

Mente e Cura

ISSN 2611-0245

Rivista semestrale fondata da Giuseppe Lago e Giuseppe Tropeano

SOMMARIO:

EDITORIALE/EDITORIAL

G. Tropeano.....5

INTERVISTE/INTERVIEWS

L. De Gennaro..... 13

ARTICOLI/ARTICLES

R. Caporale, V. Seghetti, R. Di Marzio, F. Sellaroli: *Hans Zulliger: vita ed opere di un clinico eclettico*..... 30

G. Lago: *Mesmerismo e vitalismo*.....45

G. Di Mauro, C. Strambi: *Dimensioni parallele: la missione voyager e la psicologia clinica nel Serd*.....77

S. Battisti, V. Battisti, M. Marcelletti: *Mutismo Selettivo: quando a parlare, è il silenzio*.....150

N. Zippel: *Soggettività e corporeità nel vissuto onirico*.....170

F. Bramati: *Conseguenze psicologiche di situazioni epidemiche e dei provvedimenti di distanziamento sociale*.....187

RUBRICHE

CINEMA/MOVIES (a cura di T. Liverani)205

LIBRI/BOOKS (a cura di B. Foresi)210

CONGRESSI/CONGRES REPORT

(a cura di V. Battisti)

Convegno *Malattie Infiammatorie croniche intestinali 2022: Approccio Multidisciplinare*..... 229

RICERCHE/RESEARCH

(a cura di A. Carleschi)

A. Carleschi, C. Scarpulla, A. Zazzera, S. Caporiccio: *Analisi esplorativa gruppo in psicoterapia psicodinamica integrata: "clima di gruppo dopo un anno di intervento", nel periodo del pre covid*.....238

Mente e Cura

Organo Ufficiale dell'IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

Direzione scientifica: Giuseppe Tropeano

Direttore responsabile: Riccardo de Sanctis

Vice-Direttori: Giuseppe Lago, Bernardino Foresi

Responsabile editoriale: Tiziana Liverani

3

Comitato di lettura: Roberta Cimaglia, Nicole Civale, Giorgia Coluccia, Roberto Di Marzio, Eleonora Foschi, Giulia C. Guerra, Maria Maturro, Simona Morra, Valentina Russo, Lara Scali, Valentina Seghetti, Flavio Sellaroli, Margherita Trabucco.

Comitato editoriale: Maurizio Andreola, Silvia Battisti, Valentina Battisti, Riccardo Caporale, Alessia Carleschi, Federica Cosenza, Antonio Maccarone, Matteo Mentuccia, Annalucia Morrone, Chiara Scarpulla, Martina Sciarretta, Stefano Terenzi.

Comitato scientifico: Vincenzo Aloisantoni, Ugo Amati, Massimo Ammaniti, Mario Amore, Luigi Aversa, Valeria Babini, Goffredo Bartocci, Massimo Biondi, Pietro Bria, Gilberto Corbellini, Tonino Cantelmi, Giuseppe Craparo, Paolo di Benedetto, Filippo Maria Ferro, Antonella Filastro, Massimo Fioranelli, Luigi Grosso, Aldo Lombardo, Giuseppe Martini, Silvia Mazzoni, Clara Mucci, Anna Oliverio Ferraris, Alberto Oliverio, Tommaso Parisi, Francesco Peverini, Vincenzo Rapisarda, Alessandro Rossi, Romolo Sabatini, Albertina Seta, Fabrizio Starace, Leonardo Tondo, Nicola Zippel.

FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

A cura di *Giuseppe Lago*

COMPENDIO DI PSICOTERAPIA

Per una psicoterapia
senza aggettivi

Presentazione di *Paolo Migone*



Per saperne di più clicchi qui

Finalmente un testo di psicoterapia senza aggettivi.

Pensiamo che nel terzo millennio sia venuto il momento di offrire agli addetti ai lavori, ma anche alle persone interessate e impegnate in discipline affini, uno strumento di orientamento generale e di lavoro di base.

