibile svolgere quell'incarico in modo congruo, né se abbia senso portarlo a termine. Accettando acriticamente le consulenze, gli psicoprofessionisti finiscono col colludere con la logica del sistema giudiziario che è quella dell'adempimento: ovvero rispondere ad una domanda che non pensa se stessa. L'intervento della giustizia, nelle forme del provvedimento del giudice, del patrocinio legale, della consulenza, costituiscono un esempio di tecnicità, di competenza messa in atto/agita sulla base di un'accettazione acritica di una domanda. Mentre un qualsiasi processo che voglia portare realmente allo sviluppo delle persone interessate deve per forza confrontarsi con le fantasie sottostanti alle loro richieste.

Una cultura professionale che non si interroga sulle conseguenze del proprio operato è contraria allo sviluppo del Bene Comune, e si pone perlopiù al soldo del Mercato degli Egoismi (Carli, Paniccchia, 2003).

### **Errori sistematici delle consulenze giudiziarie**

Ritornando alla specificità dell'incarico del consulente, si può rilevare che uno degli aspetti più evidentemente mistificanti delle consulenze - e che può spesso dar luogo a *sistematici errori diagnostici* - è costituito proprio dalla sua stessa finalità e dai tempi della consulenza.

Il consulente spesso è chiamato a delineare una situazione di cui non conosce i pregressi se non attraverso gli enfatici ed inevitabilmente contrastanti resoconti dei due periziandi (gli ex partner). Comprendere quale fosse la realtà familiare precedente può diventare impresa ardua se non impossibile. Inoltre, quando il consulente riceve l'incarico da parte del giudice, la separazione ha già assunto una sua ben precisa configurazione critica, anche per effetto di provvedimenti giudiziari precedenti.

Si considerino i seguenti punti.

1. In condizioni di esame per fini legali, i periziandi spesso esibiscono difensivamente un *falso-sé* per ben figurare, con la conseguenza che la CTU/CTP potrebbe facilmente fornire unicamente una piatta valutazione, pressoché equivalente a quella che lo stesso giudice riuscirebbe ad effettuare da solo in uno sbrigativo esame delle parti.
2. È noto che anche i test psicologici non possono costituire una garanzia di obiettività in situazioni di valutazione legale, e che sono pesantemente condizionati dal contesto.
3. In realtà, né un modello che tende a classificare gli individui, né quello che tende ad esaminare astrattamente le relazioni sganciate le une dalle altre al di fuori di un sistema, può rendere conto della complessità della situazione. Perché ciò che è entrato in crisi non è né l'individuo, né le singole relazioni, bensì un sistema familiare nel suo complesso. Qualsiasi consulenza che segmenti il contesto spezzettandolo non può fare altro che commettere il grossolano errore di privare di senso l'intero sistema.
4. Comunque, qualora il disagio reale venisse manifestato apertamente, disturbi reattivi successivi alla separazione, anche derivanti dagli effetti dei provvedimenti provvisori urgenti emessi in udienza presidenziale, potrebbero essere scambiati per disturbi della personalità o altre psicopatologie strutturali, penalizzando nei provvedimenti del giudice colui/colei che li palesassero; con la paradossale conseguenza che la CTU/CTP finirebbe per addebitare ai periziandi anche il disagio aggiuntivo iurigeno. In conclusione la consulenza corre il rischio di confondere il disagio familiare di base con quello provocato dagli effetti del sistema giudiziario.
5. Quando il giudice dà l'incarico di CTU spesso la crisi si protrae da tempo e ci si può trovare davanti al *fatto compiuto*, cioè ad un sistema di alleanze messe in atto per ridare stabilità al sistema, un assetto automaticamente costituitosi, che tende difensivamente a nascondere le trame della propria esistenza. Così riconsolidatosi, il sistema, nonostante la disfunzionalità, nel suo assetto difensivo è diventato difficile sia da individuare che da scardinare.

È in tutti i punti sopra elencati che lo psicoprofessionista perde la sua battaglia per dimostrarsi competente, tanto nella diagnosi che nell'intervento, per diventare il servo ubbidiente di una cultura dell'adempimento, legittimata solo perché imposta dal mandato di una autorità forte. L'autorevolezza del potere giudiziario, ancorché incompetente, sovrasta la competenza di cui lo psicoprofessionista disporrebbe se fosse messo in grado di operare opportunamente.

### **Degiuridicizzazione e Normogiuridicizzazione del conflitto**

Per evitare questa *impasse*, a mio avviso, bisognerebbe semplicemente separare gli ambiti di competenza. Le valutazioni sul disagio familiare dovrebbero avvenire solo per scopi clinici e non giudiziari, prima ancora di adire alla giustizia, e indipendentemente da essa. Per ottenere ciò sarebbe necessario che la società riconoscesse uno *status* di psicopatologia alla conflittualità di coppia e prevedesse un iter appropriato diverso da quello giudiziario, incardinato nell'ambito dei servizi di salute mentale, piuttosto che la sua massiccia negazione operata attraverso il ricorso all'agito giudiziario.

Alcuni autori prospettano la "degiurisdizionalizzazione" (Quilici, 2001), o "degiuridificazione" (Consegnati, 1995) del conflitto, ovvero la fuoriuscita del processo separativo dall'ambito (inappropriato) del sistema giudiziario. È evidente che non è pensabile una fuoriuscita totale della gestione del conflitto dal contesto giudiziario. Tuttavia si dovrebbe approntare un sistema normativo articolato, una sorta di *codice della separazione* analogo ad altri codici *specifici*, capace di individuare ogni possibile comportamento che provochi una delegittimazione ed il mancato svolgimento del ruolo genitoriale. Così come accade, ad esempio, per il codice della strada, per ogni infrazione che si verificasse, il codice dovrebbe prevedere - senza ricorrere in giudizio - una sanzione e un iter di risoluzione adeguato. Servizi pubblici di controllo, consulenza, preparazione alla separazione, mediazione e trattamento, agendo tempestivamente, dovrebbero assumersi il compito di far rispettare la normativa, evitando così i tempi lunghi del ricorso alla giustizia. Quest'ultimo dovrebbe essere limitato solo a controversie episodiche, di particolare gravità.

Ciò che qui si propone pertanto non è una *degiuridicizzazione* totale della separazione, bensì una *normogiuridicizzazione*, che ridimensioni in termini appropriati quello che deve essere l'opportuno controllo della giustizia nelle questioni familiari.

### **Conclusioni**

Nessuno si scandalizzerà se, ad esempio, gli aspetti economici della separazione rimarranno di competenza della giustizia, ma gli aspetti affettivi dovranno trovare la loro opportuna collocazione nell'ambito di servizi attrezzati per tutte le evenienze di tipo psicopatologico.

La società dovrà garantire alle famiglie i mezzi per giungere ad un sano riassetto dopo la separazione. Fino al ritrovamento di un nuovo equilibrio familiare, dovrà essere garantito ai figli e ai genitori di mantenere, se possibile, quella che era la loro funzionale relazione originaria, oppure di poterne costruire un'altra equivalente. Ciò non è possibile attualmente con l'ordinario ricorso alla giustizia, ed i consulenti psicoprofessionisti col loro operato colludono con il perpetuarsi di un sistema dannoso/inefficiente. Il futuro delle famiglie separate sarà salvaguardato solo approntando nuove strutture specialistiche e nuove normative che garantiscano la continuità del rapporto tra i figli ed entrambi i genitori. Centri pubblici di monitoraggio, consulenza, preparazione alla separazione, mediazione familiare e trattamento, agendo tempestivamente, e garantendo l'efficace applicazione delle normative, dovrebbero sostituire il ricorso alla giustizia.

*Fino al ritrovamento di un nuovo equilibrio familiare, dovrà essere garantito ai figli e ai genitori di mantenere, se possibile, quella che era la loro funzionale relazione originaria, oppure di poterne costruire un'altra equivalente. Ciò non è possibile attualmente con l'ordinario ricorso alla giustizia, e i consulenti psicoprofessionisti col loro operato colludono con il perpetuarsi di un sistema dannoso/inefficiente*

\* Psicologo del SSN, psicoterapeuta. Segretario Fe.N.Bi. - Federazione Nazionale per la Bigenitorialità. Segretario S.I.R.A.D.S. - Società Italiana Ricerca e Assistenza Disagio da Separazione. Per contatti e-mail: marioandreasalluzzo@virgilio.it.



## BIBLIOGRAFIA

- Ahrons C.R., Rodgers R.H. (1987) *Divorced families*, Norton & Company, NY. Cit. in Mazzoni S. a cura di (2002) *op. cit.*
- Anzieu D. (1986) *Scène de ménage et espace imaginaire du couple*, Nouv. Rev. Psychanal., 33. Trad. it. in *Interazioni*, n. 1/1993, pp.75-79.
- Bocchi G., Ceruti M. (2004) *Educazione e globalizzazione*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bowen M. (1979) tr. It. *Dalla famiglia all'individuo*, Astrolabio-Ubaldini, Roma.
- Bruno M. (2001) *Separazione e divorzio*, Buffetti, Roma.
- Buzzi I. (1997) *La sindrome di alienazione genitoriale*. In Cigoli V., Gulotta G. & Santi G. (a cura di), *Separazione, divorzio e affidamento dei figli*, Giuffrè, Milano, II Ed., pp 177-188.
- Byng Hall J. (1995) tr. It. (1998) *Le trame della famiglia*, Raffaello Cortina, Milano. Cit. in Malagoli Togliatti M. a cura di, (2002) *Affido congiunto e condivisione della genitorialità*, Franco Angeli, Milano.
- Byrne K. (1989) *Brainwashing in Custody Cases: The Parental Alienation Syndrome*, Australian Family Lawyer, 4(3), p.1.
- Canevelli F., Lucardi M. (2000) *La mediazione familiare*, Boringhieri, Torino.
- Carli R. a cura di (1993) *L'analisi della domanda in psicologia clinica*, Giuffrè Editore, Milano.
- Carli R., Paniccia R. M. (2003) *Analisi della domanda*, Il Mulino, Bologna.
- Cigoli V. (1998) *Psicologia della separazione e del divorzio*, Il Mulino, Bologna.
- Consegnati M.R. (1995) *Esempi esplicativi dei possibili percorsi della coppia che si separa*, in Malagoli Togliatti M. e Montinari G. a cura di (1995) *Famiglie divise*, Franco Angeli, Milano.
- de Cataldo L. (1997) *L'esame del minore*, Quaderni ISISC, n. 13, pp.119-149; citato in Giorgi R., *Madre Teresa non ha sposato Hitler*, Associazione Italiana di Psicologia Giuridica, n. 14, pp.5-7, 2003.
- Dell'Antonio A. (1989) *La consulenza psicologica per la tutela dei minori*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Del Guerra R. e altri (1996) *Separazione dei genitori: I processi di lutto nella coppia e nei figli*, Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale, vol, 14, n. 2, pp. 204-215.
- Dicks H. V. (1967) *Marital Tensions*, Routledge & Kegan Paul Ltd., London. Trad. it. (1992) *Tensioni coniugali*, Edizioni Borla, Roma.
- Dolto F. (1988) *Quand les parents se séparent*, Editions du Seuil, Paris. Trad. it. (1991) *Quando i genitori si separano*, Mondadori, Milano.
- Eurispes-Telefono Azzurro (2002) *3° Rapporto Nazionale sulla Condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza*.
- Francescato D. (1994) *Figli sereni di amori smarriti*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano.
- Gallo Barbisio C. (1994) *Il futuro della famiglia*, in Gallo Barbisio C. a cura di (1994) *Il bambino diviso*, Tirrenia stampatori, Torino, pp. 33-42.
- Gardner R.A. (1985) *Recent trends in divorce and custody litigation*, Academy Forum, 29 (2) , pp.3-7.
- Gardner R.A. (1998a) *Recommendations for dealing with parents who induce a parental alienation syndrome*, Journal of Divorce & Remarriage, Volume 28(3/4), pp.1-21.
- Gardner R.A. (1998b) *The Parental Alienation Syndrome (2nd. ed.)*, Cresskill, NJ: Creative Therapeutics.
- Gardner R.A. (1999a) *Differentiating between the parental alienation syndrome and bona fide abuse/neglect*, The American Journal of Family Therapy, Vol. 27, n. 2, pp.97-107.
- Gardner R.A. (1999b) *Family Therapy of the Moderate Type of Parental Alienation Syndrome*, The American Journal of Family Therapy. 27:195-212.
- Gardner R.A. (2002a) *Does DSM-IV Have Equivalents for the Parental Alienation Syndrome (PAS) Diagnosis?*, American Journal of Family Therapy, 31(1):1-21.
- Gardner R.A. (2002b) *The empowerment of children in the development of parental alienation syndrome*, The American Journal of Forensic Psychology, 20(2):5-29. Trad. It. (2005) *L'acquisizione di potere dei bambini nello sviluppo della sindrome di alienazione genitoriale*, Nuove tendenze della psicologia, vol. 3, n. 1, pp. 75-102.
- Gardner R.A. *The relationship between the Parental Alienation Syndrome (PAS) and the False Memory Syndrome(FSM)*, «The American Journal of Family Therapy», 32, 2004, pp. 79-99. Trad. It. *La relazione tra la Sindrome di Alienazione Genitoriale e la Sindrome da Falso Ricordo*, in Malagoli Togliatti M., Lubrano Anna Lavadera (a cura di), *op. cit.*
- Giorgi R. (2005) *Le possibili insidie delle child custody disputes*, Nuove tendenze della psicologia, vol. 3, n. 1, pp. 53-74.
- Gulotta G. (1998) *La sindrome di alienazione genitoriale: definizione e descrizione*, Pianeta infanzia, Questioni e documenti, n. 4, Istituto degli Innocenti di Firenze, pp. 27-42.
- Gulotta G. (2004) *Guida alla perizia in tema di abuso sessuale e alla sua critica*, Giuffrè, Milano.
- Jacobs J.W. (1988) *Euripides' Medea: a psychodynamic model of severe divorce pathology*, American Journal Psychotherapy, XLII:2, pp.308-319.
- Kaës R., Faimberg H., Enriquez M., Baranes J. J. (1993) *Transmission de la vie psychique entre générations*, Dunod, Paris. Trad.it. (1995) *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*, Borla, Roma.
- Kaës R. (2005) *Il disagio del mondo moderno e la sofferenza del nostro tempo*, relazione tenuta al Convegno Società Psicoanalitica Italiana su "I Disagi delle Civiltà", Roma 12-13 febbraio 2005.
- Kaës R. (2007) *La trasmissione delle alleanze inconscie, organizzatori metapsichici e metasociali*, relazione tenuta al Convegno Società Psicoanalitica Italiana su "Generi e generazioni. Ordine e disordine nelle generazioni", Roma 1-2 dicembre 2007.
- Laing R.D. (1959) *The Self and Others*, Tavistock Publications Limited. Trad it. (1969) *L'io e gli altri*, Firenze, Sansoni.
- Lanotte A., Capri P. (1997) *I test proiettivi in ambito giudiziario: limiti e possibilità di utilizzo*, in AA VV, *Abuso sessuale di minore e processo penale: ruoli e responsabilità* - a cura di L. de Cataldo-Neuburger., ISISC, CEDAM PADOVA.
- Lea H.C. (1989) *L'ingiustizia della giustizia*, Fratelli Melita, Genova.
- Main T. (1966) *Una teoria sul matrimonio e le sue applicazioni pratiche*, *Interazioni*, n.1/1993, pp.81-107.
- Malagoli Togliatti M. (1998) *La mediazione familiare*, Pianeta infanzia, Questioni e documenti, n. 4, Istituto degli Innocenti di Firenze, pp. 7-18.
- Malagoli Togliatti M. a cura di (2002) *Affido congiunto e condivisione della genitorialità*, Franco Angeli, Milano.

- Malagoli Togliatti M., Franci M. (2005) *La Sindrome di Alienazione Genitoriale (PAS): studi e ricerche*, in *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, vol. 7, n. 3, dicembre 2005, pp.39-62.
- Mazzoni S. a cura di (2002) *Nuove costellazioni familiari*, Giuffrè Editore, Milano.
- Montecchi F. (2005) *L'abuso dei figli nelle separazioni coniugali conflittuali*, in *Dal bambino minacciato al bambino minacciato*, Franco Angeli, Milano, cap. 11, pp. 126-130.
- Oliverio Ferraris A. (1994) *Tipologie strutturali e psicologiche delle famiglie italiane e loro trasformazioni dal dopoguerra ad oggi*, in Gallo Barbisio C. (1994) *op. cit.*, pp. 11-18.
- Oliverio Ferraris A. (2005) *Dai figli non si divorzia*, Rizzoli, Milano.
- Quilici M. (1988) *Il padre ombra*, Giardini Editori, Pisa.
- Quilici M. (2001) *Separazione e affidamento: paternità negata?*, in M. Andolfi a cura di, *Il padre ritrovato*, Franco Angeli, Milano, pp. 58-79.
- Racamier P.C. (1992) *Le génie des origines. Psychanalyse et psychoses*. Trad. it. (1993) *Il genio delle origini*, Milano, Cortina.
- Ronfani P. (1999) *Relazioni familiari: evoluzione e modelli e prospettive*, in Dell'Antonio A., *Genitori e "capacità genitoriale" alle soglie del 2000*, Seam, Roma.
- Ronfani P. (2006) *Quale giustizia per le famiglie?*, Giuffrè, Milano.
- Rowles G.L. (2003) *The "Disenfranchised" Father Syndrome*, Psychomedia Telematic Review, 9 settembre 2003, traduzione di A. Vanni, S. Ciotola e G. Giordano.
- Salluzzo M.A. (2004a) *Psicopatologia nella separazione, divorzio e affidamento*, Attualità in Psicologia, Volume 19, n. 3/4 – pp. 221-235.
- Salluzzo M.A. (2004b) *Associazioni di familiari e giustizia*, AIPG (Associazione Italiana di Psicologia Giuridica) Newsletter, n. 19, pp. 6-8.
- Salluzzo M.A. (2006) *La sindrome di alienazione genitoriale (PAS): psicopatologia e abuso dell'affidamento nelle separazioni. Interventi di confine tra psicologia e giustizia*, Link Riv. Scient. di Psicologia, n. 8, gennaio.
- Salluzzo M.A. (2007) *Separazione, libertà e bigenitorialità*, Link Riv. Scient. di Psicologia, n. 10, settembre.
- Scabini E., Cigoli V. (2000) *Il familiare*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 199-227.
- Siegel J.C., Langford J.S. (1998) *MMPI-2 validity scales and suspected parental alienation syndrome*, American Journal of Forensic Psychology, Volume 16, Number 4, p. 5-14.
- Solnit C., Freud A. (1973) *Beyond the best interest of the child*, Free Press, London. Cit. in Scabini E., Cigoli V. (2000) *op. cit.*.
- Turkat I.D. (1995) *Divorce related malicious mother syndrome*, Journal of Family Violence, 10(3), pp. 253-256.
- Turkat, I.D.(1999) *Divorce Related Malicious Parent Syndrome*, Journal of Family Violence, 14, 95-97.
- Vestal A. (1997) *Perspectives on Parental Alienation, Child Custody and Dispute Resolutions Systems*, American Bar Association, Paper of Section on Dispute Resolution.
- Waldron K.H. e Joanis D.E. (1996) *Understanding and Collaboratively Treating Parental Alienation Syndrome*, American Journal of Family Law, Vol. 10 pp.121-133.
- Wallerstein J.S. e Kelly J.B. (1980) *Surviving the Break-up: How Children and Parents Cope with Divorce*, New York City (USA):Basic Books.
- Wallerstein J., Lewis J.M., Blakeslee S. (2000) *The unsuspected legacy of divorce*, Hyperion, NY. Cit. in Mazzoni (2002) *op. cit.*.
- Zanatta A. L. (2002) *Le nuove famiglie in Italia: una realtà emergente*, in Mazzoni a cura di (2002) *op. cit.*, pp. 101-111.



## Collusion of the legal advisor in the judicial proceedings for separation

The author suggests a reflection about uncritical and collusive acceptance of CTU (expert witness appointed by the court) and CTP (expert witness appointed by the party concerned) from expert psychologists in judicial proceeding in case of separation.

The collusion of the legal advisor by the demand of CTU/CTP answers to the simple and no responsibility logic of the professional man who executes a request only because he feels protect by the strong and authoritative power of the demandant judge.

Such an uncritical acceptance is a serious damage for the common good because it increases and strengthens a vicious circle about the illusion of getting solutions from a system that, even though at present it is the only one, is in the most conflicts ineffective.