Per realizzare questo obiettivo, abbiamo cercato di impostare un *common ground* di nozioni e conoscenze, il più condivisibile da parte dei principali indirizzi della psicoterapia attuale. Ci siamo proposti di presentare una metodologia il più possibile trasversale, senza dimenticare il paradigma di provenienza di molti di noi, cioè la psicoanalisi. L'influenza di cui abbiamo tenuto conto, però, riguarda la stessa influenza che ciascuno psicoterapeuta riceve durante la sua formazione, dal più antico metodo di cura attraverso la relazione. Sullo sfondo del percorso storico della psicoanalisi, abbiamo assimilato tutto il meglio che ci può derivare da altri indirizzi nati dopo di essa.

Questo libro vuole essere un manuale di agile consultazione per lo psicoterapeuta clinico del nostro tempo. Non siamo interessati a occupare lo spazio limitato di un'appartenenza a un paradigma. Siamo altresì impegnati nell'espone le basi metodologiche dell'intervento di psicoterapia, a cominciare da una solida impostazione diagnostica della personalità e da una necessaria verifica dell'*outcome*, ovvero dei risultati di un intervento che vorremmo contribuire a sottrarre all'autoreferenzialità dei metodi carismatici e allo schematismo dei metodi riduzionisti.

Giuseppe Lago, psichiatra, psicoterapeuta, dirige dal 2004 l'Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata (IRPPI) (www.irppiscuolapsicoterapia.it), scuola di specializzazione riconosciuta dal MIUR. Nel 2006, ha pubblicato *La psicoterapia psicodinamica integrata: le basi e il metodo* (Alpes Italia). Nel 2014, ha pubblicato, per Castelvecchi, *L'illusione di Mesmer*. È vicedirettore della rivista dell'IRPPI *Mente e Cura* (www.menteecura.it).

Editoriale/Editorial

5

Nel 2021 la rivista *Mente e Cura* ha cambiato proprietà editoriale, nelle persone della dott.ssa Valentina Battisti, direttrice IRPPI, e del dott. Riccardo Caporale, vicedirettore e coordinatore didattico IRPPI. La nuova proprietà si pone in continuità con la linea editoriale del dott. Giuseppe Lago, fondatore della rivista stessa, mantenendo inalterato lo spirito di autonomia e di propensione alla ricerca. Tale decisione ha portato la riconferma dell'intero staff direttivo, con il solo necessario aggiornamento del comitato scientifico, editoriale e di lettura. La periodicità ritorna semestrale, dopo gli ultimi tre “annuari” (l'ultimo numero, dedicato alla paranoia, è uscito in tempi resi difficili dalla pandemia, arricchito da una densa ed intrigante intervista al prof. Giuseppe Martini psichiatra e psicoanalista).

Nel 2011 la nostra rivista dedicò un numero all'argomento *Dreaming*, ospitando interviste ad Alberto Oliverio e a Paolo Aite, nonché articoli di Francesco Peverini, valente clinico e presidente della Fondazione per la ricerca e la cura dei disturbi del sonno. A questi si aggiunsero ulteriori scritti di Giuseppe Lago *Empatia e sogno*, del prof. Luigi Aversa *La psiche, la psicoterapia ed il sogno*, del prof. Nicola Zippel, filosofo, *Fenomenologia e sogno*.

Nell'autunno 2014, l'IRPPI, del quale la rivista è organo ufficiale, ebbe il privilegio di organizzare, a Roma, il Congresso Europeo dello IASD (International Association for the Study of Dreaming), con partecipazione di riconosciuti ricercatori e clinici, come Bruno Bara, Michael Schredl, Jennifer Windt e altri. Inoltre ebbe il privilegio di un “grant award” finanziando una ricerca su

Sleep apnea and disruption of dream condotta dal prof. Peverini, dal dott. Martellotti e collaboratori.

Sull'avanzamento della ricerca neurobiologica sul cervello, Sir Colin Blakemore, già neuroscienziato a Cambridge, affermò che era assolutamente prematuro e fuorviante interpretare i risultati raggiunti in laboratorio come un sicuro passo verso la creazione di uno strumento che possa scandagliare il cervello al punto da registrarne i sogni. Già nel 1991, Wim Wenders nel film *Fino alla fine del mondo* aveva immaginato come, in clima di apocalisse, l'oggetto del desiderio sia un particolare device, in grado di registrare immagini del mondo reale e di restituire la vista ai non vedenti. Un dispositivo che la co-protagonista inizia ad utilizzare compulsivamente per fotografare e registrare i propri sogni su un supporto digitale. Un sogno impossibile, per ora, che l'approccio naturalista neuroscientifico non è riuscito a realizzare.

In questo numero, prendendo spunto dagli studi del prof. De Gennaro sui *Pandemic Dreams*, abbiamo intervistato lo stesso De Gennaro ("conversazione sui sogni" visibile anche su YouTube). Grazie a questo dialogo, abbiamo incontrato una persona colta ed educata, che si autodefinisce "anomala", trattandosi di uno psicobiologo laureato in psicologia, non in medicina. A mio parere, De Gennaro è più che degno continuatore di una tradizione che da Mario Bertini risale fino al laboratorio di Psicologia della Cattolica di Milano guidato da padre Agostino Gemelli.

Argomentando con garbo e competenza, Luigi De Gennaro mette in discussione un mostro sacro degli studi sul sogno, Allan Hobson, definendo un danno per la psicologia il suo modello di sogno, come prodotto di un'attivazione casuale di aree cerebrali di attività che viene "significata dalla nostra perenne necessità di donare senso ai nostri eventi mentali".

Le simpatie di De Gennaro si rivolgono maggiormente a Mark Solms (psicoanalista ben noto promotore della neuro-psicoanalisi), il quale argomenta come psicoanalisti e neuroscienziati

condividano l'oggetto di studio, ovvero ciò che i neuro-cognitivisti definirebbero "architettura funzionale della mente" (seppur con metodi e punti di vista diversi).

La posizione di De Gennaro è, d'altronde, vicina a quella di Eric Kandel, il quale sostiene che solo un ponte tra neuroscienze e psicologia dinamica offre "la visione più coerente ed intellettualmente più soddisfacente".

All'intervista di De Gennaro fa da sponda l'articolo di Nicola Zippel. Nel suo articolo *Soggettività e corporeità nel vissuto onirico*, Zippel affronta temi intriganti come le anomale modalità di vivere il corpo nell'esperienza onirica, riferendosi anche ai lavori di Cheyne e Girard sulle sensazioni di alienazione e identità corporee. Ed anche alla nozione di "neuro-matrice" di Melzack secondo cui il "senso del sé" è concepito come il risultato di processi neurofisiologici che costituiscono l'esperienza corporea capace di percepire, oltre che come corpo, anche come sé.

Nello stesso tempo, Zippel propone una lettura di "corpo nel sogno" attingendo alla filosofia fenomenologica di Husserl, e ci consente di "definire concettualmente la sfera oggettiva del processo onirico". Zippel, inoltre, si basa sulle riflessioni di Eugen Fink, autore da lui tradotto, sul sogno come "presentificazione". In definitiva Zippel ribadisce come le neuroscienze possano rinvenire nella fenomenologia delle chiarezze concettuali, e quindi teorie più salde e coerenti.

D'altra parte, sul rapporto di forza tra mondo reale e mondo onirico si sono interrogati da sempre i filosofi, dagli scettici a Norman Malcolm.

Il dott. Riccardo Caporale, vicedirettore e coordinatore didattico IRPPI, e i suoi collaboratori dott.ssa Virginia Seghetti, dott. Roberto Di Marzio e dott. Flavio Sellaroli specializzandi IRPPI, hanno il merito di aver riproposto vita e opere di Hans Zulliger, autore eclettico internazionalmente riconosciuto solo dal

secondo dopoguerra in poi. Egli sviluppò quella che in tutto il mondo è conosciuta come “psicoanalisi pedagogica” ed elaborò una propria teoria relativa al valore terapeutico del gioco nei bambini, considerato come luogo di interazione non verbale. Malgrado l’applicazione dei principi psicoanalitici nell’istruzione scolastica lo abbia impegnato nell’attività di insegnamento per tanti anni della sua vita, il maggior contributo che gli viene ovunque riconosciuto è nel campo della psicodiagnostica proiettiva delle macchie. Malgrado i sistematici contributi allo sviluppo e al rafforzamento del test di Rorschach, anche attraverso l’approfondimento della sua forma parallela, il cosiddetto Be-Ro Test, l’originalità della sua produzione scientifica ha toccato la massima espressione nell’ideazione del noto Zulliger Test, agile strumento proiettivo sviluppato sia nella versione di gruppo mediante l’ausilio di diapositive (Zulliger Group Test) che in quella individuale mediante tavole a macchie d’inchiostro (Zulliger Individual Test).