# .link 12 ricerche

**Modalità di parto e stile difensivo: quali correlazioni?**

MARA D. FIASCHI, MARA GIRIBALDI, SANDRA MORANO,  
GIORGIO BENTIVOGLIO



# Modalità di parto e stile difensivo: quali correlazioni?

MARA D. FIASCHI\*, MARA GIRIBALDI\*\*, SANDRA MORANO\*\*\*,  
GIORGIO BENTIVOGLIO \*\*\*\*

**In Italia la percentuale di parto cesareo è elevata. L'ipotesi più accreditata rispetto a tale incremento, non solo nel nostro Paese, è che fattori sociali, medico legali, organizzativi ed economici rivestano un ruolo importante. Insieme a tali fattori gli autori hanno voluto verificare la relazione tra fattori psicologici e modalità di parto**

## Introduzione

La ricerca nasce dalla necessità di effettuare una riflessione sulla percentuale elevata di ricorso al parto cesareo nel nostro Paese. L'Italia è il paese Europeo in cui si ricorre più frequentemente al parto cesareo (35,8% nell'anno 2002, fonte Ministero della Salute). Tale percentuale si colloca tra i primi posti dopo paesi come il Brasile e gli Stati Uniti. In Italia le percentuali si distribuiscono geograficamente tra un tasso  $\leq 25,0\%$  in regioni come Veneto e Friuli Venezia Giulia e un tasso  $> 40,0\%$  nelle regioni del Centro e Sud (dall'Abruzzo alla Sicilia). La regione Liguria si colloca tra il 30,0-35,0 % (fig. 1).



Figura 1.  
L'Italia è il paese del Nord del mondo in cui si ricorre più frequentemente al parto cesareo (35,8% nell'anno 2002).

Il ricorso al T.C. è in genere proporzionale all'età della madre ed è più frequente nelle prime gravidanze o in donne precedentemente cesarizzate. Da uno studio condotto dell'Assr (Agenzia per i servizi sanitari e regionali) sulle schede di dimissione ospedaliera è emerso che nel 49,4% dei casi non è indicato il motivo del parto cesareo (L. Pellegrini 2003).

I numerosi studi effettuati in tutto il mondo mettono in evidenza diversi fattori responsabili di questo aumento di parti cesarei anche in assenza di indicazione medica. L'ipotesi più accreditata rispetto a tale incremento è che fattori sociali, culturali, organizzativi e economici, sia delle gestanti che dei medici-ostetrici rivestano un ruolo importante per l'espansione del fenomeno. In Italia esiste un'evidente variabilità fra le diverse realtà regionali con una notevole differenza tra nord e sud secondo i dati relativi al 2002. Anche nel nostro Paese tali variazioni non si spiegano soltanto con indicazioni mediche al T.C.. Altri fattori, tra i quali i risvolti medico legali, condizionano la decisione dell'ostetrico che posto di fronte alla richiesta di parto cesareo volontario o alla presenza di minimi fattori di rischio nell'effettuare un parto vaginale opta spesso per un T.C.. È stato osservato inoltre che proprio l'affermarsi del parto cesareo come intervento risolutore ha diminuito di molto la speciale manualità e abilità degli ostetrici.

Diversi studi mettono in evidenza che una corretta ed attenta informazione da parte dell'ostetrico ed una maggiore continuità dell'assistenza alla gravidanza costituiscono fattori efficaci per una diminuzione del fenomeno. Anche una politica di incentivazione e disincentivazione potrebbe, a giudizio di alcuni legislatori, essere efficace per diminuire il ricorso al T.C.. Infatti in una regione, (Lombardia) è stata modificata la tariffa di rimborso del parto naturale che è stata pareggiata a quella del cesareo, in un'altra (Lazio) è stato stabilito un incentivo economico a favore del parto naturale e disincentivi per quello cesareo e in un'altra ancora il pagamento di un ticket per le richieste di cesareo volontario.

Consapevoli della complessità del fenomeno, ci siamo chiesti, se oltre ai fattori menzionati potessero essere messi in relazione aspetti psicologici delle pazienti con la modalità di parto programmata.

### **Obiettivo della ricerca**

Lo scopo del nostro studio è valutare se esiste una correlazione tra determinati meccanismi di difesa psicologici e la modalità di parto espletata, prescindendo dai casi di parto cesareo in cui vi siano chiare indicazioni mediche. Essendo il parto, in vario modo e con diversa intensità, un'esperienza forte sia fisicamente che emotivamente, ipotizziamo che esso possa rappresentare un evento potenzialmente stressante, che richiede una reazione di adattamento e dunque l'utilizzazione di meccanismi di difesa che avranno il compito di ridurre il livello di ansia.

### **Strumenti e metodi**

La valutazione dei soggetti è avvenuta nella fase precedente il parto (dalla trentesima alla trentaquattresima settimana di gravidanza) che, a nostro giudizio, è la fase più significativa per esaminare aspettative, paure ed emozioni legate all'evento parto. Gli strumenti di lavoro sono un'intervista semi-strutturata e un test sui meccanismi di difesa (D.M.I. Defense Mechanisms Inventory). Nell'intervista semi-strutturata oltre ai dati anamnestici viene prestata particolare attenzione al percorso evolutivo e alle fasi critiche del ciclo di vita. I dati che emergeranno dall'intervista semi-strutturata saranno utilizzati per osservazioni di tipo quantitativo e qualitativo.

Il DMI è uno degli strumenti di valutazione e di ricerca più noti ed utilizzati nel campo dello studio della personalità e degli equilibri psicologici che la determinano. Si tratta di un test che è stato standardizzato in Italia nel 1992 ed è costruito sulla base della teoria psicoanalitica freudiana e post-freudiana, permette di misurare l'intensità con cui i soggetti utilizzano le cinque modalità difensive rilevate. È costituito di dieci

brevi storie che presentano cinque differenti situazioni di conflittualità e presenta due versioni, una per le femmine ed una per i maschi, che differiscono fra loro per il diverso contesto in cui si esprime la situazione conflittuale. Poiché i meccanismi di difesa rappresentano entità complesse, le risposte alle situazioni presentate da ciascuna storia sono divise in quattro livelli, che indagano quattro differenti aspetti della reazione difensiva: il comportamento, il pensiero, la fantasia, le emozioni.

Gli stili difensivi misurati dal DMI sono:

### Aggressività (TAO:Turning Against Object)

Include identificazione con l'aggressore, aggressività e spostamento. Indica ogni espressione di aggressività utilizzata allo scopo di dominare le minacce interne ed esterne troppo dolorose se vissute a livello conscio; è una difesa primitiva che incide negativamente sull'intimità e il coinvolgimento nelle relazioni interpersonali, creando un'illusione di potere e di controllo che riduce l'ansia. (Fig. 2)

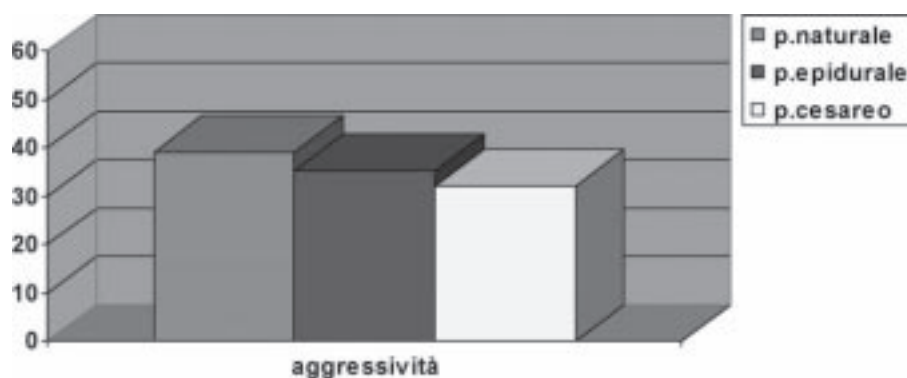


Figura 2.  
Aggressività come meccanismo di difesa nelle donne che scelgono rispettivamente il parto naturale, il parto con analgesia epidurale oppure il parto cesareo.

### Proiezione (PRO: Pojection)

Si fonda sull'attribuzione esterna di intenzioni e/o di comportamenti negativi nei confronti del soggetto, che nasconde i pensieri, le emozioni e i comportamenti ostili nei confronti degli altri; l'allontanamento da sé delle caratteristiche inaccettabili dalla propria auto-immagine preserva l'autostima e crea l'illusione di poterle dominare attraverso il rifiuto e/o l'attacco di coloro sui quali vengono proiettate. (Fig. 3)

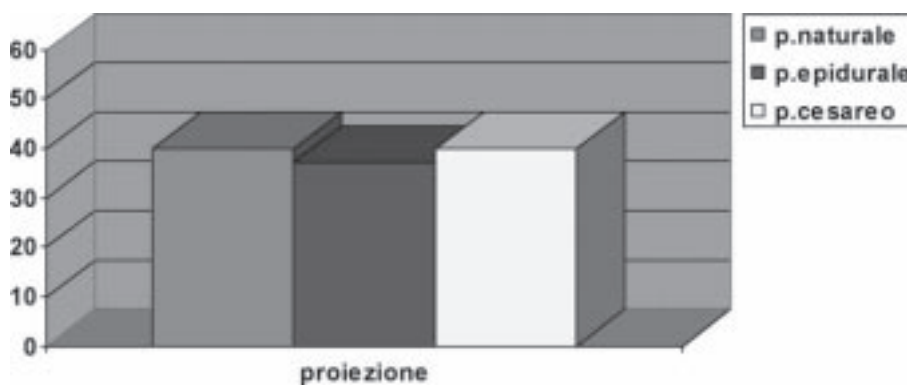


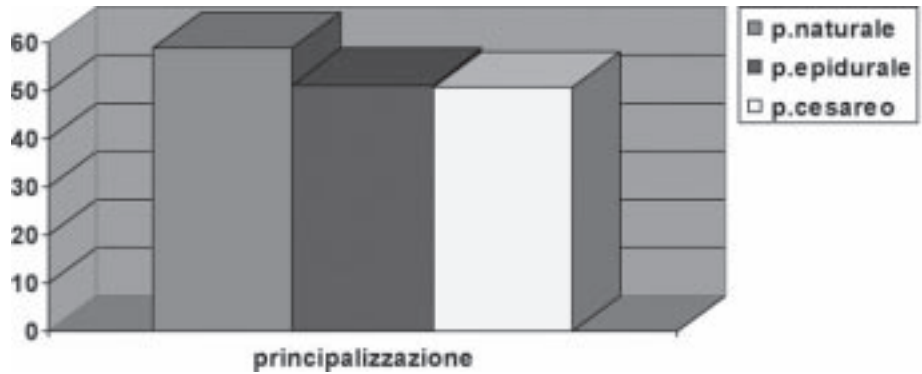
Figura 3.  
Proiezione come meccanismo di difesa nelle donne che scelgono rispettivamente il parto naturale, il parto con analgesia epidurale oppure il parto cesareo.



### Principalizzazione (PRN:Principialization)

Include l'intellettualizzazione, isolamento e la razionalizzazione. Consiste in un passaggio dallo specifico all'astratto, che consente la scissione delle emozioni dal contenuto attraverso la loro rimozione,cosicché il fatto minaccioso può restare nella coscienza perché privato dei suoi contenuti emozionali; di conseguenza, si assiste alla sostituzione della conoscenza vera della realtà con "vuote verità" sulle quali è possibile esercitare un controllo intellettuale. (Fig. 4)

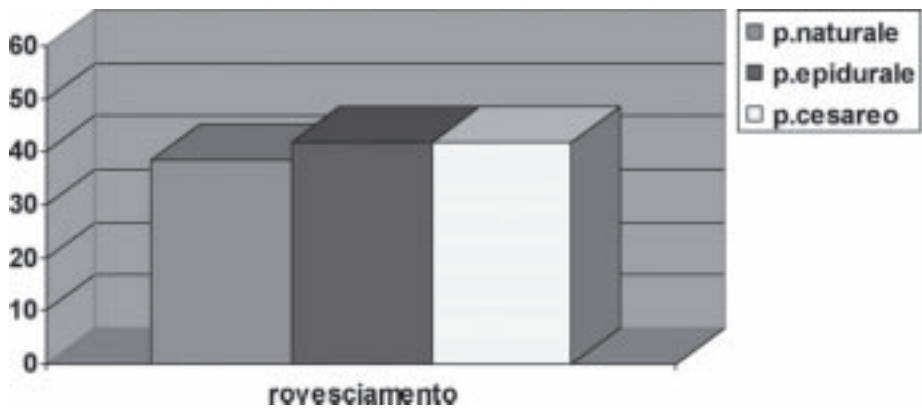
Figura 4.  
Principalizzazione come  
meccanismo di difesa nelle donne  
che scelgono rispettivamente  
il parto naturale, il parto con  
analgesia epidurale oppure il parto  
cesareo.



### Rovesciamento (REV:Reversal)

Include repressione, diniego, negazione e formazione reattiva. È caratterizzato dalla minimizzazione della gravità di eventi minacciosi e/o frustranti e dalla loro sostituzione con sentimenti e risposte eccessivamente positive che proteggono dall'ansia. Anche in questo caso gli affetti negativi connessi alle rappresentazioni vengono rimossi, ma grazie alla loro conversione nel contrario possono permanere a livello cosciente. (Fig.5)

Figura 5.  
Rovesciamento come meccanismo  
di difesa nelle donne che scelgono  
rispettivamente il parto naturale,  
il parto con analgesia epidurale  
oppure il parto cesareo.



### Rivolgimento contro se stessi (TAS: Turning Against Self)

Si manifesta con sentimenti depressivi, comportamenti intrapunitivi, autocritiche eccessive e continue, che preservano l'autostima del soggetto creando un'aspettativa del peggio che protegge dagli effetti delle possibili esperienze negative. (Fig. 6)

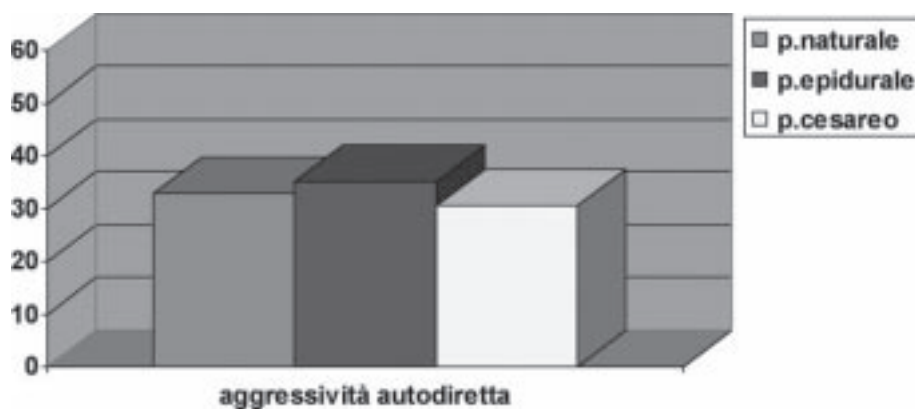


Figura 6:  
Aggressività autodiretta come meccanismo di difesa nelle donne che scelgono rispettivamente il parto naturale, il parto con analgesia epidurale oppure il parto cesareo.

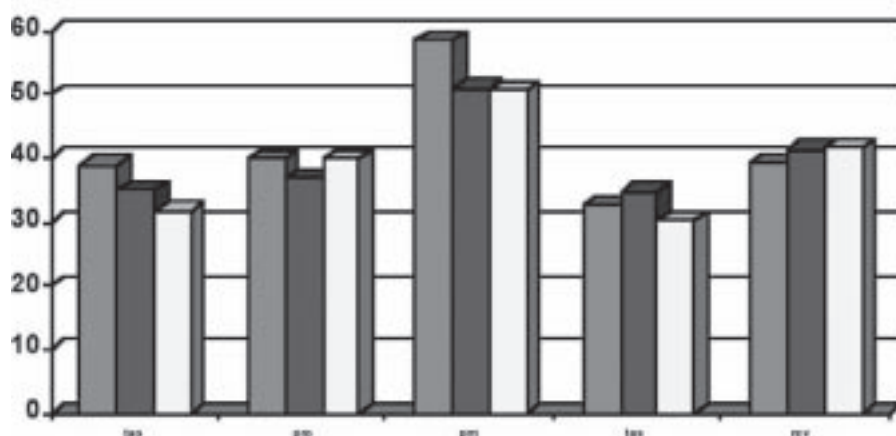


Figura 7.  
La Figura riassume i meccanismi di difesa impiegati dalla popolazione oggetto di osservazione in relazione alla modalità di parto scelta

La scelta di un test sui Meccanismi di Difesa nasce dalla constatazione della loro influenza nelle esperienze di vita stressanti (life events) ed anche nel funzionamento della vita personale, familiare e lavorativa. È consolidato che tutte le difese mirano a ridurre il livello dell'ansia e a renderla più sopportabile restituendo ed accrescendo lo stato di benessere che può essere minacciato in alcuni momenti della vita. Il loro ruolo nelle varie tappe evolutive dello sviluppo umano e nei molteplici compiti dell'esistenza è quello che ci ha fatto pensare che nell'esperienza maturativa ma potenzialmente stressante della gravidanza e della maternità, potessero essere di ausilio per evidenziare quale stile difensivo viene utilizzato maggiormente in ciascuna modalità di parto. Concordiamo con gli autori di questo test nel ritenere che le difese non si distinguano in patologiche e non patologiche, ma che tutte concorrano a creare un giusto equilibrio tra loro per raggiungere un adattamento ottimale. È probabilmente il rigido e preminente impiego di una o due difese che si associa ad

una psicopatologia, mentre il buon adattamento sembra essere caratterizzato da un adeguato e armonico funzionamento di tutte le difese.

Nei successivi venti anni dalla sua pubblicazione il DMI è stato prevalentemente utilizzato a scopo clinico per la sua capacità di fornire parametri oggettivi nei trattamenti psicoterapici, ma viene prevista la possibilità di utilizzarlo anche al solo scopo di ricerca. Pertanto in questa studio sono stati considerati soltanto i punteggi grezzi, in quanto il nostro scopo è di confrontare, fra loro, i differenti gruppi secondo le diverse modalità di parto e non è interesse di questo lavoro confrontarli con la popolazione generale.

### **Campione**

Hanno partecipato allo studio 70 donne di cui solo 60 hanno accettato di partecipare all'intervista semi-strutturata. Tutto il campione era formato dalle donne afferenti all'ambulatorio ostetrico e ai corsi di preparazione al parto. L'elaborazione dei dati è stata possibile per un numero totale di 60 soggetti divisi in tre campioni di partorienti. Il primo gruppo sperimentale è composto dalle donne che avevano programmato un parto cesareo e un parto in travaglio con analgesia epidurale, il gruppo di controllo è formato dalle donne che avevano programmato un parto naturale. Nel gruppo del parto cesareo sono comprese le donne che presentavano una debole o nessuna indicazione medica. Nel gruppo del parto naturale sono compresi dei sottogruppi divisi in parto effettuato presso il reparto e parto effettuato presso il centro nascita, all'interno del quale è compreso il parto in vasca. Con questa distinzione abbiamo potuto stabilire un continuum che andasse dal parto meno medicalizzato (p. vasca) al parto più medicalizzato (p. cesareo) al fine di osservare eventuali correlazioni con i tratti di personalità.

### **Risultati**

Attraverso un'analisi di correlazione;utilizzando l'indice *t di Student* e scegliendo  $p = 0,05$  come soglia di significatività per  $F(2,42) = 2,02$  è stata indagata la relazione tra i risultati ai test del gruppo di donne che effettuavano il parto naturale e il gruppo di donne che sceglievano una modalità di parto più medicalizzato (parto cesareo o epidurale). L'analisi effettuata non è risultata statisticamente significativa.

Seguendo un'analisi descrittiva dei dati è interessante notare che lo stile difensivo della principalizzazione, che è quello che mette in gioco M.D. considerati più evoluti, è lo stile difensivo più usato in relazione alle tre modalità di parto. Questo dato può voler dire che in ciascuna modalità di parto effettuata, dal parto meno medicalizzato a quello più medicalizzato, le donne mettono in atto M.D. che consentano di gestire la paura e le emozioni suscitate dall'evento-minaccia parto, attraverso difese di razionalizzazione ed intellettualizzazione.

Questo stile difensivo è la difesa che buona parte dei clinici considera la più adattativa. Come abbiamo riferito sopra essa comprende meccanismi quali l'intellettualizzazione, l'isolamento e la razionalizzazione che compaiono nelle fasi mature dello sviluppo. In molte ricerche è stato evidenziato che nella popolazione adulta normale la PRN è la scala con i valori più alti. Anche gli autori della validazione italiana del DMI sottolineano come le difese intellettualizzanti sono in genere connesse con un buon livello di adattamento sociale e a competenze quali il problem-solving. Inoltre essi ipotizzano che poiché le difese intellettuali poggiano sulla razionalità possano rappresentare la modalità di risposta difensiva privilegiata dalla nostra società, per contro una sua massiccia utilizzazione può coincidere con indifferenza emotiva, eccessivo distacco, difficoltà a stabilire legami intensi e soddisfacenti (Fioriti e al, 1992).