Nell’autunno 2014, presentammo nell’aula dell’Istituto delle malattie mentali e nervose dell’Università “La Sapienza” di Roma, il volume di Giuseppe Lago *L’illusione di Mesmer*. Un Mesmer conosciuto da Mozart, che nell’opera *Così fan tutte* inserì una parodia della terapia magnetica. Da ricordare che Mesmer e Mozart appartennero alla stessa loggia massonica. Anche Giacomo Leopardi non tralascia di riferirsi a Mesmer e, attraverso la lente del mesmerismo, scrive di Torquato Tasso.

Chi scrive accennò, nel 2014, una difesa della figura di Mesmer il quale costituì, in fondo, un superamento degli interventi terapeutici a sfondo mistico-religioso di Johann Joseph Gassner.

Al contrario Giuseppe Lago, nel suo lungo articolo *Mesmerismo e vitalismo – introduzione al dopo Mesmer*, ha sempre nel mirino non benevolo lo storico della psichiatria Henri Ellenberger, che, come molti sanno, valuta Mesmer come “punto di partenza del discorso psicoterapico”. Nell’articolo, si sottolinea quanto nel mesmerismo l’apparenza empirica delle procedure

riporti a un vitalismo, nel quale ancora permangono le teorie mistiche del medioevo e le credenze magiche della cultura tribale.

Giuseppe Lago contesta definitivamente l'entusiasmo di Ellenberger e prosegue nel suo viaggio all'interno del XIX secolo incontrando la figura del marchese di Puységur che, pur essendo considerato allievo non ortodosso di Mesmer, ne prende solo apparentemente le distanze sia sul piano della teoria che della tecnica. Puységur ridimensiona l'idea del fluidismo magnetico e inventa il cosiddetto "sonnambulismo artificiale", ottenendo una forma di alterazione di coscienza nei suoi adepti attraverso l'uso di una tecnica meno empirica e più mistica.

A torto è considerato il precursore delle terapie ipnotiche di stampo moderno. Peraltro, questo non-medico sarà il primo a descrivere come il sonnambulismo provocato possa indurre un'analgia. Fondò in seguito la prima scuola di magnetismo sonnambolico, insegnando in un contesto massonico e paramilitare come indurre la trance cosiddetta magnetica. Fondamentalmente, sarà fautore di un concetto base per le future tecniche in cui il magnetizzatore esercita la sua volontà di potenza come strumento principale per indurre cambiamenti terapeutici, secondo un modello che si richiama più all'azione spirituale mistica dei guaritori della cultura tribale che all'apparato empirico bioenergetico già proposto da Mesmer.

Il contributo di Gaetano Di Mauro e di Claudia Strambi (rispettivamente responsabile e dirigente psicologo di una UOS SERD), è giustamente il corrispettivo di una "mappatura" di quello che metaforicamente possiamo definire come il "mondo" della Psicologia clinica delle dipendenze.

La lettura di questo lavoro (introdotto in modo accurato da G. Di Mauro e svolto da Claudia Strambi) si articola nella narrazione di emblematici seminari condotti nel SERD con gli specializzandi in psicoterapia, e non può quindi che consentire, a chi intende o si troverà destinato ad entrare in contatto con

questa dimensione, ad orientarsi nella dimensione della psicologia clinica delle dipendenze, avendo a disposizione dei punti di riferimento che emergono nella stessa narrazione, chiari ed affascinanti proprio come quelli custoditi nelle sonde della missione Voyager.

Nell'interessante articolo dal titolo *Mutismo Selettivo: quando a parlare è il silenzio*, si tratta di un disturbo dell'infanzia che può perdurare fino all'età adulta, la cui causa non è chiara del tutto, come scrivono le dott.sse Silvia Battisti (docente e didatta IRPPI), Valentina Battisti (direttrice IRPPI) e Martina Marcelletti (specializzanda IRPPI). Il mutismo selettivo sembra sia legato all'ansia fobica, e spesso pone una diagnosi differenziale tra disturbi dello spettro autistico o comportamenti manipolativi/caratteriali. Le autrici dell'articolo sottolineano il duro cimento al quale vengono sottoposti i genitori e la necessità di essere coinvolti nel trattamento, sia esso in CBT o strettamente comportamentale.