Ora possiamo ad analizzare nello specifico gli altri stili difensivi maggiormente utilizzati per ciascuna modalità di parto.

Nel parto naturale gli stili difensivi maggiormente utilizzati risultano essere la

principalizzazione (che raggruppa i meccanismi dell'isolamento, razionalizzazione e l'intellettualizzazione), la proiezione e l'aggressività (nella quale sono comprese l'aggressività, l'identificazione con l'aggressore e lo spostamento) (Grafico 1 e Tabella 1).

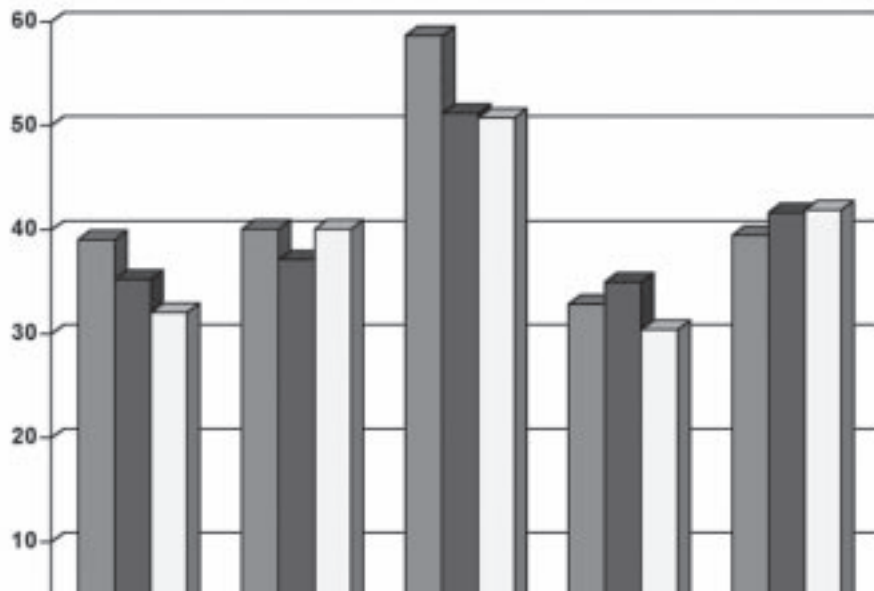


Grafico 1 riassuntivo: meccanismi di difesa e modalità di parto.

	Aggressività	Proiezione	Principalizzazione	Autoaggressività	Rovesciamento
	TAO	PRO	PRN	TAS	REV
Parto Naturale	39.05	40.05	58.66	32.83	38.5
Parto Epidurale	35.25	37.125	51.18	34.93	41.68
Parto Cesareo	32.06	40.06	50.73	30.4	41.93

Tabella 1 riassuntiva: meccanismi di difesa e modalità di parto.

Questi ultimi due meccanismi che, per gli autori di questo test sono collegati e in parte sovrapponibili, sono da ritenere in questo contesto, a nostro giudizio, adattativi per lo sforzo richiesto in termini fisici ed emotivi nell'evento parto. A conferma di ciò gli stili difensivi meno usati nel parto naturale sono il rivolgimento contro se stessi (che si manifesta in comportamenti autosadici o masochisti) e il rovesciamento (che comprende i meccanismi della repressione, diniego, negazione e formazione reattiva).

Nel parto cesareo gli stili difensivi più impiegati sono la proiezione (che implica l'attribuzione di intenzioni o di comportamenti negativi nei confronti del soggetto da parte degli altri, senza che vi sia una loro inequivocabile ed evidente manifestazione) e il rovesciamento (categoria difensiva che comprende anche la repressione, il diniego, la negazione e la formazione reattiva). Gli stili difensivi meno utilizzati sono l'aggressività e il rovesciamento contro se stessi.



Anche nel parto con epidurale gli stili difensivi più utilizzati sono la proiezione e il rovesciamento e quelli meno utilizzati l'aggressività e il rivolgimento contro se stessi come nel parto cesareo.

Osserviamo che due difese principalmente usate sia nel parto cesareo che nel parto con epidurale sono positivamente correlate poiché le stesse sarebbero unite dallo stesso interesse costituito dalla repressione dell'affetto e/o della rappresentazione spiacevole. Avrebbero dunque lo stesso scopo ossia raggiungere lo stato di benessere annullando un affetto spiacevole come dimostrato da diversi studi (Ihilevic, Gleser, 1986).

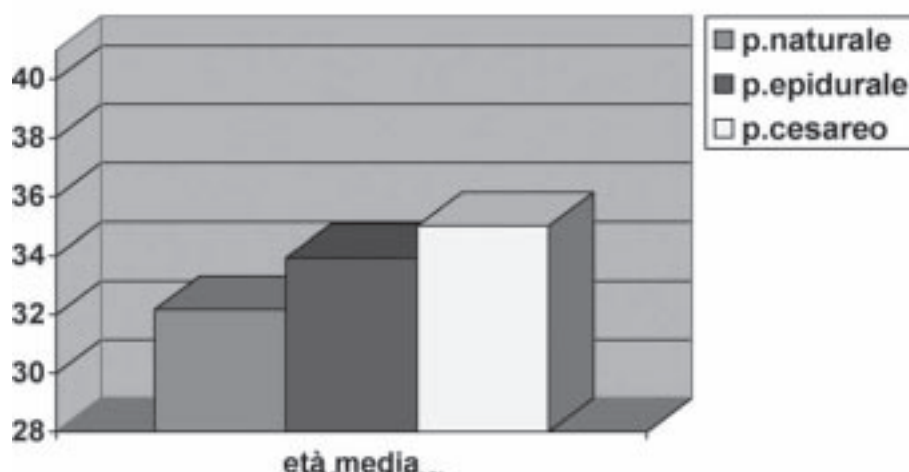
Da un'analisi qualitativa delle interviste semi-strutturate effettuate alle donne che avevano programmato un parto cesareo, abbiamo osservato che alla domanda del perché era previsto un T.C. il 60% riferiva di aver avuto un'esperienza traumatica (T.C. d'urgenza, complicazioni neonatali). Il 33,3% rispondeva con "l'abbiamo concordato con il ginecologo". A tal proposito ci è parso che in questi casi sia l'ostetrico che la donna fossero di fondo orientati verso il parto cesareo anche a fronte di "deboli" indicazioni mediche. Il 20% aveva subito una precedente IVG. Soltanto il 13,3% dichiarava di aver paura di non sopportare il dolore fisico.

Tali motivazioni sono in accordo con la letteratura attualmente disponibile.

È interessante notare che nelle donne che avevano programmato un parto con analgesia epidurale in travaglio la motivazione prevalente a tale modalità (66%) riguardava la paura di non tollerare il dolore.

Un altro dato interessante riguarda l'età media relativa ad ogni modalità di parto. L'andamento del grafico mette in evidenza un'età maggiore nelle donne che affrontano il taglio cesareo, seguite dal parto con epidurale e per ultimo dal parto naturale. Tale dato può essere spiegato con la tendenza attuale a posticipare l'età di procreazione che può alimentare paure più o meno giustificate di complicanze medico - psicologiche sia da parte della donna che dell'ostetrico (Grafico 2).

Grafico 2.



Da rilevare nel nostro campione di ricerca la scelta di parto con analgesia epidurale nel soggetto di maggior età (41 anni); mentre le due donne più giovani (28 anni) hanno scelto il parto.

Per quanto riguarda il livello di istruzione, il campione preso in esame rivela che le donne che affrontano il parto naturale sono in maggioranza laureate mentre quelle che affrontano il parto con analgesia in travaglio e il cesareo sono in maggioranza diplomate (Grafico 3).

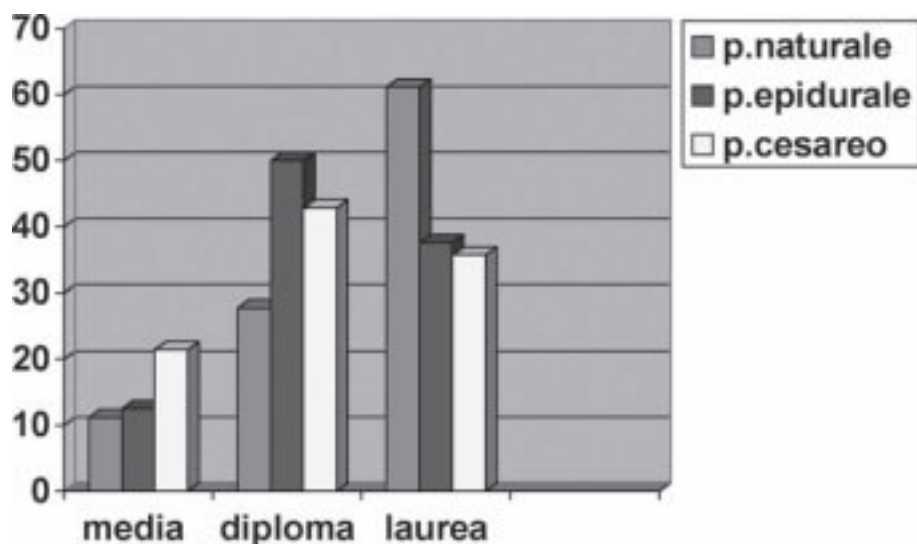


Grafico 3.

	LAUREA	DIPLOMA	MEDIA INFERIORE
PARTO NATURALE	61.2	27.7	11.1
PARTO EPIDURALE	37.5	50	12.5
PARTO CESAREO	33.4	46.6	20

Tale dato si discosta da altri studi. In questo campione un altro dato è che la percentuale di occupazione delle donne, indipendentemente dalla modalità di parto, risulta pari al 100%.

## Conclusioni

Lo stile difensivo più utilizzato in tutte e tre le modalità di parto risulta essere la principalizzazione, anche se nel parto naturale abbiamo uno scarto in positivo più significativo (58.66%), segue il parto con epidurale (51.18%) ed infine il parto cesareo (50.73%)

Nelle modalità di parto più orientate alla medicalizzazione gli stili difensivi maggiormente utilizzati

dopo la principalizzazione sono quelli improntati alla repressione-negazione dell'affetto mentre nel parto naturale prevalgono quei meccanismi che rafforzano le risorse necessarie per il compito richiesto dalla modalità di parto.

## Problemi aperti e suggerimenti

Negli ultimi anni sono state elaborate linee guida sulla richiesta materna di parto cesareo. La linea guida elaborata dal Centro nazionale collaborating per la salute materno-infantile (National collaborative centre for women's and children's health-NCC-WCH) del Regno Unito ha identificato una revisione narrativa sistematica di 12 studi osservazionali (13.285 donne) ed altri sette studi pubblicati successivamente. Nei due studi con il campione più numeroso, condotti in Regno Unito, Australia e Svezia, la proporzione di donne che nel corso della gravidanza hanno manifestato



una preferenza per il Taglio Cesareo elettivo è compresa tra il 6% e l'8%. La principale motivazione di questa scelta materna è rappresentata dalla percezione di una maggiore sicurezza per il neonato offerta dal T.C.; inoltre in questi studi, la scelta materna di T.C. è risultata correlata con un precedente T.C., una precedente esperienza negativa del parto, una complicazione nella gravidanza in corso o la paura del parto. Un solo studio italiano ha indagato la preferenza materna per modalità di parto. In un indagine condotta nel 1999 sono state intervistate in 23 cliniche universitarie 1986 puerpere al momento della dimissione. Le donne che avevano effettuato un parto spontaneo hanno dichiarato la loro preferenza per un parto spontaneo al termine della gravidanza successiva in 89,9% dei casi. Fra le donne che avevano subito un parto cesareo il 77% avrebbe voluto partorire, al termine

della gravidanza successiva, per parto spontaneo (Donati e altri, 2003). Sarebbe utile, a nostro giudizio, studiare anche l'altro soggetto che interviene nella decisione di quale modalità di parto effettuare: il medico-ostetrico. I dati su questo argomento sono scarsi.

Esiste uno studio che ha indagato l'attitudine dei professionisti nei confronti del T.C.. Il 78% degli ostetrici concorda nel non ritenere il T.C. l'opzione più sicura per la donna, mentre il 51% la ritiene la più sicura per il neonato (Klein MC, 2004).

L'International Federation of Gynecology and Obstetrics ha definito non etico praticare il T.C. senza indicazione medica, dal momento che non vi sono sufficienti prove di beneficio dell'intervento. Una posizione analoga è stata assunta dalla Society of Obstetrician and Gynecologist of Canada che raccomanda, non essendo la richiesta materna considerata un'indicazione al T.C., di approfondire e discutere con la donna in maniera approfondita benefici e rischi di T.C. vs parto vaginale. Quando la richiesta è motivata dalla paura del parto, la linea guida di NNC-WCH raccomanda di proporre alla donna un intervento di counselling. (Saisto T., 2001).

Anche i risultati sia quantitativi che qualitativi della nostra ricerca ci fanno riflettere sulla necessità di adottare misure preventive come indicato dalle linee guida riferite sopra.

Per concludere tutte le iniziative formative, informative ed "educazionali" in senso lato potrebbero in definitiva cambiare l'atteggiamento delle donne, degli ostetrici e del legislatore in favore del parto naturale al fine di diminuire il ricorso eccessivo al T.C..

\* Dirigente Psicologo S.P.D.C Ospedale S. Martino ASL3 Genova

\*\* Psicologo

\*\*\* Ricercatrice Ginecologia-Ostetricia Az. Osp. Univ. S. Martino, Genova

\*\*\*\* Prof. Associato Ginecologia-Ostetricia Az. Osp. Univ. S. Martino, Genova

## BIBLIOGRAFIA

Devedra K., Arulku Maras. Hould Doctors Perform and elective Cesarean Section on request? Ann. Acad. Med. Singapore—Depart of obstetrics and Gynecology. St. George's Hospital Medical School London UK-September 2003, vol 32 n. 5.

Donati S., Grandolfo ME, Andreozzi S. Do Italian mother prefer cesarean deveryly Birth 2003; 30: 89-93

E. Durante Mangoni, È ammissibile il taglio cesareo "a richiesta"? Il parto cesareo "volontario" o "non terapeutico": problematiche etico-deontologiche, Minerva Ginecol., 2000, 52: 269-73.

Fioriti G., Fiumara R., Gentili P., (1992), DMI defense Mechanisms Inventory, Firenze, Organizzazioni Speciali.

Flambl, Berwick D.M., Kablenell A Reducing Cesarean section rates safely: lesson from a "Breakthrough series" Collaborative. Institute for Healthcare improvement, Boston, Massachusetts,, USA. Birth 25: jun 1998.

Flamm BL, Berwick DM, Kabcenell A., Reducing cesarean section rates safely: lessons from a "breakthrough series" collaborative, Birth 1998 Jun; 25 (2): 117-24.

Hildigsson I., Radestad I., Rubertson C., Waldenstrom V. Few women wish to be delivered by caesarean section, BJ OG 2002; 109: 618-23.

Klein MC. Quick fix culture: the cesarean section on demand debate. Birth 2004; 31: 161-4

National collaborating centre for women's and children's health Cesarean section Clinical guideline. London, UK: RCOG Press; 2004

Paterson-Brow S., Should doctors perform an elective cesarean section on request? Yes, as long as the woman is fully informed., Queen Charlotte's and Chelsea Hospital, London, 43: BMJ. 1998 Aug 15; 317 (7156): 4622-3.

Rosenthal A.R., Elective cesarean section on request. Maternal age is important, BMJ. 1999 Jan 9; 318 (7176): 120.

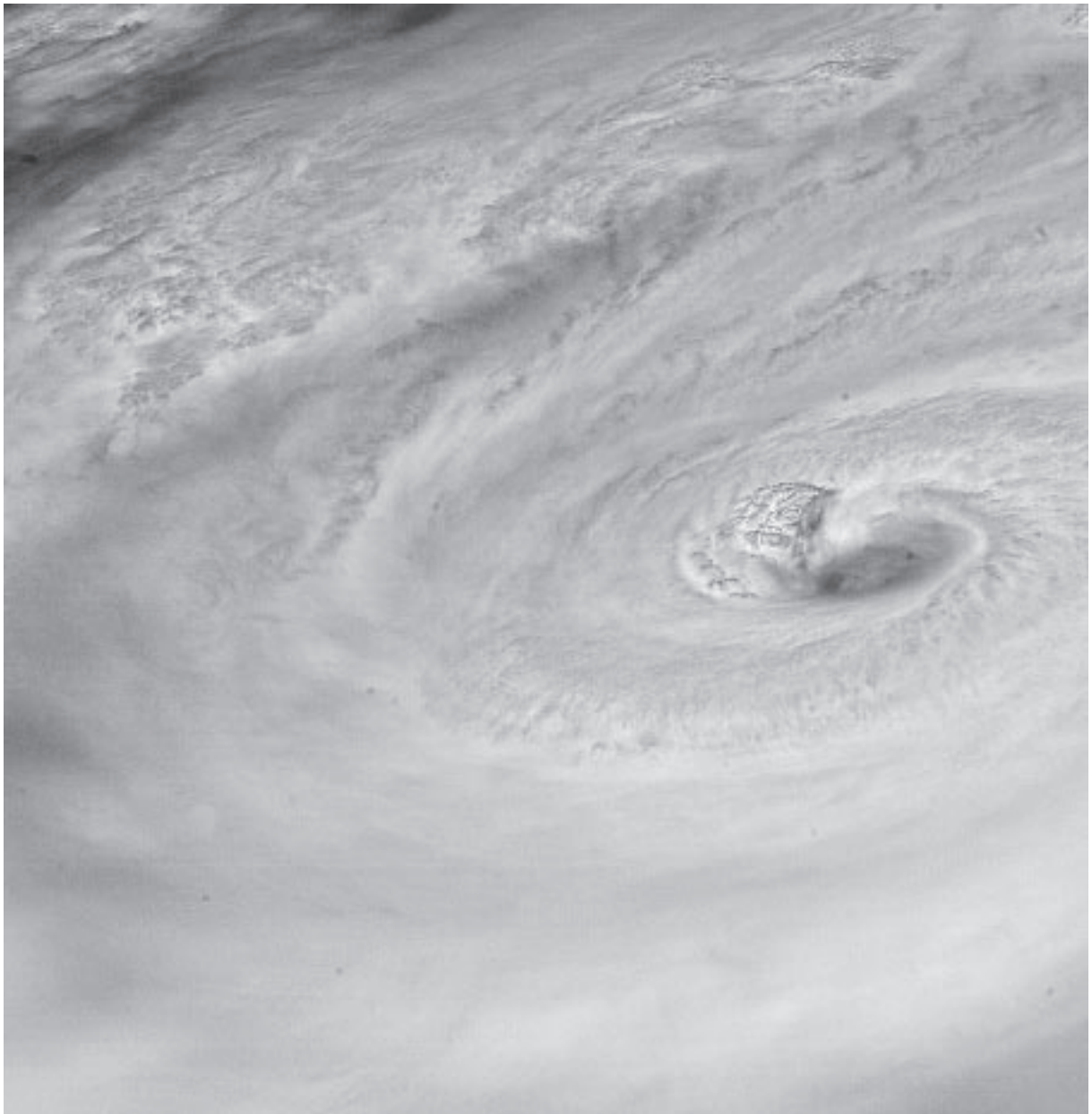
Saisto T., salmela- Aro K, Nurmi JE, Kononen T, Halmesmakii E. A randomised controlled trial of intervention in fear of childbirth. Obstet Gynecol 2001; 98:820-6

Thomas J., Paranjothy S., Royal College of Obstetricians and Gynaecologist Clinical Effectiveness Support Unit The National Sentinel Cesarean Section Audit Report London, UK: RCOG Press 2001

Walker R., Turnbull D., Ikinson C., Depart of Public Health & General Practice, Adelaide University, Adelaide- Australia "Strategies to address global cesarean section rates: areview of the evidence". -Birth 29: 1 March 2002.

Weaver J, Stathan H, Richards M, "High cesarean section rates among women over 30. High rates may be due to perceveid potential for complications, BMJ. 2001 Aug 4; 323 (7307): 284-5.





## Methods for giving birth to a baby and defensive attitudes

The present study was driven by the will to think about the high percentage of cesarean section performed here in Italy. The most probable explanation to such an increase, not only within Italy, is that many factors, such as social, legal, structural and economical ones, may play a role in this matter. Together with these factors, the Authors wanted to investigate whether a relationship between psychological factors and the kind of delivery elected. For this purpose three different samples of pregnant women were detected, for a total of 60 people involved in the study: two groups were experimental, third group is the control group. From the results obtained and from speculation about this phenomenon, we think that a closer attention in promoting information, formation and education together with a psychological counselling intervention, in those cases where the phobia of natural delivery is prevalent, may lead to a different attitude of obstetricians, women and lawgiver, promoting a less frequent use of the cesarean section.

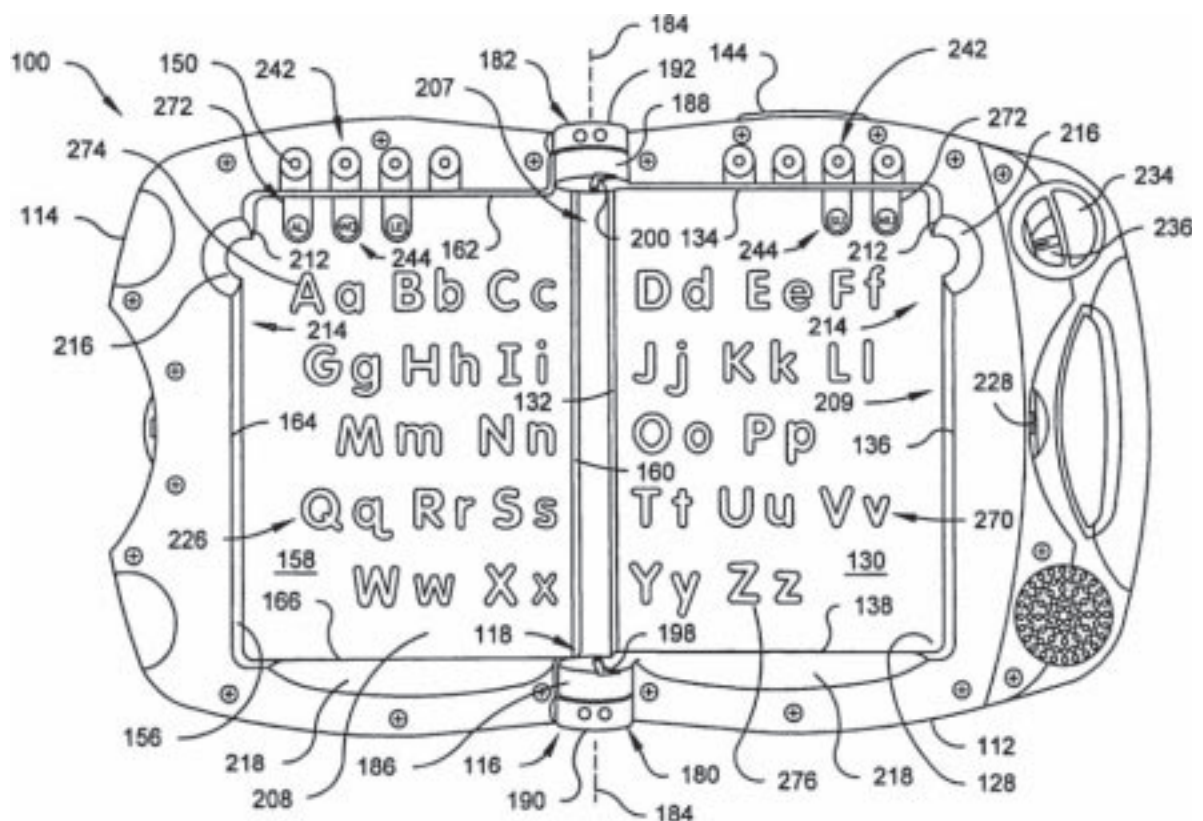
[illegible]



# link 12 strumenti

## Il linguaggio grafomotorio: risultati e prospettive di una ricerca

FEDERICO GRESTA



# Il linguaggio grafomotorio: risultati e prospettive di una ricerca

FEDERICO GRESTA\*

## Introduzione

Il lavoro che ha permesso di elaborare l'ipotesi sul linguaggio grafomotorio si è sviluppato da problematiche didattico-scientifiche nell'ambito della Psicofisiologia della motricità grafica e Fondamenti di motricità grafica, discipline che ho insegnato all'Università degli Studi di Urbino nel Corso di Laurea in tecniche grafologiche. La controversa questione scientifica della grafologia è stato il motivo che mi ha sollecitato a fare una verifica sui criteri della sua scientificità.

Ad una prima ricognizione bibliografica si è constatato che già a livello di oggetto di studio c'erano molteplici definizioni divergenti (Gresta, 2000, 2001) e non sostenute da argomentazioni coerenti sotto il profilo epistemologico.

Dunque, era necessario mettere a fuoco almeno l'oggetto di studio per precisare lo specifico ambito disciplinare.

Per affrontare questo primo problema è stata utilizzata l'epistemologia di Evandro Agazzi (1979a, 1979b, 1980, 1985), proprio perché i criteri che indica sono applicabili a qualsiasi scienza.

In questa prospettiva epistemologica, l'oggetto di studio è definito dal peculiare punto di vista sulla realtà osservata, tale da indicare la specificità disciplinare.

Il risultato di questa fase ha implicazioni rilevanti sullo statuto epistemologico perché caratterizzerà l'orientamento disciplinare a livello metodologico e teorico, con implicazioni sul piano operativo e della ricerca scientifica (Selg e Bauer, 1976; Gresta, 2003).

## L'oggetto di studio

Per necessità di sintesi non prenderò in considerazione il modo in cui si è arrivati a definire l'oggetto di studio, ma indicherò solo il risultato della ricerca che ci servirà per comprendere il discorso sul linguaggio grafomotorio.

La prima fase della ricerca ha fatto emergere tre possibili prospettive circa l'oggetto di studio della grafologia, dove per oggetto si intende una "cosa" osservata da uno specifico "punto di vista".

Dato che il tracciato grafico costituisce il dato materialmente osservabile, e che l'aspetto motorio è fondamentale per la sua realizzazione, quest'ultimo può istituire, anche se in prima approssimazione, il *punto di vista*.

Si ottiene la prima ipotesi dell'oggetto di studio così definita: l'oggetto di studio è *il tracciato grafico considerato dal punto di vista del movimento necessario a realizzarlo*. Più precisamente, il tracciato grafico è visto come traiettoria del moto dello strumento scrivente. Questa, costituisce la prima ipotesi organizzata secondo i criteri dell'epistemologia di Agazzi (Gresta, 2000).

Poiché la realtà grafica è un fenomeno complesso, è possibile fare altre ipotesi sul *punto di vista*, mentre non è possibile sostituire il dato sensibile costituito dal



***L'oggetto di studio della grafologia è il tracciato grafico considerato dal punto di vista del linguaggio primario. Il linguaggio primario dovrebbe fornire informazioni riguardanti lo stato della struttura biofunzionale dello scrivente.***

***La conoscenza di tale linguaggio è utile per lo studio e la conoscenza dell'uomo, anche perché il linguaggio grafico presenta una caratteristica oggettività nelle sue due forme di oggettualità e di intersoggettività. Il punto di vista linguistico include sia le definizioni basate sull'aspetto motorio, sia quelle che privilegiano l'aspetto simbolico***

'tracciato grafico'. Pulver, a questo proposito, offre un'interessante prospettiva. Egli sostiene un'ottica tipicamente simbolica. Usando questo punto di vista si ha la seguente definizione: l'oggetto di studio è *il tracciato grafico considerato dal punto di vista simbolico*. Così formulato, l'oggetto può indurre ad equivoci. Infatti, anche la scrittura, nel senso in cui noi la usiamo per comunicare, ha una sua funzione simbolica perché serve a rappresentare una realtà non presente. Secondo Werner e Kaplan (1989, p. 15) "la funzione di rappresentazione è una caratteristica costitutiva del simbolo". Ma il simbolismo che intende Pulver non è quello relativo "al senso della comunicazione scritta" ma piuttosto al "complesso dei gesti dell'immagine grafica" (Pulver, 1983, p. 3). Con questa precisazione è evidente che nella scrittura coesistono simultaneamente due livelli simbolici, ognuno dei quali rimanda al proprio referente: uno riguarda la *comunicazione scritta*, l'altro riguarda la *persona* che ha prodotto tale comunicazione. La necessità di definire l'esatto livello simbolico da introdurre come punto di vista sul tracciato grafico, suggerisce di definire come "simbolismo primario" quello indicato da Pulver, e come "simbolismo secondario" l'altro livello simbolico. Secondo questa ipotesi, l'oggetto di studio è *il tracciato grafico considerato dal punto di vista del simbolismo primario*.

La terza ipotesi è caratterizzata dal punto di vista linguistico che sembra definire meglio l'oggetto di studio rispetto alle due precedenti proposte. Si arriva così alla seguente definizione: l'oggetto è *il tracciato grafico considerato dal punto di vista del linguaggio*. Anche in questo caso, come per la prospettiva simbolica, la definizione di *linguaggio* risulta ambigua perché si pensa immediatamente a quello scritto, mentre vogliamo intendere un aspetto linguistico diverso. Questa differenza fa prendere coscienza che nella scrittura dovrebbero coesistere simultaneamente due tipi di linguaggio, per distinguere i quali, si è pensato di usare l'espressione "linguaggio primario" per indicare quello che caratterizza la nostra disciplina, e "linguaggio secondario" quello comunemente inteso con la scrittura. In questo modo si può precisare meglio la terza proposta dell'oggetto di studio che diventa: *il tracciato grafico considerato dal punto di vista del linguaggio primario*. Infatti, il *linguaggio primario* dovrebbe fornire informazioni riguardanti *lo stato* della struttura biofunzionale dello scrivente.

Con la terza ipotesi ci troviamo ad indicare nell'oggetto di studio l'aspetto che meglio di altri qualifica la specificità umana, e proprio per questo la conoscenza di tale linguaggio offre informazioni particolarmente interessanti per lo studio e la conoscenza dell'uomo, anche perché, il linguaggio grafico, presenta una caratteristica fondamentale per essere studiato scientificamente: l'oggettività nelle sue due forme di oggettualità e di intersoggettività. È interessante far notare che il punto di vista linguistico include le due precedenti ipotesi perché, sia l'aspetto motorio, sia l'aspetto simbolico, sono elementi strutturali del linguaggio.

### **Il linguaggio grafico primario**

Dopo aver delineato la prospettiva linguistica dell'oggetto di studio, il primo problema da affrontare era comprendere il significato di *linguaggio primario*. Questo, pur rappresentando l'aspetto metodologico sostanziale, non si sapeva che cosa fosse, perché il nome è derivato dalla necessità di distinguere il comune linguaggio grafico, da un ipotetico linguaggio attinente alla specificità disciplinare.

Per far luce su questo nuovo linguaggio, si è cercato di capire cosa caratterizza i linguaggi nelle loro diverse forme, per confrontare poi tale caratterizzazione con il nostro linguaggio.

Dopo una prima ricognizione della letteratura specifica sui linguaggi<sup>1</sup> ha preso forma un'ipotesi di questo tipo: se il punto di vista individuato (linguaggio primario) sul tracciato grafico, corrisponde alla reale specificità disciplinare, significa che il tracciato grafico è di fatto un vero e proprio linguaggio che comunica informazioni sulle caratteristiche bio-temperamentali del soggetto scrivente. Per avvalorare una simile ipotesi era necessario che il tracciato grafico avesse le caratteristiche strutturali comuni a tutti i linguaggi, da quelli biomolecolari come il DNA e le proteine

(Alberts, et al., 1991), a quelli verbo-grafici. Quindi si dovevano rintracciare almeno i seguenti elementi: *a)* le unità minime del linguaggio grafico primario; *b)* il principio di economia dei linguaggi relativo alle unità minime, cioè il numero limitato di queste; *c)* la disposizione lineare delle unità minime; *d)* la creatività, che genera la variabilità infinita delle forme grafiche grazie al principio combinatorio delle unità minime. Inoltre, sempre la precedente ricognizione della letteratura linguistica, mi ha permesso di focalizzare alcuni punti particolarmente efficaci per elaborare un modello interpretativo del linguaggio ipotizzato. Più precisamente il concetto di “struttura profonda” elaborato da Noam Chomsky, in particolare una sintesi della struttura profonda di derivazione *postchomskysta*, formulata così da Simone (1981, p. 423):

“*a)* la struttura profonda è universale (Chomsky), cioè è uguale per tutte le lingue, le quali si differenzerebbero perciò soltanto per le strutture superficiali (ma conterebbero per es. le stesse categorie semantiche e sintattiche);

*b)* è temporalmente primordiale, nel senso che nelle lingue via via più antiche essa è più vicina alla struttura superficiale, mentre in seguito se ne allontana e differenzia progressivamente;

*c)* viene appresa per prima dal bambino, il cui linguaggio, nelle fasi iniziali, sarebbe costituito praticamente dalle sole strutture profonde: l'apprendimento del linguaggio adulto significherebbe allora apprendimento di strutture superficiali;

*d)* coincide con la logica del pensiero (o logica naturale), il che spiegherebbe la sua universalità”.

Queste note mi hanno indotto a pensare che possa sussistere una struttura superficiale e profonda anche per il linguaggio grafico, proprio per la suddivisione emersa con le precedenti riflessioni. In particolare, ad avvalorare questa ipotesi è proprio l'universalità del significato dei segni grafomotori, come dimostrato da Moretti (1977), perché l'informazione è contenuta nel processo dinamico di costruzione delle forme e non nel codice linguistico tipico delle lingue. L'universalità sarebbe da attribuire alla logica naturale delle strutture biologiche. Inoltre, l'azione dinamica “viene appresa per prima dal bambino” con lo scarabocchio, e solo più tardi apprende la scrittura che costituirebbe l'analogo della struttura superficiale prospettata dalla linguistica. Quindi la struttura profonda di questo linguaggio sarebbe costituita dalla traccia grafica che sarebbe quindi un vero e proprio linguaggio.

È così che ho pensato di applicare il metodo della segmentazione, “operazione fondamentale della linguistica” (Simone, 1997, p. 68), per l'analisi del tracciato grafico, partendo dal punto in cui si era fermata la linguistica con le sue unità minime: dal grafema in giù. La legittimità di una simile operazione è suffragata anche dall'idea che “il luogo dove si trova in ogni momento la penna che scrive è il punto dell'Io che avanza attraverso lo spazio-tempo” (Pulver, 1983, p. 11). Si può pensare che la punta dello strumento scrivente, immaginato come un'ideale entità puntiforme, sia il vero elemento rappresentativo dell'Io, che, in funzione dell'azione motoria, produce informazioni sulle caratteristiche individuali.

Da questo processo dinamico si ottiene la traccia del movimento, che costituisce il materiale da sottoporre alla segmentazione. Questa dovrà seguire criteri coerenti con la specificità del fenomeno da analizzare. La prima considerazione da fare è che il punto grafico è sicuramente la porzione più piccola di segmentazione della traccia grafica, analogamente al punto della geometria. Le unità minime di un linguaggio devono distinguersi tra loro in modo significativo, e l'elemento che produce tale diversità è rappresentato dal movimento.

Per valutare il moto del punto nel foglio è necessario precisare che questo avviene in uno spazio tridimensionale (Pulver, 1983); l'azione di incidere il foglio con forza variabile, dà il senso della terza dimensione dello spazio: la profondità. È in questo spazio tridimensionale della traccia grafica che si devono individuare le unità minime del linguaggio grafico primario, le quali, disposte linearmente, darebbero luogo alla traccia stessa. Quindi, il tracciato grafico costituirebbe la struttura del linguaggio grafico primario meglio definito come “*linguaggio grafomotorio*”.

*Applicare il metodo della segmentazione, “operazione fondamentale della linguistica”, per l'analisi del tracciato grafico, vuol dire ripartire dal punto in cui si era fermata la linguistica con le sue unità minime: dal grafema in giù. La legittimità di una simile operazione è suffragata anche dall'idea che “il luogo dove si trova in ogni momento la penna che scrive è il punto dell'Io che avanza attraverso lo spazio-tempo” (Pulver, 1983, p. 11). Si può pensare che la punta dello strumento scrivente, immaginato come un'ideale entità puntiforme, sia il vero elemento rappresentativo dell'Io, che, in funzione dell'azione motoria, produce informazioni sulle caratteristiche individuali*

*Il punto grafico è la porzione più piccola di segmentazione della traccia grafica, analogamente al punto della geometria. Le unità minime di un linguaggio devono distinguersi tra loro in modo significativo, e l'elemento che produce tale diversità è rappresentato dal movimento. L'azione di incidere il foglio con forza variabile, dà la terza dimensione dello spazio: la profondità. È in questo spazio tridimensionale della traccia grafica che si devono individuare le unità minime del linguaggio grafico primario. Il tracciato grafico costituirebbe la struttura del linguaggio grafico primario o "linguaggio grafomotorio"*

## Il linguaggio grafomotorio: i dati del problema

È necessario puntualizzare tutti gli elementi acquisiti fin qui, per concepire la struttura linguistica sottostante, almeno quella relativa alle unità minime. Le informazioni di questo linguaggio sono *generate, strutturate e veicolate* dalla *motricità*, per poi essere concretizzate stabilmente nella traccia grafica.

In altre parole, si può dire che il dato osservabile, il tracciato grafico, deve essere considerato come trasformazione del processo dinamico, cioè una forma diversa dello stesso fenomeno. In questo senso, la traccia grafica si deve considerare come traiettoria di una entità mobile: la punta della penna. Per questo si possono usare criteri dinamici per segmentare la traccia grafica, al fine di individuare tratti discreti riconducibili a unità minime grafomotorie.

I dati disponibili per questo tipo di analisi sono: a) le *forze*; b) il *punto materiale* o punto scrivente; c) il *moto* del punto scrivente; d) lo *spazio tridimensionale* del foglio; e) la *traccia grafica* come traiettoria del moto.

Dato che il moto del punto scrivente avviene in uno spazio tridimensionale, occorre usare un sistema di riferimento di assi cartesiani per definire quali forze si manifestano e in che direzione e verso agiscono per determinare il moto.

Il sistema di riferimento ci consente di definire tre direzioni che chiameremo '*direzioni fondamentali*' dello spazio grafico, distinte in: 1) direzione *profondità*; 2) direzione *verticale*; 3) direzione *orizzontale*.

Ogni direzione ha due versi per un totale di sei versi che chiameremo '*versi fondamentali*' dello spazio grafico, distinti in: verso *profondità*; verso *superficie*; verso *alto*; verso *basso*; verso *avanti*; verso *dietro*.

Come conseguenza di questa suddivisione in versi, avremo delle *forze* che si manifestano per muovere il punto scrivente nei versi indicati. Le sei '*forze fondamentali*' sono distinte in: *forza d'incisione positiva*; *forza d'incisione negativa*; *forza discendente*; *forza ascendente*; *forza progressiva*; *forza regressiva*.

Infine, si ricorda che le forze si dispongono in coppie antagoniste perché l'organizzazione della funzione muscolare prevede solo, come fenomeno attivo del movimento, la contrazione. Questo implica che ogni direzione fondamentale necessita di una coppia di forze muscolari antagoniste organizzate in modo tale che, per ottenere uno spostamento verso l'alto, la forza *ascendente* sia maggiore di quella *discendente* e viceversa. Quando le due forze si attivano simultaneamente con pari intensità, si raggiunge la stabilizzazione del movimento nella direzione verticale, questo risulta utile per il controllo dei movimenti orizzontali, ma la stessa logica è applicabile agli altri movimenti. Quanto detto serve a indicare un modello per lo studio del movimento grafico che utilizza dei riferimenti obbligati per l'orientamento del moto nello spazio-tempo. A conferma della validità di questo modello è stata formulata un'ipotesi, verificata poi sperimentalmente, secondo cui producendo dei movimenti ritmici lungo le tre direzioni fondamentali (ritmi grafici fondamentali) opportunamente modulati, è possibile generare qualsiasi movimento e quindi qualsiasi forma grafica (Gresta, 2002). Questo mette in evidenza che, alla base della complessità grafica e alla sua infinita creatività, esistono principi semplici così come in tutti i sistemi biologici complessi.

## Le unità minime del linguaggio grafomotorio

In un sistema caratterizzato da sei forze fondamentali, il movimento grafico si ottiene dalla sapiente attivazione simultanea di tutte le forze. Dato che le forze agiscono in coppie contrapposte, il movimento per ciascuna coppia di forze è costituito dalla rispettiva risultante. Si vengono quindi a determinare tre risultanti, una per ogni coppia di forze, che agiscono simultaneamente sullo strumento scrivente per generare il moto nello spazio-tempo. Posto che le unità minime devono essere diverse tra loro, e che la diversità consiste in una traccia che esprime movimenti diversi, la domanda è: *in cosa consiste la diversità tra un movimento e l'altro quando il moto si genera dall'azione simultanea di tre coppie di forze antagoniste?*

La logica di forze contrapposte, tipica del sistema muscolare, consente 3 possibilità diverse, se si considera unicamente il verso del moto lungo ciascuna direzione fondamentale. La punta scrivente può andare in un verso che rappresenteremo con il numero (1), nel verso opposto che rappresenteremo con il numero (-1), o rimanere ferma per l'espressione di pari intensità delle forze antagoniste (verso nullo), che rappresenteremo con il numero (0). Le tre possibilità devono essere valutate simultaneamente per tutte e tre le direzioni fondamentali. In tal modo, attraverso un semplice calcolo combinatorio delle diverse possibilità espresse da:

- 3 direzioni fondamentali (*profondità – verticale – orizzontale*);

- 3 possibilità per ogni direzione fondamentale (1; 0; -1);

si ottengono  $3^3 = 27$  combinazioni che producono dei movimenti orientati verso un particolare spazio grafico.