Un articolo di grande attualità è quello della dott.ssa Flaminia Bramati (specializzanda IRPPI) sulle *Conseguenze psicologiche di situazioni epidemiche e dei provvedimenti di distanziamento sociale*. L'articolo è stato redatto ad inizio 2020, a compensazione di un tirocinio che non si è potuto svolgere a causa della pandemia da Covid-19.

Nella rubrica "Cinema", curata da Tiziana Liverani, vengono presentati due film recenti: il primo, *La persona peggiore del mondo* è del regista norvegese Joachim Trier, presentato in concorso a Cannes 2021, dove la protagonista femminile, Renate Reinsve, ha vinto il premio per la miglior attrice; il secondo, *Fino all'ultimo indizio*, del regista americano John Lee Hancock, ci trasporta nel mondo poliziesco di Los Angeles degli anni '90,

dove sembra che il passato ritorni a confondere le storie di due poliziotti.

Nella rubrica “Libri”, Bernardino Foresi presenta il libro di Clara Mucci *Corpi borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità*. Presentazione “dovuta” visto le competenze dell’autrice sugli aspetti traumatici, considerati sempre più i precursori eziopatologici dei disturbi di personalità. Il lavoro di Clara Mucci inducono a un’attenta e lunga riflessione, dato anche l’intrigante percorso della Mucci stessa, che nata anglista, parte dalla rivalutazione di Sandor Ferenczi (a lungo osteggiato) fino a includere Kernberg, Fonagy, Green e Schore. Interessante anche l’introduzione di Allan Schore all’edizione italiana.

La linea spezzata dei sogni, il secondo libro presentato, è un romanzo di Giuseppe Lago, vice-direttore di Mente e Cura e fondatore IRPPI. Il libro ci porta lontano, un tempo su una caravella, oggi a bordo di un aereo, ma sempre sulle ali della fantasia dell’autore, fantasia inconscia e pensiero cosciente insieme: la bellezza della scrittura, la sorpresa dell’intreccio magico delle storie, dei personaggi, delle vicende storiche e di quelle solo immaginate: la linea spezzata dei sogni è come quella della vita reale, con gli alti e i bassi, con le separazioni e il ritrovarsi, con l’amore e il dolore, la condivisione e la solitudine, con il senso del tempo e della vita.

Nella rubrica “Congressi” si propone il resoconto del congresso *Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali – un approccio multidisciplinare* dove hanno apportato il loro contributo le dott.sse Silvia Battisti e Chiara Scarpulla.

Nella rubrica “Ricerche” è inserito un lavoro sulle dinamiche interne di un piccolo Gruppo. Alessia Carleschi, Chiara Scarpulla, Ambra Zazzera e Simona Caporiccio, hanno raccolto dati, vissuti

personali e sogni dei partecipanti. Prendendo in esame la coesione, il clima e l'atmosfera del gruppo, hanno utilizzato soprattutto i sogni come processo narrativo e di mentalizzazione, dimostrando come la psicoterapia di gruppo, basata sul modello psicodinamico integrato, sia uno strumento che aumenta la propria individualità e la "resilienza" di tutto il gruppo verso le minacce esterne.

Sullo stimolo di questi articoli, la rivista intende discutere questi temi così cogenti in un seminario di presentazione di questo numero, da tenersi ad inizio autunno.

Interviste/Interviews

13

Luigi De Gennaro, psicobiologo, professore ordinario di Psicologia Fisiologica presso la Facoltà di Psicologia I dell'università di Roma "La Sapienza". Direttore del laboratorio di ricerca sul sonno (e i suoi disturbi), con quasi 600 articoli pubblicati in riviste scientifiche (di alcune delle quali è referee); alla passione per la ricerca unisce quella della didattica (ricambiato dagli studenti); è spesso invitato come esperto nei talk show e in programmi divulgativi.