Dato che lo spazio è significativo, muoversi e orientarsi in questo spazio genera informazioni che riguardano colui che causa il movimento.

<b>Direzione profondità</b>	1 = verso profondo	-1 = verso superficie	0 = verso nullo
<b>Direzione verticale</b>	1 = verso basso	-1 = verso alto	0 = verso nullo
<b>Direzione orizzontale</b>	1 = verso avanti	-1 = verso dietro	0 = verso nullo

Si può aggiungere che la risultante di una coppia di forze è una forza, dunque, avendo tre risultanti, si può dire che il moto del punto nello spazio grafico è animato da una tripletta di forze, ognuna caratterizzata dallo stato (1; 0; -1).

L'aspetto significativo della tripletta è che le tre forze costitutive sono compresenti in ogni istante del processo dinamico. A questo proposito vorrei richiamare l'attenzione sull'analogia che c'è tra le triplette di forze che orientano il moto verso uno spazio simbolico e le triplette nucleotidiche del DNA che codificano l'aminoacido corrispondente (Lehninger, 1983). Il DNA è un linguaggio bio-molecolare la cui logica la ritroviamo nella nostra ipotesi del linguaggio grafomotorio: la codificazione per triplette; nel linguaggio molecolare troviamo triplette di molecole, nel linguaggio grafomotorio troviamo triplette di forze.

Abbiamo detto che la differenza tra le varie unità minime (d'ora in poi UM) è determinata dal fatto che il movimento grafico è sempre sostenuto da una tripletta di forze le quali orientano il moto in configurazioni spaziali diverse secondo il tipo di tripletta impegnata nell'azione. Ma nel considerare le forze in ciascuna tripletta è stata fatta una semplificazione: è stato attribuito a ciascun vettore (1 e -1) delle sei forze fondamentali il significato di *versore*, cioè un vettore di modulo unitario per indicare una particolare direzione e verso di quelle da noi considerate come fondamentali. È da questa considerazione che le risultanti di ciascuna tripletta di forze assumono solo i seguenti 27 orientamenti.

<b>D. Profondità</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>D. Verticale</b>	0	1	-1	0	0	1	-1	1	-1	0	1	-1	0	0	1	-1	1	-1	0	1	-1	0	0	1	-1	1	-1
<b>D. Orizzontale</b>	0	0	0	1	-1	1	1	-1	-1	0	0	0	1	-1	1	1	-1	-1	0	0	0	1	-1	1	1	-1	-1
<b>Forma grafica</b>	•	é	é	è	ç	î	î	î	ë	•	â	â	â	ß	æ	ä	ä	ä	•	â	â	â	ß	æ	ä	ä	ä
<b>Numerazione</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

Il motivo di questa scelta è quello di indicare lo spazio entro il quale la tripletta di forze può agire.

Le UM che vanno dal numero 19 al numero 27 (tab. 2) sono caratterizzate dall'assenza di variazione della forza d'incisione espressa lungo la direzione profondità. Questo

*Il linguaggio grafomotorio sarebbe costituito dalla traccia del moto nello spazio-tempo che si manifesterebbe nello scarabocchio, nel disegno e nella scrittura. Ne consegue che lo scarabocchio è caratterizzato dal solo livello primario, mentre la scrittura è costituita simultaneamente dai due livelli: primario e secondario.*

*Questo linguaggio produce un codice lineare organizzato in schemi spazio-temporali*



***La trasformazione del processo dinamico in struttura statica svolge la funzione di trasformare un'informazione labile (il movimento), in un'informazione stabile (la traccia grafica), come se fosse una specie di memoria a lungo termine. Si ottiene così la memorizzazione dell'informazione trasmessa dal movimento***

sembra un fatto insolito. In realtà il fenomeno è stato registrato sperimentalmente, anche se permane qualche dubbio sulla validità di queste UM. Sicuramente si può escludere la tripletta 19 (0; 0; 0) perché non produce movimento, perdendo il requisito fondamentale di queste UM.

Esistono dubbi anche sulla validità della UM 10 perché non c'è una differenza significativa dal punto di vista grafico e informativo con la UM 1. Escludendo le UM 10 e 19 rimangono 25 UM grafomotorie.

Per il momento si considera sufficiente l'analisi fin qui condotta, perché il proposito era quello di individuare una serie di UM discrete di un ipotetico linguaggio grafomotorio. L'analisi ha permesso di evidenziare un numero limitato di UM riconducibile a quello degli altri linguaggi precedentemente considerati. I dati disponibili ci permettono di avere una base sufficiente per elaborare una teoria linguistica grafomotoria.

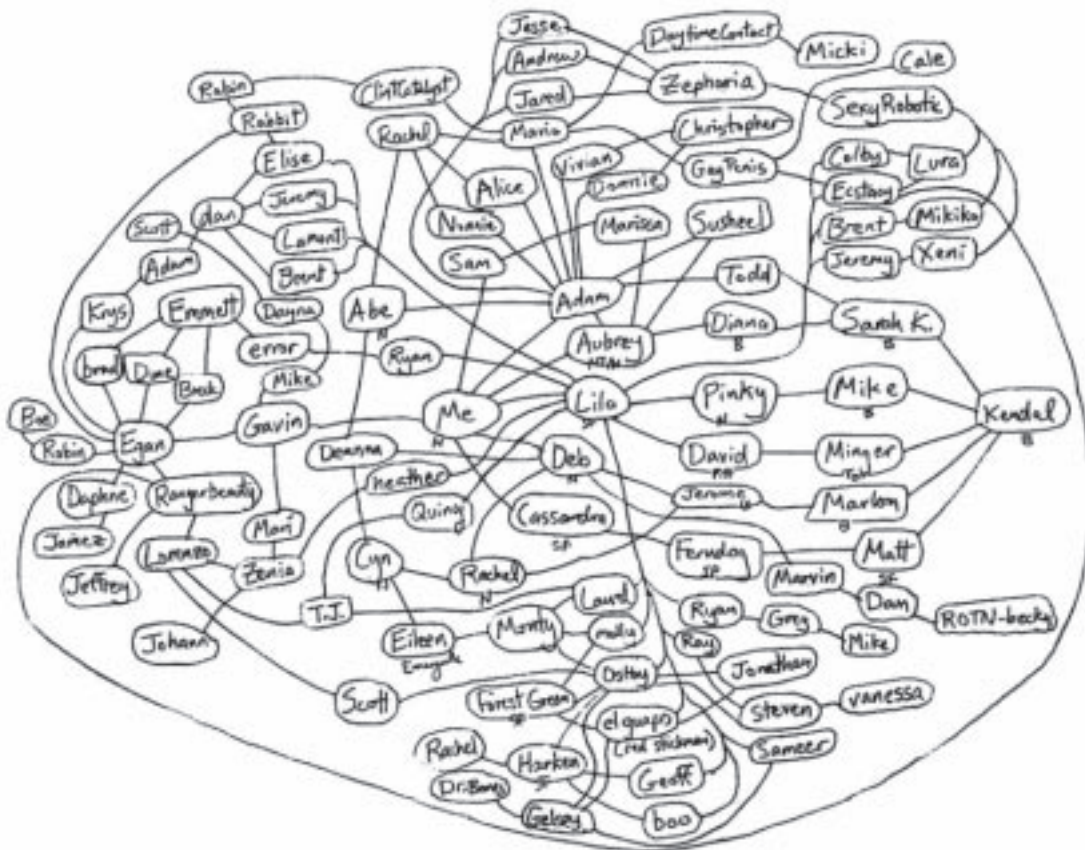
## Considerazioni conclusive

Dalle evidenze emerse con la ricerca sul linguaggio grafomotorio si può sostenere che questo linguaggio sarebbe costituito dalla traccia del moto nello spazio-tempo che si manifesterebbe nello scarabocchio, nel disegno e nella scrittura. Ne consegue che lo scarabocchio è caratterizzato dal solo livello primario, mentre la scrittura è costituita simultaneamente dai due livelli: primario e secondario.

Questo linguaggio produce un codice lineare organizzato in schemi spazio-temporali. La trasformazione del processo dinamico in struttura statica svolge la funzione di trasformare un'informazione *labile* (il movimento), in un'informazione *stabile* (la traccia grafica), come se fosse una specie di *memoria a lungo termine*. Si ottiene così la memorizzazione dell'informazione trasmessa dal movimento.

Riassumendo, si può dire che il valore del *linguaggio grafomotorio*, consiste nei seguenti punti:

1 – *in quanto linguaggio* rappresenta la via privilegiata per investigare l'uomo visto che è la funzione che lo caratterizza in modo univoco, distinguendolo così da tutti gli altri esseri viventi, anche perché tale funzione costituisce l'aspetto più complesso dell'evoluzione umana;



2 – *in quanto funzione simbolica* ha la proprietà di rappresentare l'intero sistema. Questo implica una concezione olistica che si riflette sul metodo e sulla teoria;

3 – *in quanto fenomeno fisico*, si delinea una nuova possibilità: l'uomo si può studiare e comprendere anche con quelle leggi che appartengono alle scienze della natura, le cosiddette scienze forti. Infatti, il linguaggio grafomotorio si può studiare anche con le leggi della Meccanica (parte della Fisica che studia il movimento) per comprendere e spiegare le informazioni codificate nella traccia grafica (traiettoria del punto materiale), insieme ad altre ottiche, tra le quali c'è quella psicomotoria e neuromotoria. Effettivamente, la grafomotricità, da alcuni considerata come comportamento, esprime "l'attività funzionale dell'intero sistema nervoso" (Guyton, 1996, p. 277), per questo, l'aspetto meccanico del movimento grafico non può essere in contraddizione con il suo sistema attivante. Inoltre, usare le leggi della fisica, non significa aderire ad un riduzionismo metodologico, ma, al contrario, è una necessità irrinunciabile perché indicata dalla propria connotazione disciplinare;

4 - *in quanto aspetto peculiare della disciplina* consente di definire l'oggetto di studio, elemento fondamentale per costituire un sapere scientifico.

Questa sarebbe la prima proposta di un linguaggio specifico e del relativo modello strutturale come oggetto di studio di questo settore.

Da questa ricerca intendiamo promuovere, come associazione culturale e scientifica, un nuovo settore che definiamo *grafolinguistico*, il quale, pur avendo origini comuni con quelle grafologiche, se ne differenzia per la propria specificità linguistica definita dall'oggetto di studio. Per questo motivo, il nuovo percorso disciplinare si caratterizza autonomamente sul piano metodologico, teorico, didattico e di ricerca scientifica. Dato che il nome di una disciplina deve manifestare la propria specificità ovvero il proprio oggetto, il nome che più di altri ha questa proprietà è *Logoantropografia*, valere a dire lo studio del linguaggio grafomotorio che ha la proprietà di descrivere l'uomo nella sua individualità biofunzionale.

\* Direttore scientifico della S.S.I.Co.L.G. – Società Scientifica Italiana Consulenti del Linguaggio Grafico, aderente alla FISSP. Ha insegnato Psicofisiologia della motricità grafica e Fondamenti di motricità grafica all'Università degli Studi di Urbino, dove ha realizzato la ricerca.

## BIBLIOGRAFIA

- AGAZZI E., (1979 a), Proposta di una nuova caratterizzazione dell'oggettività scientifica, *Problemi di epistemologia contemporanea*, 18, 31-49.
- AGAZZI E., (1979 b), Analogicità del concetto di scienza. Il problema del rigore e dell'oggettività nelle scienze umane, in V. Possenti (a cura di), *Epistemologia e scienze umane*, pp. 57-76.
- AGAZZI E., (1980), L'epistemologia contemporanea: il concetto attuale di scienza, in G. Galeazzi (a cura di), *Scienza e filosofia oggi*, Milano, Massimo, pp. 7-20.
- AGAZZI E., (1985), La questione del realismo scientifico, in C. Mangione (a cura di), *Scienza e filosofia. Saggi in onore di Ludovico Geymonat*, Milano, Garzanti, 171-192.
- ALBERTS B., et al., (1991), *Biologia molecolare della cellula*, Bologna, Zanichelli.
- scrittore, A. Valletta (a cura di), Bologna, Società Italiana di Grafologia "Camillo Baldi".
- ECO U., (1975), *Trattato di semiotica generale*, Milano, Bompiani.
- GRESTA F., (2000), Riflessioni e proposte sull'oggetto di studio della grafologia, *Percorsi grafologici*, 10, 9-41.
- GRESTA F., (2001), *Alle basi della scienza del linguaggio grafico: l'oggetto di studio*, Urbana, Lingraf.
- GRESTA F., (2002), *Il linguaggio grafico primario*, Urbana, Lingraf.
- GRESTA F., (2003), I problemi del metodo di ricerca in grafologia, *Scienze umane e grafologia*, 13, 77-92.
- GUYTON A. C., (1996), *Neuroscienze*, Padova, Piccin.
- LEHNINGER A.L., (1983), *Principi di biochimica*, Bologna, Zanichelli.
- MALMBERG B., (1975), *Comunicazione e linguistica strutturale*, Torino, Einaudi.
- MORETTI G., (1977), *Chi lo avrebbe mai pensato*, Ancona, Curia Provinciale dei Frati Minori Conventuali.
- PINTO G., (1993), *Dal linguaggio orale alla lingua scritta: continuità e cambiamento*, Scandicci, La Nuova Italia Editrice.
- PULVER M., (1983), *La simbologia della scrittura*, Torino, Boringhieri.
- RICCI BITTI P. E., ZANI B., (1983), *La comunicazione come processo sociale*, Bologna, Il Mulino.
- SELG H., BAUER W., (1976), *I metodi di ricerca della psicologia*, (trad. it.), Firenze, Giunti.
- SIMONE R., (1978), *Enciclopedia Europea*, Vol. 6, Milano, Garzanti.
- SIMONE R., (1980), *Enciclopedia Europea*, Vol. 10, Milano, Garzanti.
- SIMONE R., (1981), *Enciclopedia Europea*, Vol. 11, Milano, Garzanti.
- SIMONE R., (1997), *Fondamenti di linguistica*, Bari, Laterza.
- WATZLAWICK et al., (1971), *Pragmatica della comunicazione umana*, Roma, Astrolabio.
- WERNER H., KAPLAN B., (1989), *La formazione del simbolo*, Milano, Raffaello Cortina Editore.



## The motion graphical language: results and perspectives of a research

The attempt to solve a scientific-didactic problem has brought to assume two linguistic levels in writing, defined “primary graphical language” and “secondary graphical language”. The difficulty in distinguishing between the two levels consists in their simultaneous structuring, which shows, therefore, the best-known more evidently and masks the other. As regards the more hidden language, its structure, which has an analogous organization to the other languages, has been assumed and its minimal units have been determined. Its specificity consists in providing information about an individual psychophysical constitution.







# link 12

## una storia clinica

**Una classe alle prese con un evento traumatico: un lavoro a scuola con bambini, insegnanti e genitori**

CASTELLI P., MANARESI F., MARIANECCI A.



# Una classe alle prese con un evento traumatico: un lavoro a scuola con bambini, insegnanti e genitori

**Un intervento condotto da una équipe di psicologi in una classe prima elementare di una cittadina abruzzese. La risposta alla richiesta di un supporto psicologico formulata dall'insegnante dopo un evento traumatico accaduto ad uno dei suoi alunni**

CASTELLI P.\*, MANARESI F.\*\* , MARIANECCI A.\*\*\*

Nei mesi successivi all'episodio, la classe si era mostrata più irrequieta, meno attenta e meno impegnata nel lavoro di apprendimento, costringendo l'insegnante ad adottare misure disciplinari che sembravano non avere molto effetto.

Il filo conduttore teorico che ha guidato l'intervento con la classe e con l'insegnante parte dall'idea che lo sviluppo del bambino è dato dall'interagire continuo fra le sue potenzialità e il contesto in cui queste potenzialità prendono forma (Pianta 2001). La scuola è certamente uno di questi contesti che facilita e promuove nel bambino la capacità di portare avanti i compiti evolutivi propri della sua fase di sviluppo. Questi compiti non riguardano solo l'apprendimento e lo sviluppo delle abilità cognitive, ma anche la sua capacità di affrontare situazioni di stress, di regolare le emozioni e di sviluppare le competenze interpersonali.

In questa prospettiva la relazione insegnante-bambino è un contesto fondamentale nel promuovere un buon funzionamento del bambino, e rappresenta una "finestra di opportunità" in grado di modificare la traiettoria del percorso di sviluppo di un individuo, costituendosi come fattore protettivo nelle situazioni di rischio.

La valorizzazione della dimensione affettiva dell'apprendimento, e la funzione di contenimento e mentalizzazione che gli insegnanti svolgono nella loro azione didattica rendono pertanto questa relazione uno strumento di prevenzione primaria, di cui si giovano non solo gli alunni a rischio, ma l'intero gruppo classe (Marciano, 2003). Per questi motivi, l'équipe ha accettato con entusiasmo la richiesta dell'insegnante, ritenendo utile valutare quanto e come le difficoltà relazionali che l'insegnante incontrava con i bambini fossero collegate allo stress causato da un evento tanto drammatico non solo per la bambina che aveva perso i genitori, ma anche per i suoi compagni e per l'insegnante stesso.

Tale evento traumatico, infatti, costituisce non solo un forte fattore di rischio per lo sviluppo del bambino, ma può anche influenzare negativamente la relazione dell'insegnante con tutta la classe, togliendo a questo rapporto l'opportunità di costituirsi come una risorsa per tutti i bambini.

La perdita di uno o entrambi i genitori (cioè della base sicura) rappresenta per un bambino un evento altamente traumatico, in quanto suscita in lui un senso opprimente di vulnerabilità e perdita di controllo (Lieberman A.F. e altri 2007). È un evento che supera la sua capacità di dare senso all'esperienza stessa, tale da non renderlo in grado di integrare negli schemi cognitivo-affettivi preesistenti un'esperienza così dolorosa e spaventante.

*La valorizzazione della dimensione affettiva dell'apprendimento, e la funzione di contenimento e mentalizzazione che gli insegnanti svolgono nella loro azione didattica rendono la relazione insegnante-bambino uno strumento di prevenzione primaria, di cui si giovano non solo gli alunni a rischio, ma l'intero gruppo classe*

*L'intervento si è articolato in diversi momenti che comprendevano il coinvolgimento non solo del gruppo classe e dell'insegnante, ma anche dei genitori. Proprio per quanto detto sopra, relativamente all'importanza della figura di attaccamento nell'elaborazioni di emozioni stressanti, abbiamo ritenuto fondamentale il coinvolgimento, anche se marginale, dei genitori. Riteniamo, infatti, che non possa avere successo un intervento sui bambini che venga fatto senza la collaborazione dei loro genitori*

Sappiamo che la possibilità di elaborare questo tipo di esperienze, e di regolare le intense emozioni connesse all'evento, è strettamente collegato alla qualità delle relazioni di attaccamento con le figure significative. In questo senso, il rapporto con l'insegnante ha un peso notevole sulla possibilità di affrontare un evento così stressante sia per il bambino che ha subito il trauma, che per i suoi compagni. Numerosi studi (Pianta 2001, Howes et al., 1992), infatti, sottolineano come i bambini sviluppino con l'insegnante relazioni di attaccamento con un processo simile a quello con cui si forma l'attaccamento con la madre, la sicurezza di questa relazione pertanto è una risorsa fondamentale nell'aiutare i bambini ad elaborare emozioni intense e disturbanti, quali quelle presenti nella classe a causa del dramma vissuto da uno di loro.

Il focus dell'intervento non è stato né solo la bambina che ha subito il trauma, né solo i suoi compagni che erano turbati dalla notizia e nemmeno l'insegnante preso singolarmente, ma l'intera classe intesa come un sistema relazionale complesso, in cui le diverse componenti agiscono in modo organizzato e interdipendente. (Pianta, 2001).

### **Metodologia dell'intervento**

Nella valutazione dell'impatto emotivo dell'evento e nella costruzione dell'intervento si è tenuto conto dell'interagire di diversi elementi quali: a) il grado di coinvolgimento dei genitori; b) il ruolo dell'insegnante; c) il livello di conoscenza dei bambini sul fatto accaduto e d) le azioni compiute dall'insegnante subito dopo l'evento.

L'intervento si è articolato in diversi momenti che comprendevano il coinvolgimento non solo del gruppo classe e dell'insegnante, ma anche dei genitori. Proprio per quanto detto sopra, relativamente all'importanza della figura di Attaccamento nell'elaborazioni di emozioni stressanti, abbiamo ritenuto fondamentale il coinvolgimento, anche se marginale, dei genitori. Riteniamo, infatti, che non possa avere successo un intervento sui bambini che venga fatto senza la collaborazione dei loro genitori.

Una prima fase **valutativa** ha implicato:

1. *incontro con i genitori*, finalizzato a motivare la richiesta di intervento, spiegare il tipo di intervento che si intendeva condurre, dare informazioni circa le reazioni ad eventi traumatici e indicazioni su come affrontare l'argomento con i propri figli. Inoltre sono state raccolte informazioni sul livello di conoscenza sui fatti dei bambini.
2. *distribuzione di un questionario ai genitori*, volto a raccogliere informazioni su eventuali modificazioni del comportamento a casa dei bambini che possono segnalare la presenza di un disagio collegabile al trauma. Le domande riguardavano: un aumento dell'irritabilità e/o presenza di accessi di collera; difficoltà di addormentarsi e/o sonno interrotto; presenza ricorrente di incubi notturni; comparsa di nuove paure e/o ansia nelle separazioni; tendenza all'isolamento; perdita di capacità precedente acquisite come enuresi notturna ecc...
3. *incontro con l'insegnante della classe* finalizzato alla raccolta di informazioni su cosa sapeva esattamente l'insegnante dell'accaduto e come ne era venuto a conoscenza, cosa aveva detto ai bambini, e gli eventuali interventi da lei condotti.
4. *due osservazioni in classe condotta da una delle psicologhe*, volte a valutare il tipo di interazioni fra l'insegnante e gli alunni con particolare riferimento all'interazione con la bambina che aveva perso i genitori (che da ora in poi chiameremo Giulia), e degli alunni fra di loro.

Una seconda fase riguardante **l'attuazione** vera e propria dell'intervento ha implicato:

1. *due incontri in classe di circa una ora mezza ciascuno fra i bambini e due delle psicologhe* finalizzato alla elaborazione da parte dei bambini di emozioni disturbanti quali la rabbia e la paura.
2. *la somministrazione di un'intervista all'insegnante*, finalizzata ad indagare la sua



Fig 1

raccontando la relazione con Giulia e la successiva discussione della sua esperienza emotiva con Giulia prima e dopo il trauma.

3. *un incontro con l'insegnante* in cui si è lavorato oltre che sulla sua esperienza, anche sul modo di capire e affrontare le reazioni emotive dei bambini di fronte ad eventi di questo tipo.

4. *due sedute di EMDR all'insegnante*, finalizzate alla elaborazione delle emozioni disturbanti collegate all'evento traumatico.

Una terza fase di **restituzione** che ha implicato:

1- *Un incontro con i genitori*, finalizzato a comunicare le osservazioni condotte in classe e i risultati emersi.

È chiaro che in una ottica sistemica, come quella qui proposta, questa suddivisione dell'intervento in tre fasi ha una funzione puramente chiarificatrice, poiché ogni fase ha una valenza sia informativa che trasformativa dei processi in corso. Pertanto l'intervento condotto non è stato pianificato in modo rigido, ma è andato trasformandosi e articolandosi man mano che si svolgeva. Nel complesso, però, la sua durata è stata di circa 3 mesi.

Il primo obiettivo perseguito è stato quello di valutare l'impatto emotivo della morte dei genitori di Giulia sul gruppo classe e l'impatto che aveva avuto per l'insegnante. Era importante verificare, infatti, se la situazione di irritabilità, mancanza di concentrazione e tendenza ad isolarsi di alcuni bambini fosse dovuta ad una difficoltà di regolazione emotiva direttamente collegata all'evento traumatico; o fosse invece più connessa ad una modificazione del comportamento dell'insegnante e dunque ad un cambiamento della relazione con lui.

Dai risultati del questionario è emerso che nessun bambino, eccetto Giulia e la sua compagna di classe da cui aveva trascorso la prima settimana dopo l'evento critico, presentava a casa quei disturbi del comportamento che segnalano di solito una reazione post traumatica da stress, quali incubi, comportamenti regressivi, aumentata irritabilità ecc. Tutti i bambini erano stati informati dall'insegnante dell'evento accaduto, in accordo con i loro genitori, ma era stato omesso il modo in cui l'evento era accaduto, solo Giulia sapeva chi era il parente coinvolto, anche se gli era stato detto che i colpi erano partiti in modo accidentale durante un litigio. Alcuni ne avevano poi parlato a casa, altri no.

L'insegnante, invece, ogni qual volta parlava dell'episodio appariva sconvolto, a stento tratteneva le lacrime e alternava momenti di rabbia per il modo in cui lo

*L'eccessivo coinvolgimento dell'insegnante non gli permetteva di mantenere verso la classe la solita attenzione e la disponibilità. Teneva a spazientirsi facilmente quando i bambini non obbedivano, li sentiva esigenti nelle loro richieste, per poi sentirsi in colpa di ciò che provava, inoltre si distraeva spesso sentendosi angosciato per i fatti accaduti, mentre in altre occasioni interveniva con sollecitudine eccessiva*



*Il metodo applicato nei due incontri con il gruppo classe è stato una variazione del protocollo EMDR; è stata utilizzata esclusivamente la stimolazione bilaterale privilegiando l'uso delle immagini piuttosto che la produzione delle cognizioni. L'intento era duplice: da un lato aiutarli ad elaborare eventuali emozioni disturbanti collegate ai fatti accaduti, dall'altro ricavare ulteriori informazioni sulle loro reazioni a questo evento*



Fig 2

aveva saputo ad un atteggiamento preoccupato su come doveva comportarsi con i bambini e con Giulia in particolare. Era evidente che il suo eccessivo coinvolgimento non gli permetteva di mantenere verso la classe la solita attenzione e la disponibilità. Tendeva a spazientirsi facilmente quando i bambini non obbedivano, li sentiva esigenti nelle loro richieste, per poi sentirsi in colpa di ciò che provava, inoltre si distraeva spesso sentendosi angosciato per i fatti accaduti, mentre in altre occasioni interveniva con sollecitudine eccessiva. Si era preso la responsabilità di essere di supporto per la classe, ma trasferiva sui bambini il disagio che lui stesso provava. I risultati dell'intervista mostravano, in particolare, il cambiamento della sua relazione con Giulia. Lo stile relazionale che emergeva era caratterizzato da una intensa attivazione emotiva e da una imprevedibilità dei comportamenti ricalcando un legame di attaccamento di tipo insicuro/preoccupato che, appunto, non lo rendeva, in questa fase, una base sicura per la bambina.

Questi dati erano in linea con le osservazioni condotte in classe: l'insegnante, infatti, era sempre in allarme per Giulia e con lo sguardo la seguiva costantemente, ma era incerto su come regolarsi quando la vedeva isolarsi dai compagni, o mettere in atto dei comportamenti ripetitivi ( sintomi tipici della presenza di un trauma). Alcune volte la lasciava fare, altre la rimproverava costringendola a stare insieme ai suoi compagni, raramente ritagliava del tempo da trascorrere solo con lei, pur riconoscendo che in certi momenti Giulia aveva bisogno di questo supporto. Anche la maggiore irrequietezza della classe appariva collegata ad un comportamento troppo controllante ed intrusivo dell'insegnante.

L'èquipe decise dunque di indirizzare l'intervento parallelamente con l'insegnante e con i bambini.

Il metodo applicato nei due incontri con il gruppo classe è stato una variazione del protocollo EMDR; è stata utilizzata esclusivamente la stimolazione bilaterale privilegiando l'uso delle immagini piuttosto che la produzione delle cognizioni (Fernandez, 2004). L'intento era duplice: da un lato aiutarli ad elaborare eventuali emozioni disturbanti collegate ai fatti accaduti, dall'altro ricavare ulteriori informazioni sulle loro reazioni a questo evento.

Nel 1° incontro si è lavorato sulla sicurezza, concentrandosi su un ricordo positivo. A tutti i bambini è stato chiesto di disegnare un posto dove si sentivano al sicuro e protetti, poi di concentrarsi ad occhi chiusi sulle sensazioni positive ad esso associato mentre si autosomministravano una stimolazione bilaterale con la tecnica dell'abbraccio della farfalla. Questa tecnica consiste nell'incrociare le braccia e darsi

dei colpetti con le mani alzandole in modo alternato. Infine si è chiesto ai bambini di associare al ricordo positivo una parola chiave ed hanno ripetuto la stimolazione per altre 2/3 volte. Prima del termine dell'incontro è stato suggerito loro di utilizzare questa "parolina chiave" e le sensazioni ad essa associate nelle occasioni in cui si sentivano a disagio. Alla fine della seduta tutti apparivano rilassati e sorridenti. La creazione di un 'posto sicuro' interiore è un elemento importante del metodo; infatti, per affrontare sensazioni dolorose è fondamentale che i bambini, ma anche gli adulti, si sentano in una relazione sicura in grado di fornire strumenti che aumentano in loro la sicurezza e la padronanza (Onofri A., Tombolino L., 2006).

Nel 2° incontro si è scelto di lavorare sulla rabbia e sulla paura che sono le emozioni sempre elicitate nelle esperienze sconvolgenti. I bambini hanno accettato con curiosità ed entusiasmo anche perché più di uno, fra cui Giulia, ha dichiarato di aver utilizzato la "parolina chiave" e l'abbraccio della farfalla anche a casa.

Gli psicologi hanno chiesto ai bambini di fare un disegno scegliendo loro una situazione che suscitava rabbia o paura e di indicare l'intensità dello stato d'animo provato. Successivamente, attraverso un gioco simbolico è stata elicitata in loro il senso di padronanza sulla sensazione disturbante, e infine è stata ripetuta la tecnica dell'abbraccio della farfalla fino a che tutti bambini hanno dichiarato di non provare più la sensazione di disagio.

In entrambi gli incontri non è stato mai fatto esplicito riferimento a ciò che era accaduto ad Giulia, questo per due motivi: 1. perché la bambina era presente e un intervento in gruppo sulla sua esperienza l'avrebbe potuta ritraumatizzare dato che i familiari non hanno accettato un trattamento individuale con l'EMDR, nonostante le gravi difficoltà emotive da lei mostrate; 2. per lasciar liberi i bambini di esprimere le tematiche per loro più disturbanti, permettendoci di raccogliere informazioni più attendibili, e non indotte, sull'impatto emotivo di ciò che era accaduto a Giulia.

La lettura dei disegni, oltre alle osservazioni condotte in classe, hanno confermato l'ipotesi che per i bambini la vicenda della loro compagna non ha costituito un forte fattore di stress, eccetto ovviamente che per Giulia stessa e la sua amica del cuore. Pertanto era più probabile che i comportamenti problematici mostrati in classe, fossero collegati alla reazione da stress presente in modo evidente nell'insegnante. Si è stabilito, perciò, di non condurre ulteriori interventi sul gruppo classe, ma di articolare maggiormente quello con il maestro.

Il primo intervento è stato quello di esaminare con lui la rappresentazione della sua relazione con gli alunni, in particolare con Giulia, così come emergeva dall'intervista, esplorando i suoi sentimenti e i suoi bisogni. In un clima di ascolto e sostegno, è stato facile per l'insegnante cogliere il cambiamento del suo comportamento e collegarlo al senso di impotenza e di angoscia che la vicenda della vita di Giulia gli suscitava. Il desiderio di aiutarla e di proteggere i bambini dall'esperienza traumatica avevano aumentato il suo senso di responsabilità e di controllo rendendolo confuso circa i reali bisogni emotivi dei suoi alunni. La possibilità di riflettere sulle sue interazioni con i bambini gli ha permesso di distinguere fra i propri bisogni emotivi e quelli degli alunni e di percepire più chiaramente la sua funzione in quella situazione, senza sentirsi per così dire 'contagiato' dal senso di solitudine e disperazione che coglieva in Giulia.

Durante questo incontro è stato anche spiegato all'insegnante come l'essere in contatto con eventi traumatici possa minare il proprio senso di controllo sul mondo, aumentare il senso di vulnerabilità personale ed attivare eventuali esperienze traumatiche personali non ben risolte. Dopo questo chiarimento ha accettato volentieri la proposta di un lavoro con l'EMDR.

Sono state svolte così due sedute finalizzate a desensibilizzare e integrare le immagini disturbanti, in particolare modo quelle riferite al momento in cui era venuto a conoscenza dei fatti accaduti e che avevano riattivato esperienze personali precedenti. Questo lavoro ha incrementato la capacità di riflettere sui propri contenuti mentali permettendogli di acquisire una diversa prospettiva sull'esperienza traumatica e aiutandolo a differenziare le esperienze passate con la situazione attuale.

Nel follow up fatto a distanza di due mesi circa, l'insegnante ha riferito di non aver più riscontrato comportamenti problematici nella classe. Lui stesso si sentiva

***La lettura dei disegni, oltre alle osservazioni condotte in classe, hanno confermato l'ipotesi che per i bambini la vicenda della loro compagna non ha costituito un forte fattore di stress, eccetto ovviamente che per Giulia stessa e la sua amica del cuore. Pertanto era più probabile che i comportamenti problematici mostrati in classe, fossero collegati alla reazione da stress presente in modo evidente nell'insegnante. Si è stabilito, perciò, di non condurre ulteriori interventi sul gruppo classe, ma di articolare maggiormente quello con il maestro***

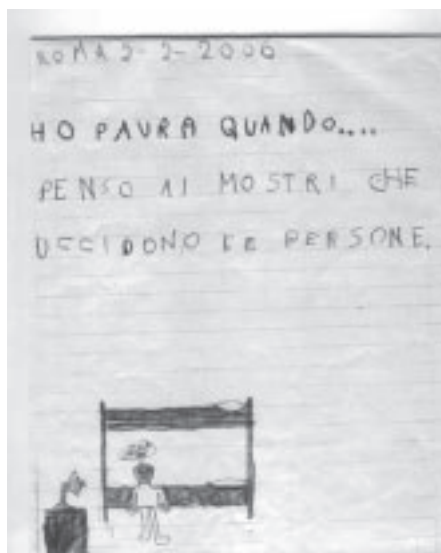


Fig 3

***La possibilità di elaborare il trauma è strettamente collegata alla possibilità di integrare le diverse componenti dell'esperienza, la perdita di fiducia nelle relazioni e l'impossibilità di parlare dell'evento può determinare una compromissione del processo di consolidamento e richiamo dei ricordi lasciando il trauma in uno stato irrisolto***

più sicuro della propria competenza umana e professionale, e viveva nuovamente con piacere e tranquillità, la relazione con gli alunni e con i loro genitori. Il rapporto con Giulia era notevolmente cambiato, ora riusciva ad accogliere i bisogni della bambina offrendogli occasioni per comunicare qualcosa a cui da sola non riusciva a dare significato.

Un intervento come questo condotto sull'intera classe ha, a nostro avviso, non solo una valenza preventiva rispetto una situazione di stress psicologico presente nella scuola, ma anche di screening rispetto ad eventuali situazioni problematiche. Nel caso di Giulia per esempio è emersa con chiarezza la sua difficoltà a gestire l'esperienza traumatizzante da lei vissuta. La desolazione e l'interruzione del contatto con gli altri dominavano i suoi disegni (Fig. 1), il senso di sicurezza (Fig.2) sembrava collegato al 'murarsi' dentro se stessa e appariva quasi un esilio dal mondo.

Poiché la possibilità di elaborare il trauma è strettamente collegata alla possibilità di integrare le diverse componenti dell'esperienza, la perdita di fiducia nelle relazioni e l'impossibilità di parlare dell'evento può determinare una compromissione del processo di consolidamento e richiamo dei ricordi lasciando il trauma in uno stato irrisolto (Siegel, 2001).

Molti clinici riconoscono quanto gli insegnanti possono essere dei potenti alleati nell'aiutare il bambino ad elaborare il lutto (Lieberman A.F. e altri, 2007); nel caso sopra riportato, il ripristino di una relazione sintonica ha reso l'insegnante una risorsa in più per Giulia. Una risorsa, però, che in un caso come questo non era sufficiente, tanto che abbiamo ritenuto opportuno indicare ai familiari di Giulia le gravi difficoltà emotive della bambina e la necessità un sostegno individuale. Per concludere, vogliamo sottolineare che un elemento fondamentale nel ripristinare un clima positivo di condivisione e serenità è stato senza dubbio la presenza supportiva degli operatori che hanno creato sia in classe, sia nella relazione con l'insegnante un rapporto di fiducia e ascolto attento, che ha permesso una collaborazione proficua fra tutti gli elementi del sistema: bambini, genitori, insegnanti ed operatori innescando un circolo virtuoso di riflessione e cambiamento.

#### BIBLIOGRAFIA

- Fernandez I. *Applicazione dell'EMDR con i bambini in una scuola elementare a seguito di un disastro collettivo*. Link, 04, 2004
- Fernandez I. *EMDR: un approccio integrato e integrante*. In Balbo M. (a cura) "EMDR: uno strumento di dialogo fra le psicoterapie." McGraw-Hill, Milano, 2006.
- Lieberman A.F., Compton N.C., Van Horn P., Gosh Ippen C. *Il lutto infantile*. Il Mulino, 2007
- Liotti G., *La discontinuità della coscienza*, Raffaello Cortina, Milano 2001
- Marciano N. *Pensare e costruire la relazione bambino-insegnante*, Franco Angeli, Milano, 2003.
- Onofri A., Tombolini L., *Pensare la mente: EMDR e psicoterapia cognitivo-evoluzionista*. In Balbo M. (a cura) "EMDR: uno strumento di dialogo fra le psicoterapie." McGraw-Hill, Milano, 2006.
- Howes C., Hamilton C., *Children's relationship with care teachers: stability and concordance with maternal attachment*. "Child Development", 53, 879-892, 1992.
- Pianta R.C., *La relazione bambino-insegnante*, Raffaello Cortina Editore, 2001.
- Sheri M. et al., "A picture is worth a thousand words", *Attachment and human development*, vol. 5, 2003.
- Siegel D. *La mente relazionale*. Raffaello Cortina, Milano, 2001
- Shapiro F. (a cura) *EMDR as an integrative psychotherapy approach*. American Psychological Association, Washington, 2002.
- Van der Kolk, *Stress traumatico*, Edizioni Magi, 2005.

## A class to the taking with a traumatic event; an intervention with children, teachers and parents

This article focuses on a specific intervention conducted by a psychological team in a primary school in a little town in Abruzzo (Italy). This intervention was the answer to a request of psychological support formulated by the teacher and due to a traumatic event occurred to one of her little students: the death of both his parents killed by his sister who was affected by severe mental disorders.







# link.12 emozioni

**C'era una volta la prima volta**

SERENA SCIONTI

**Frida Kahlo**  
**L'arte come autobiografia del corpo**

ROSA DE ROSA





# C'era una volta la prima volta

## Un'ipotesi di educazione sessuale attraverso il metodo narrativo

SERENA SCIONTI

C'era una volta... la prima volta. C'era una volta... così cominciano le storie, che raccontando dicono la vita. Ed è in tono affabulativo che il dottor Veglia insegna a coloro che dovranno poi volgersi agli adolescenti nello stesso modo: raccontando, imbastendo narrazioni che arrivino al cuore dei ragazzi, trasmettendo loro gesti d'amore, anziché erudite conoscenze sessuologiche.

Delle sue storie sono protagonisti Carlotta e Giletto, ma potrebbero chiamarsi Filippetto e Michelina, purché tra chi ascolta non ci siano né Filippo né Michela: i giovani vanno protetti dall'identificazione esplicita coi personaggi delle storie, nessuno deve alludervi e nessuno deve sentirsi schernito; l'adozione di personaggi terzi rappresenta infatti uno schermo per non dire "io", per non doversi mettere a nudo pur potendo chiedere e dire di sé attraverso l'immagine di Carlotta e Giletto. Giletto e Carlotta... una storia ben nata fino all'accoglienza consapevole e matura di un figlio? Oppure un incontro predatorio in discoteca, con successiva gravidanza indesiderata? O un ludico stare insieme per "fare sesso" senza promesse. Qual è la vostra storia? In quale sequenza si trova?

L'evoluzione dell'amore descritta dal professor Veglia ha sei tappe e in essa acme è proprio la dimensione narrativa, poiché si può parlare di "amore" - e non più solo innamoramento- quando si decide di stare insieme seriamente, quando Giletto può dire "ho una storia con Carlotta" (che è più di "sto con..."). L'ultima dimensione, quella procreativa, non è altro che un prolungamento della storia di chi si ama, già compiuta in sé: quei due si raccontano così bene che sono pronti a chiamare qualcuno nella loro storia, a introdurre un altro personaggio, un evento nuovo, un'ulteriore sequenza originale e creativa.

Ma come raccontare ai giovani di oggi, quelli degli sms dal pensiero corto, l'amore di Carlotta e Giletto? Non certo col linguaggio scientifico e cattedratico, ma nemmeno col solo linguaggio gergale, spesso volgare; bisogna impiegare il lessico familiare, quello appreso da bambini, eventualmente mediato di volta in volta con gli altri due, quando ve ne fosse bisogno; e comunque un linguaggio diretto, immediato, perché i ragazzi capiscano che è di loro che si sta parlando, e non di farfalle e cavoli. Un linguaggio che si avvalga sapientemente di metafore, volte non ad ammantare il vero di finzione, ma a meglio illuminare l'evidenza del bello; un linguaggio che, nutrito di contenuti efficaci, non prescinda dall'avere contemporaneamente valenze logico-funzionali, estetiche, etiche, storico-personali.

Perché impiegare il metodo narrativo? Perché tanti concetti significativi sono stati espressi con le storie: parabole, exempla, aneddoti, apologhi, pronunciati dai saggi di ogni tempo. E i romanzi, le epopee antiche e medievali: da sempre l'uomo ha sentito il bisogno di ascoltare storie e trarne una morale, un *modus vivendi*.

Perché raccontare le esperienze ci consente di riscattarle dalla negatività, trasfigurarle in modo positivo, di riassaporarne la bellezza goduta, rendendocene di nuovo vivide; inoltre è efficace per saldare le conoscenze, per farle entrare nella nostra storia personale venendo così a turbarci, a sconvolgere emotivamente dati acquisiti, certezze, predisponendoci a nuove formae mentis.

Perché un buon narratore entra così in empatia con chi ascolta: lungi dal distacco di ruolo professorale, si mostra capace di emozionarsi sinceramente a sua volta, rivivendo in sé il carico della propria esperienza. Il fascino della parola è antico, la ripetizione narrativa crea riti, il rumore del parlare umano si sente già dal ventre materno, e favole hanno cullato infante chi ancora forse non capiva il senso, ma solo il dolce suono della musica vocale materna. Inoltre la narrazione emozionata ed emozionante ancora alla persona in carne ed ossa che la sta agendo.

Narrare, dunque, guardando negli occhi ed usando il linguaggio del corpo, prima ancora di impiegare avvincenti film, presentazioni, slides o altri mezzi comunicativi. Narrare è interagire, cercare insieme le parole, dotarsi di un codice condiviso e stringere un patto di segretezza: "ciò che in questo spazio tu oserai narrare non uscirà di qui". Se emozioni si provocano, che restino racchiuse nel luogo narrativo, riservate ai protagonisti di quella storia: fuori dal quel contesto potrebbero stonare, o essere usate male; tutto venga narrato nella "casa comune", uno spazio rispettoso delle diversità politiche, etniche, religiose di ciascuno.

Narrare. Noi in primis. E insegnare ai ragazzi a fare altrettanto, a comunicare significati forti tra loro. Come? Attraverso la strategia del role playing (simulazione di ruolo), che ben si presta a suscitare emozioni ma con lo schermo difensivo della pattuita finzione. Da spettatori ad attori, narranti in prima persona le loro storie davanti al grande gruppo (classe o altra aggregazione giovanile, codificata o spontanea), o anche, più facilmente, all'interno di piccoli gruppi di lavoro, perché dalle tessere di ciascuna storia possa scaturire un puzzle di senso, che poi verrà narrato nel grande gruppo. Da molte storie, i simboli per una storia sola.

Il metodo narrativo è eminentemente induttivo: prima si racconta, si suscitano immagini ed emozioni, si indagano prerequisiti e aspettative di chi ascolta (col brainstorming, le "domande segrete" nei bigliettini, le parole chiave) e solo alla fine si arriva a formalizzare e a sintetizzare ciò che si è appreso/detto su un argomento. A domanda si può rispondere con un'altra domanda, anziché con una certezza; si può indurre chi chiede a trovare lui stesso una risposta; si può dotarlo di strumenti per attingere in sé le risorse per il cambiamento. Come farebbe la levatrice, con l'antica arte della maieutica di socratica memoria.

Chi può adottare il metodo narrativo? Ogni adulto che abbia già raccontato a sé stesso la sua storia e la stia vivendo con sufficiente serenità. I genitori. Gli insegnanti, gli educatori, gli animatori sportivi o di oratori, i capi scout, i catechisti, tutti gli adulti che abbiano a cuore gli adolescenti, cui raramente si raccontano storie -i reality fingono verità- con intento educativo.

Ma come essere oggettivi nel narrare? Come gli storici che raccontano il passato, per i quali non esiste un'oggettività assoluta, sciolta dalla soggettività di chi parla. Meglio allora dichiararsi "onestamente di parte", riguardo alle questioni etiche che necessariamente attengono alle cose affettive (ma è vero poi che i ragazzi chiedano un'anodina esposizione e non vogliano invece percepire la passione con cui un adulto racconta ciò in cui crede?), pronti ad accettare posizioni differenti dalle proprie, financo l'esplicito dissenso e la contestazione aperta, su argomenti che tocchino amore, valore, potere, verità, libertà: ogni discorso amoroso, ogni narrazione che parli di affettività e relazioni umane, non può prescindere dal fornire idee forti su questi cinque temi irriducibili. Prima di "fare l'amore" (che non è necessariamente il coito, ma è darsi e dirsi amore, in molte forme) Gigetto e Carlotta devono potersi reciprocamente dire: "Tu per me sei valore, potere, verità, libertà... insomma, amore".

Cosa raccontare con questo metodo? I grandi nuclei di contenuto dell'educazione affettiva, che potrebbero essere: l'organo sessuale femminile, l'organo sessuale maschile, come i due organi funzionano, come si usano, quando si usano. Grazie al metodo narrativo l'insegnante sarà in grado di offrire completezza informativa

*Come raccontare ai  
l'amore giovani di  
oggi, quelli degli sms  
dal pensiero corto?  
Bisogna impiegare  
il lessico familiare,  
quello appreso  
da bambini, un  
linguaggio diretto,  
immediato, perché  
i ragazzi capiscano  
che è di loro che  
si sta parlando, e  
non di farfalle e  
cavoli. Un linguaggio  
che si avvalga  
sapientemente  
di metafore, per  
meglio illuminare  
l'evidenza del bello;  
un linguaggio nutrito  
di contenuti efficaci,  
ma anche di valenze  
logico-funzionali,  
estetiche, etiche,  
storico-personali*



***Meglio dichiararsi  
“onestamente di  
parte”, pronti ad  
accettare posizioni  
differenti dalle  
proprie, financo  
l’esplicito dissenso  
e la contestazione  
aperta, su argomenti  
che tocchino amore,  
valore, potere,  
verità, libertà: ogni  
discorso amoroso,  
ogni narrazione che  
parli di affettività e  
relazioni umane, non  
può prescindere dal  
fornire idee forti su  
questi cinque temi  
irriducibili***

e formativa per un corretto cammino di educazione sessuale, pronto ad inoltrarsi anche in qualche sentiero laterale se chi ascolta susciterà nuovi interrogativi, ma capace poi di ritrovare il filo narrativo della storia principale, per riannodarne le “puntate”. Chi ascolta il racconto dell’amore deve sentirlo parte di un’unica storia, dal titolo “amore”, benché divisa in sequenze. E il finale? Come in un libro-game, ci possono essere più finali, aperti, il finale si fa in itinere; benché nella vita esso non sia sempre lieto, il metodo narrativo deve alludere ad un possibile lieto fine per ciascun amante, dando speranza con la parola, dicendo che anche un finale negativo può essere rinarrato con maturata fiducia, consapevoli che una nuova storia, migliore della precedente, attende solo di essere vissuta (e raccontata!).

Noi siamo la nostra storia. E viviamo raccontandola, comunicandoci agli altri: quando ci trovassimo senza nulla da dire, a nessuno, sarebbe un segno grave di malessere. Spegniamo dunque le troppe voci di falsi profeti e ascoltiamo quelle di chi amiamo: narrarsi è intimo, è fare l’amore attraverso le parole. È dire all’amato: “tu oggi sei nella mia storia, sei tu la mia storia, la storia che ho scelto”.

Fabio Veglia - Rossella Pellegrini, *C’era una volta la prima volta*, Erickson, 2003.



# RECENSIONI

A CURA DI GIOVANNI CAVADI

**Roberto Truzoli,**  
*Psicologia clinica per le  
professioni sanitarie,*  
Edizioni Carlo Amore,  
Firera Publishing Group,  
Roma 2004, pp. 243,  
euro 22,00

L'Autore ha voluto scrivere un testo di psicologia clinica, secondo una prospettiva cognitivo-comportamentale, partendo da principi e conoscenze derivate sia dalla psicologia sperimentale, dello sviluppo, sociale della salute e clinica, sia dalle neuroscienze, per arrivare ad illustrare i principali aspetti emotivi, cognitivi, comportamentali e relazionali delle persone sofferenti di malattia, al fine di offrire un quadro di sviluppo indirizzato al tema della promozione della salute. Pur trattandosi d'argomenti di psicologia clinica quali lo stress, i disturbi d'ansia, la depressione, i comportamenti aggressivi, la gestione del dolore e le reazioni al lutto, vengono approfonditi i disegni di ricerca a soggetto singolo ai fini di una valutazione più oggettiva del processo psicoterapeutico. Un intero capitolo viene dedicato a come le persone reagiscono alla sfida al Sé rappresentata dalla scoperta di

essere ammalati, dal cambiamento e dalla perdita. Infine, il tema della promozione della salute è affrontato con particolare attenzione all'aderenza alle prescrizioni mediche, alla relazione comunicativa fra operatori sanitari e pazienti e al ruolo dell'effetto placebo in terapia. Pur essendo un testo indirizzato particolarmente a studenti dei corsi di laurea per infermieri ed ostetriche, fisioterapisti, assistenti sanitari e tecnici della riabilitazione psichiatrica, può essere utilizzato in modo proficuo a psicologici e medici specializzandi in psicoterapia che si riconoscono in indirizzi teorici ed applicativi diversi da quello cognitivo-comportamentale. Il volume si completa con tre appendici operative dedicate alle tecniche di rilassamento, alle tecniche di gestione della rabbia e alle tecniche d'ascolto. Una nutrita ed aggiornata bibliografia chiude il volume. (G. Ca.)

**Gian Franco Goldwurm,**  
**Margherita Baruffi,**  
**Federico Colombo,**  
*Qualità della vita e  
benessere psicologico.*  
*Aspetti comportamentali*

*e cognitivi del vivere  
felice.* Presentazione di  
**Lucio Sibilia, Mc Graw-  
Hill Italia, Milano 2004,**  
pp. 313, euro 23,00

Che cos'è la felicità e quanto incide sulla nostra qualità della vita. Possiamo allora dirci se siamo felici, quanto siamo felici e se possiamo diventare più felici? A queste domande cercano di rispondere due psicologi ed uno psichiatra milanesi. Dopo aver sviluppato gli aspetti storici e passato in rassegna le definizioni sulla Qualità della Vita (QdV), questa viene messa in relazione all'educazione, allo stile di vita ed alla salute di ciascun individuo. Essendo un manuale operativo vengono indicate le modalità d'assessment della QdV e del benessere soggettivo e viene gettato un ponte tra benessere e felicità. Vengono quindi poste le basi della felicità e i fondamenti dell'opera di Fordyce (1977-2000), lo studioso che ha approfondito tale tematica e vengono descritti e discussi i suoi 14 assunti fondamentali della felicità, tra cui anche la formula: Felicità = Eventi attuali / Aspettative x Ottimismo. Viene quindi riportata una ricerca condotta a Milano





sul tema su un campione di 158 soggetti. Viene anche descritto il Subjective Well-being Traing, una tecnica di addestramento al benessere soggettivo, che si articola in 8 incontri nell'arco di alcuni mesi. Nell'appendice vengono riportati e descritti tre strumenti per lo studio scientifico della felicità: la Scala di soddisfazione della vita, l'Happiness Measures e lo Psychap Inventory. Un'ampia bibliografia completa il volume. (G.Ca)

**Letizia Drappo,  
Marco Casonato,  
Autolesionismo, Edizioni  
Quattro Venti, Urbino  
2005, pp. 192, euro  
18,00**

Il volume analizza da un punto di vista clinico e psicosociale i numerosi comportamenti di autolesionismo messi in atto dalle persone; il percing, i tatuaggi ed altre forme di manipolazione corporea, il tagliarsi la pelle con oggetti affilati, sembrano modalità autolesive più in voga tra gli adolescenti e le giovani donne "cutters". Gli Autori partono dalle espressioni patologiche dell'autolesionismo, in particolare la sindrome

di autoferimento intenzionale, molto diffusa in ambiente carcerario, per arrivare al cutting, il taglio della propria pelle, considerato un comportamento autolesivo moderato. Sulla scia di altri studiosi della tematica, definiscono il cutting come un comportamento deliberato, ripetitivo, non letale, socialmente sanzionato, indotto da stress o da stati psicologici critici. La parte del corpo preferita per il cutting sono le braccia, soprattutto i polsi seguite dalle gambe, l'addome, la testa, il torace o seno ed infine i genitali. Suggestiscono che essendo il cutting incentrato su "disregolazione affettivo-emotiva, bassa autostima, reazione all'abbandono e mancanza di capacità auto-contenitiva", la diagnosi si orienta sull'Asse I (DSM IV).. Concludono che "la ricerca del dolore fisico, la vista del proprio sangue, la ferita cutanea che apre un varco ad un disagio altrimenti inenarrabile sembrano aiutare l'adolescente a riconoscersi attorno ad un nucleo ideativi e stabilizzante, al quale aggrapparsi per sopravvivere". Un'ampia bibliografia chiude il volume. (G.Ca)

**Alberto Ghilardi, Ermete Ronchi, Il sogno e la cura. L'istituzione come soggetto vivente, Ananke, Torino 2005, pp.173, euro 13,50**

L'istituzione sogna? Il libro fornisce un contributo all'ipotesi che sia possibile una comprensione ed una conoscenza delle istituzioni attraverso i loro stessi sogni, mostrando che quanto i gruppi e le persone che fanno e vivono una determinata istituzione ne divengano a tal fine le prime risorse. Secondo gli Autori due sono però le condizioni: quella di pensare l'istituzione come un soggetto vivente, costituito da un sistema di gruppi e quella di concepire la mente, non più solo come una dimensione individuale, ma anche come organizzazione mentale, che come il sogno è "attiva simultaneamente, parallelamente e perennemente anche su un piano gruppale ed istituzionale, come effetto dell'interazione dinamica prodotta dal vivente". Il volume riferisce i risultati di una ricerca svolta in una istituzione della salute mediante l'ausilio del Social Dreaming, un metodo sviluppato secondo il modello COIRAG

da Ronchi. Il libro si conclude con i contributi di Novello Paglianti sul significato dei sogni nelle comunità e nelle culture e di Di Maria e Lovanco sul Social Dreaming e la dimensione sociale del sognare.

Oltre alla bibliografia vengono riportati i siti web per chi vuole approfondire il tema. (G.Ca)

**Giorgio Bertolotti, *Il rilassamento progressivo in psicologia. Teoria, tecnica, valutazione*, Carocci Faber, Roma 2005, pp.140, euro 15,80**

Si tratta di un manuale il cui scopo principale è quello di presentare in modo chiaro e dettagliato l'utilizzazione per lo psicoterapeuta del Rilassamento Muscolare Progressivo (RMP), ideato dallo psicologo americano Jacobson nel 1917. Il lavoro, oltre a fornire indicazioni su un corretto uso del rilassamento, insegna, attraverso un moltitudine di figure, a come si impara a rilassarsi.

L'opera è accompagnata da una moltitudine di schede, tratte dalla più recente produzione scientifica internazionale, per le applicazioni psicoterapeutiche. Generalmente l'RMP viene condotto in postura supina; nell'appendice l'Autore fornisce esempi ed indicazioni per condurlo anche in posizione seduta da parte del cliente.

L'opera è una guida pratica ma scientificamente rigorosa per una tecnica che può essere applicata in molti ambiti sanitari

dalla psicologia clinica alla psichiatria, dai servizi di riabilitazione alla preparazione al parto. Una ricca bibliografia arricchisce il volume. (G. Ca)

**Francesco Rovetto, Lino Rossi (curatori), *Psicologia giuridica: la valutazione del danno*, Editrice Santa Croce, Parma 2005, pp.463, s.i.d.p.**

Il libro raccoglie le relazioni finali degli oltre cinquanta docenti che hanno svolto nel 2005 il corso sulla valutazione del danno nel Corso di Psicologia giuridica presso la Sezione di psicologia investigativa e psicopatologia delle condotte criminali, afferente al Dipartimento di psicologia dell'Università di Parma. Il volume, che si presenta come un grosso trattato di ben 42 capitoli sulla valutazione del danno, si articola nelle seguenti aree:

1. diagnosi, definizione e valutazione del danno;
2. la testimonianza: le mille facce della verità;
3. persecutori e vittime;
4. il mobbing e le sue conseguenze;
5. la personalità del reo e della vittima nel complesso gioco della valutazione del danno;
6. quando il male nasce in famiglia: la violenza intrafamiliare;
7. il danno di natura neurologica;
8. che fare per prevenire, limitare o rimediare il danno?

È un apprezzabile contributo interdisciplinare di medici, psicologi, giuristi, criminologi, di alto valore

scientifico-culturale oltre che di grande attualità. È un libro da studiare e da consultare, soprattutto per chi si occupa del campo peritale.

Ogni capitolo è seguito da una essenziale rassegna bibliografica. (G. Ca)

**Gianluca Lo Coco, Girolamo Lo Verso, *La cura relazionale. Disturbo psichico e guarigione nelle terapie di gruppo*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2006, pp. 160, euro 17,80**

Il libro tratta dell'approccio multipersonale alla sofferenza psichica e al suo trattamento, a partire dalle originali concezioni di Foulkes, il fondatore della terapia gruppoanalitica, fino agli sviluppi del metodo grupppale negli scambi proficui con il lavoro etnopsichiatrico. La prospettiva multipersonale e gruppoanalitica, dicono gli Autori, "ha proposto una lettura del disturbo psichico (non più malattia) come esperienza di sofferenza legata a un contesto multipersonale, in cui il soggetto non è più considerato malato, nel senso di colui che ha contratto una malattia, ma elemento sofferente appartenente a una rete grupppale (e culturale) anch'essa sofferente". Dopo aver risposto all'interrogativo di Che cos'è la guarigione oggi, e quindi cosa fa bene del trattamento psicologico e a chi gli Autori passano in rassegna una serie di ricerche sugli effetti della psicoterapia condotte negli ultimi dieci anni arrivando alla seguente







conclusione:

1. la psicoterapia è un intervento efficace nel produrre un miglioramento e/o una guarigione nei pazienti con disturbi psichici;

2. la psicoterapia è efficace almeno quanto un trattamento farmacologico ed è più efficace del placebo;

3. la psicoterapia produce benefici a lungo termine per diverse categorie di pazienti;

4. esistono diversi fattori comuni ai diversi trattamenti psicoterapeutici che sono legati al miglioramento dei pazienti in terapia (alleanza di lavoro, empatia, senso di accettazione, motivazione al cambiamento, ecc).

L'enfasi posta dagli autori sulla terapia di gruppo li porta a sottolineare come la terapia psicologica si fonda principalmente sulla relazione tra due o più soggetti e "ciò costituisce il principale strumento terapeutico".

Segue una dettagliata descrizione della prassi terapeutica di gruppo. Una appendice firmata da Corrado Pontati tratta della prospettiva multipersonale in psicopatologia che sottolinea come "nulla è predicabile sulla sofferenza mentale se non viene studiata e curata nella più lucida storicizzazione di un'epoca e di un ambiente" attraverso l'analisi di un caso clinico.

Il volume si conclude con una ricca e specifica bibliografia. (G.Ca)

**Giovanni Cavadi,**  
***Psicologia della  
sicurezza. Una  
introduzione,***

**Introduzione di Sergio  
Roncato. Prefazione di  
Gianfranco Strabla.**  
**Edizioni Libreria Cortina,  
Milano 2007, pp. 162,  
euro 15,00**

Contribuire a migliorare la sicurezza negli ambienti di lavoro, in casa e in luoghi come gli ospedali, o sulle strade è un obiettivo condiviso da molte discipline. Negli ultimi trent'anni la psicologia ha dimostrato di poter dare un contributo decisivo al problema della sicurezza intervenendo a differenti livelli e su diverse prospettive.

Il perfezionamento delle previsioni e degli strumenti di misurazione, grazie ai progressi della tecnologia, è straordinario tale da raggiungere standard di sicurezza impensabili fino a pochi anni fa.

Tuttavia il ruolo della psicologia della sicurezza si fa evidente proprio quando entra in gioco il 'fattore umano' e si analizzano i contesti di insorgenza degli errori comportamentali.

Non a caso l'Autore ricorda la teoria omeostatica del rischio, proposta da Wilde nel 1982, per cui aumentando la sicurezza passiva, quella tecnologica per intendersi, le persone tendono ad assumere comportamenti sempre più pericolosi, così da mantenere stabile il livello di rischio!

Il volume che presentiamo, pur essendo una introduzione alla disciplina, si articola e affronta a tutto campo la problematica della sicurezza, da quella lavorativa, a quella viaria, da quella domestica a quella nella scuola e nelle istituzioni sanitarie.

C'è ormai una convinzione negli esperti del settore, e le recenti innovazioni legislative lo confermano, quanto l'aspetto psicologico ed ergonomico, fino ad oggi trascurato dal legislatore, diventi centrale per la costruzione, nel nostro Paese, di una cultura della sicurezza. Un paese civile non può permettersi ogni anno il lusso delle migliaia di morti e feriti per infortuni ed incidenti, con un costo per il bilancio della intera comunità che ormai raggiunge, ogni anno, i 40 milioni di euro, molto di più di una legge finanziaria!

Ma quale può essere il contributo reale della psicologia alla cultura della sicurezza nel nostro Paese?

A questa domanda cerca di dare una risposta l'Autore, che è docente di Psicologia della sicurezza presso la Facoltà di Psicologia dell'Università di Milano 'Bicocca'. Egli presenta una sintesi degli studi psicologici che possono fornire degli spunti per migliorare, nel fare quotidiano, la sicurezza, segnalando anche l'evoluzione storica della disciplina in questo settore specifico.

Il volume è corredato da una appendice dove vengono riportate sinteticamente alcune esperienze di ricerca-intervento svolte nell'ultimo decennio dall'Autore, uno strumento psicometrico chiamato "Sicurometro", un glossario e una nutrita bibliografia di oltre 350 titoli dove vengono segnalati i principali lavori pubblicati dagli psicologi italiani dal 1930 ad oggi. Un indice analitico completa il volume. (Bianca Zaneletti)

**Buono Gennaio & Gagliardi Giuseppe, *L'agire terapeutico in Comunità*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 2007**

Il libro si presenta al lettore come una raccolta di esperienze e di riflessioni che si collocano in contesti ed in periodi diversi nell'arco di circa 15 anni di lavoro da parte degli autori nel mondo delle Comunità Terapeutiche. Il titolo, "L'agire terapeutico in Comunità", sintetizza l'idea di fondo del lavoro in comunità che è rappresentata dall'assunto per cui l'agire all'interno di essa è sempre, ed in ogni istante, terapeutico. Il discorso sull'agire terapeutico in comunità appare molto attuale anche per lo sviluppo che l'intervento comunitario ha avuto negli ultimi anni. Accanto alla comunità come luogo di cura, in cui la valenza terapeutica è prevalente, sono sorte numerose comunità la cui valenza predominante è di tipo alloggiativo ed in cui la cura ha un posto molto marginale. Tale sviluppo, sulla scia dell'urgenza di fornire una risposta alloggiativa ai pazienti cronici dimessi dagli ex Ospedali Psichiatrici, ha portato ad una distinzione tra la comunità terapeutica in senso stretto e

varie altre forme di comunità, in cui lo scopo è fornire una risposta abitativa, assistenziale e minimamente riabilitativa a pazienti cronici.

Questa distinzione è fuorviante perché rischia di ricreare tanti piccoli manicomi dove alloggiare il paziente cronico ed istituzionalizzato. C'è il rischio che puntando sul versante assistenziale si scivoli verso la custodia e l'esclusione, invece che verso la cura e l'integrazione del malato psichico.

Il libro tenta di sviluppare una riflessione sulla questione, sottolineando come la comunità, debba essere uno strumento terapeutico e, l'operatore, un agente di cura e cambiamento a prescindere dalla tipologia dei pazienti e dei contesti specifici in cui si trova ad operare.

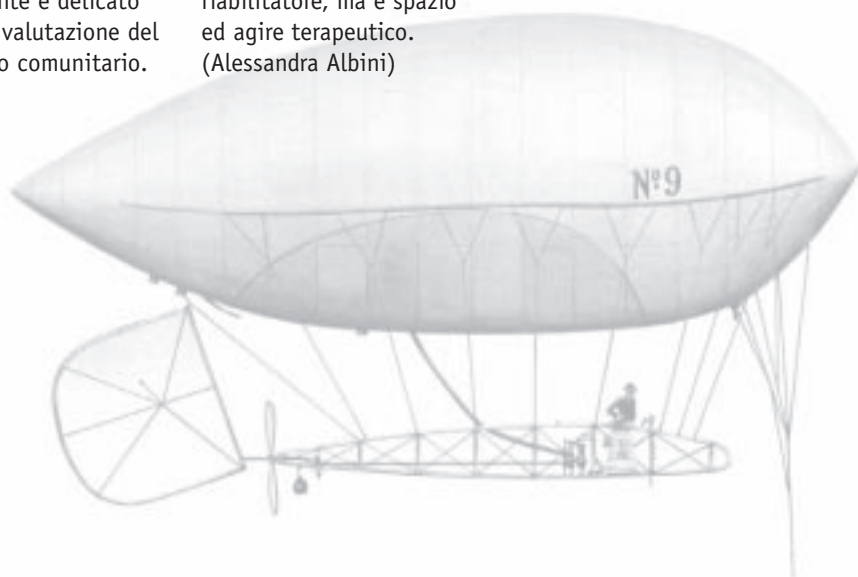
Il libro si compone di due parti: la prima teorica e la seconda esperienziale. In tutto il libro è presente materiale clinico tratto dall'esperienza diretta degli autori.

La prima parte, teorica, si compone di cinque capitoli in cui sono illustrati alcuni temi inerenti il trattamento comunitario che vanno dalla definizione di comunità fino all'importante e delicato tema della valutazione del trattamento comunitario.

Nel libro sono tralasciate molte altre tematiche di rilievo che concernono il trattamento comunitario, con l'intento di concentrarsi sugli aspetti maggiormente inerenti al quotidiano lavoro dell'operatore.

In particolare si è tentato di collegare l'intervento terapeutico comunitario con quello psicoterapeutico osservandone congruenze e differenze e sottolineando l'importanza degli elementi formativi e di supervisione del lavoro dell'operatore.

La seconda parte, esperienziale, si compone di altri cinque capitoli in cui sono riportate esperienze tra loro anche diversissime, ma accomunate dalla loro appartenenza al mondo della comunità. Al centro di queste esperienze è rimarcato sempre il ruolo dell'operatore e la sua "possibilità" di agire terapeuticamente a prescindere dal contesto in cui si trova. L'attività riabilitativa o ergoterapeutica o ludica o risocializzante non è, nella prospettiva qui proposta, un qualcosa che si situa fuori dalla stanza della terapia, o spazio in cui l'operatore dismette gli abiti del terapeuta per indossare quelli del riabilitatore, ma è spazio ed agire terapeutico. (Alessandra Albini)



## **CORSI CONGRESSI CONVEGNI**

### ■ BOLOGNA

dal 10 maggio al 23 novembre 2008

**Corso master di psicoterapia ed ipnosi medica,  
biennio superiore**

### ■ BOLOGNA

dal 18 maggio al 13 settembre 2008

**I disturbi di personalità e loro trattamento**

### ■ ROMA

24/05 - 21/06 - 20/09 - 25/10 - 22/11 - 20/12, 2008

**Coltivare la mindfulness per proteggere la mente  
dalla sofferenza**

### ■ ROMA

26/05 - 06/10 - 20/10 - 03/11 - 11/11 - 24/11 - 01/12 - 15/12, 2008

**I lunedì della SIAB**

### ■ RIMINI - PESARO

dal 21 giugno 2008

**Corso di psicoterapia ricostruttiva interpersonale  
secondo il modello della Lorna Smith Benjamin**

### ■ CIVITANOVA MARCHE (MC)

dal 7 al 12 luglio 2008

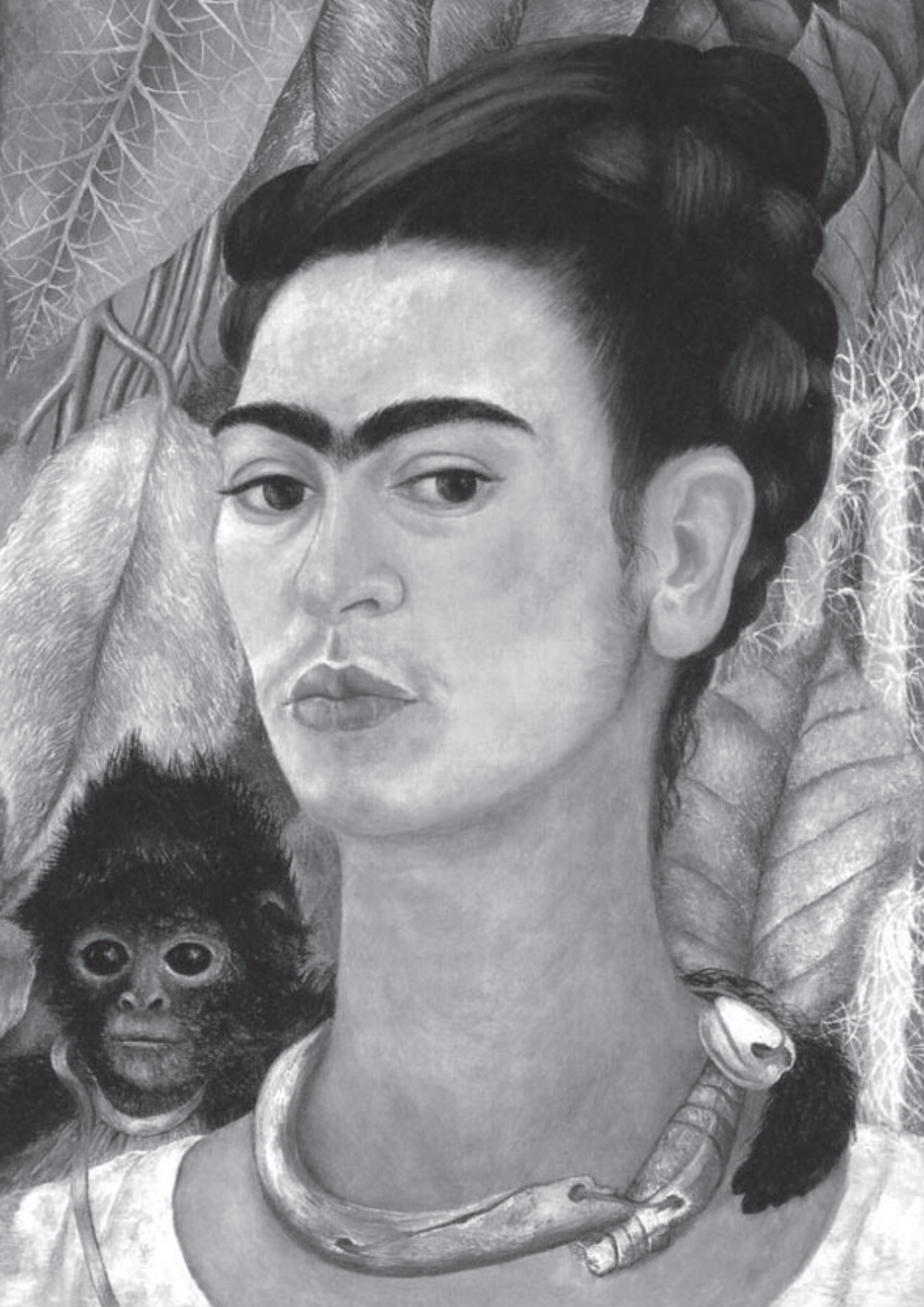
**Le basi psicologiche e neuropsicologiche  
dei disturbi dell'apprendimento**

### ■ COLLEVECCHIO (RI)

dal 28 al 30 luglio 2008

**Musicoterapia e formazione di base**









# Frida Kahlo

L'arte come autobiografia del corpo

ROSA DE ROSA

1907/1954. Tra queste due date, così vicine, si svolge l'esistenza di una donna di singolare bellezza, artista generosa in lotta tra arte e vita. Ebbe infatti dall'arte della pittura la forza per sopportare il calvario del proprio corpo ferito e tormentato da un numero inumano di interventi chirurgici: «ho perduto tre figli, e una serie di cose che avrebbero potuto riempire la mia orribile vita, tutto questo è stato sostituito dalla pittura»<sup>1</sup>.

«Dipingo me stessa perché sono il soggetto che conosco meglio»<sup>2</sup>.

I circa 55 autoritratti, quasi un terzo dell'intera produzione pittorica dell'artista e presenti in tutti i suoi periodi creativi, compongono una delle autobiografie più dettagliate della storia dell'arte moderna. Un complesso di opere da cui emerge un'esistenza intensa, ribelle, segnata da emozioni forti: l'incidente che aveva umiliato il suo corpo, la tormentata vicenda amorosa con Diego Rivera, ma anche la passione per le proprie radici messicane – così importante che aveva cambiato la data di nascita, dichiarando di essere nata nel 1910, l'anno della Rivoluzione messicana.

La Frida Kahlo che emerge da queste immagini è sofferente e gioiosa, popolare e sfarzosa, sensuale e disperata. Autocompiacimento, ma anche sublimazione del proprio tormento, espressione di una soggettività oscura e inesplorabile. Scrive nel 1939: «...dato che i miei soggetti sono sempre stati le mie sensazioni, i miei stati d'animo e le reazioni più profonde che a mano a mano la vita suscitava in me, ho spesso oggettivato tutto questo negli autoritratti che erano quanto di più sicuro e reale potessi fare per esprimere i miei sentimenti e le mie sensazioni»<sup>3</sup>.

Nella recente mostra *L'arte delle donne* (Milano, Palazzo Reale), era esposto l'*Auto-ritratto con vestito di velluto* (1926) dipinto l'anno successivo al terribile incidente che determinò la sua vita. È considerato il primo vero dipinto di Frida: «il mio primo quadro fu per Alejandro... mi raffiguro busto e viso, slanciata, sobria, calma, posata, raffinata, serena, nulla trapela della tumultuosa Frida. Guardo lo spettatore, Alejandro, lo aspetto. Non infransi quindi lo specchio che sulle prime mi aveva tanto torturato, anche la mia integrità ne sarebbe stata frantumata. E, spingendo oltre l'analisi, non ho semplicemente riflesso la mia immagine nel dipingerla, ma ho ricomposto l'altra immagine, la realtà del mio corpo, spezzata, questa, davvero».

Quando dipinge il suo primo quadro Frida ha 19 anni. Anche se più volte ha negato una "vocazione precoce" è pur vero che possiede già solide conoscenze di pittura, sia tecniche che contenutistiche: In particolare conosce e ama la pittura rinascimentale italiana. Nel gennaio del 1937, un incontro importante. Lev Trotskij, con la moglie

Frida Kahlo, *Autoritratto con scimmia*, 1938, Buffalo (NY), Albright-Knox Art Gallery



Frida Kahlo, *Le due Frida*,  
1939, Città del Messico,  
Museo de Arte Moderno

Le due Frida

Natalia, viene in Messico. Diego Rivera e di sua moglie Frida Kahlo gli hanno fatto garantire asilo politico. I coniugi vivono per qualche tempo nella casa di famiglia di Frida a Coyoacán. Tra Trotskij e Frida nasce una relazione amorosa. Il 7 novembre dello stesso anno, anniversario della rivoluzione russa, la pittrice regala a Trotskij l'autoritratto a lui dedicato (con "tanto amore" come si legge sul foglio che tiene in mano). *L'autoritratto dedicato a Lev Trotskij* fu così descritto da André Breton, il teorico del Surrealismo, in Messico nel 1938 per tenere alcune conferenze e ospite con la moglie della famiglia Rivera: «Sulla parete dello studio di Trotskij ho ammirato a lungo un autoritratto di Frida Kahlo de Rivera. Vestita di ali dorate di farfalle, è proprio sotto tali sembianze che lei dischiude il sipario della mente. Ci è così dato di assistere, come nei giorni più belli del romanticismo tedesco, all'ingresso di una giovane donna dotata di tutte le capacità di seduzione e abituata a muoversi fra uomini di genio»<sup>4</sup>.

Frida si rappresenta in piedi, bella, distinta nell'abito rosa con corpetto rosso avvolta in uno scialle, le due tende bianche, aperte ai lati, sembrano introdurla ad una cerimonia ufficiale, ha in una mano un mazzo di fiori, nell'altra un foglio con la dedica all'amico. Nel 1944 le sue condizioni di salute peggiorano ed è costretta a portare un busto d'acciaio. Lo ritroviamo nel celebre autoritratto *La colonna rotta*: un paesaggio

# Art

## LINEA

Frida Kahlo, *Autoritratto dedicato al dottor Eloesser*, 1940, Collezione privata



### FRIDA KHALO

Frida Kahlo nasce il 6 luglio 1907 a Coyoacán, Città del Messico.

Nel 1913, a 6 anni, si ammala di poliomielite con gravi danni alla gamba destra.

Nel 1922 frequenta la Escuela Nacional Preparatoria, conosce Diego Rivera, celebre pittore muralista.

Il 17 settembre del 1925 tornando a casa da scuola in autobus, ha un incidente e riporta la frattura dell'osso pelvico, della spina dorsale, e altre ferite. È nel lungo periodo della riabilitazione che inizia a dipingere. Nello stesso anno si iscrive al Partito comunista messicano e inizia la storia d'amore con Diego Rivera che sposerà nel 1929. Si separeranno nel 1939 e si risposero l'anno successivo.

Nel novembre del 1929 la coppia lascia il Messico per un soggiorno di tre anni negli Stati Uniti.

Nel 1938 prima importante mostra personale: 25 dipinti sono esposti alla Julien Levy Gallery, a New York. La prefazione al catalogo è di André Breton. Nel 1939 è a Parigi, dove incontra i pittori surrealisti ed espone alcune delle sue opere alla Galerie Renou & Colle.

Nel 1942 comincia a scrivere il diario. L'anno seguente insegna presso la Scuole d'Arte "La Esmeralda" di Città del Messico, le lezioni si svolgeranno poi nella sua casa di Coyoacán. Nel 1946 il Ministro della pubblica istruzione le assegna il Premio Nazionale di Pittura. Dal 1950, dopo innumerevoli interventi alla colonna vertebrale e l'amputazione della gamba destra è costretta su una sedia a rotelle.

Nel 1953 prima importante mostra personale in Messico (la pittrice parteciperà all'inaugurazione sdraiata su un letto).

Nel 1954 si ammala di polmonite, muore il 13 luglio nella sua "casa azzurra", oggi Museo.



Frida Kahlo, *Freida e Diego Rivera*  
o *Freida Kahlo e Diego Rivera*,  
1931, San Francisco (CA), San  
Francisco Museum of Modern Art

desolato in cui abita Frida, rigida come una statua, con i capelli sciolti, trafitta da una colonna greca spezzata in più parti, simbolo della spina dorsale malata, che la impala dall'addome al collo. Frida è a torso nudo e piange, il corpo trafitto da terribili chiodi. Quale immagine di sé Frida vuole trasmetterci? Ciò che a noi appare reale, frutto di una costruzione narrativa che si esprime in figurazione, è in realtà il tentativo estremo di raffigurare il proprio "dentro". L'autoritratto è dunque un'autoanalisi mediata dalla pittura – in senso tecnico ma anche terapeutico – ed ha un obiettivo preciso: mostrarsi come si vuole essere visti. Siamo di fronte ad una visione del doppio in cui la verità del corpo malato serve anche all'affermazione della originalità della sua pittura: «L'unica cosa che so è che voglio dipingere, dipingere. Ancora e sempre dipingere»<sup>5</sup>. Nel loro insieme, dunque, gli autoritratti di Frida Kahlo sono al tempo stesso un diario, una ricerca artistica, una ricerca terapeutica. La memoria dipinta di una vita di inaudito coraggio e di feroce determinazione.

#### NOTE

1. Rauda Jamis, *Frida Kahlo*, Teadue, Milano 1995.
  2. Sarah M. Lowe (a cura di), *Il diario di Frida Kahlo: autoritratto intimo*, Leonardo Mondadori, Milano 1995.
  3. Hayden Herrera, *Frida: Vita di Frida Kahlo*, La Tartaruga, Milano 1993.
  4. André Breton, *Le surréalisme et la peinture*, Gallimard, Paris, 1965.
  5. Martha Zamora, *Frida Kahlo, lettere appassionate*, Abscondita Editore, Milano, 2002.
- Si ricorda, infine, il Film di Julie Taymor, *Frida*, presentato al Festival del Cinema a Venezia nel 2002.