L'intervista, condotta dal direttore scientifico della rivista Giuseppe Tropeano, coadiuvato da Tiziana Liverani e Roberta Cimaglia, inizia con un "grazie" al prof. De Gennaro per la sua disponibilità e concordando i tempi dell'incontro; è compito del direttore scegliere, per conto della redazione della rivista, le persone da intervistare: in questo caso l'*input* si deve al figlio di Tropeano che sta seguendo le lezioni di De Gennaro all'università (ed è tra i "De Gennaro fans"); il tono diventa ancora più amichevole con la scoperta, da parte di Tropeano, di avere origini

comuni (campane) con il prof., ma anche la “fuga” da casa e l’approdo di entrambi a Roma.

Tropeano: Ho apprezzato molto due cose: la sua attenzione e la sua cautela nei riguardi dell’argomento psicofarmaci, per quanto riguarda gli ipnoinduttori, per quanto riguarda il sonno ed anche per una parola che io ho sentito molto autentica nei confronti della psicoterapia, perché in genere io non mi sono mai fidato in vita mia di psichiatri, miei colleghi, superbilogi, che poi tirati e messi in angolo, alle corde di “Porta a Porta” dicono: “certo può essere utile una psicoterapia”. Glielo dice uno che pensa che la psicoterapia possa avere anche degli effetti indesiderati, paurosi...

14

De Gennaro: Le volevo dire qualcosa, diciamo così, di sfondo, di background su quanto lei diceva. Io sono uno psicologo, di formazione, ma devo convenire di essere “un’anomalia”: primo, sono uno psicologo, ma non sono un clinico, non faccio professione clinica; secondo, sono uno psicobiologo da sempre, ma pur essendo uno psicobiologo non ho mai flirtato con quello che io chiamo il “tradizionale riduzionismo biologico”, che spesso domina, anche implicitamente, molta cultura psicologica. Io ho sempre ritenuto, sostanzialmente, che una disciplina forte, robusta, come la psicologia è, non ha bisogno di sostanziare con il modello della quiescenza dato dal modello biologico neuroscientifico, ma che sia abbastanza matura per poter dialogare alla pari con qualsiasi disciplina, che sia la psichiatria, la neurologia o in generale la medicina. Assunto questo, io godo di una “posizione di eccellenza”, nel senso che non ho conflitti, non ho conflitti di interesse: da una parte, non essendo clinico, non ho un immediato interesse per la mia professionale attività; dall’altra, facendo ricerca, prevalentemente, posso mantenere una fedeltà di fondo a quello che dicevo prima essere un fiero atteggiamento contro tutti i riduzionismi. E si badi bene, quando parlo di riduzionismi, agli stessi ragazzi, io cito i diversi e complementari riduzionismi: uno è

quello noto, il riduzionismo biologico, cioè la semplificazione di alcuni meccanismi normali o patologici della mente al modello cellulare, biologico; ma cito anche un secondo riduzionismo assai meno frequente: il riduzionismo psicologico. Quando alcuni colleghi della nostra larga comunità dimenticano tutto quello che in fase formativa hanno imparato - questo lo dico alla luce di quella maturità disciplinare che la psicologia debba avere - io vedo ragazzi di 19 anni, al primo approccio con la psicologia, verso cui - mi si perdoni il termine - io mi sento "investito", nei limiti della mia singolarità, di qualche cosa che potremmo chiamare un "imprinting", non tanto nello specifico di quello che io insegno, ma un imprinting nel modo in cui approcciare alla formazione e poi alla professione che eserciteranno. Poi, ovviamente, lo faccio bene o male, non lo so ... in poche parole ho cercato di chiarire quello che lei poneva come introduzione ...

Tropeano presenta, in "tre parole", la scuola IRPPI, che ha come caratteristica principale quella di essere "integrata" e come la psicoterapia dell'IRPPI sia basata sulla relazione (cosa spesso data per scontata), con una prima fase empatica ed una seconda interpretativa: l'importanza, quindi dei sogni "via regia all'inconscio" (Freud); la rivista "Mente e Cura" ha dedicato un numero proprio al sogno e ai sogni in psicoterapia (anno II. N.1/2011): nell'editoriale Tropeano cita il libro di Thomas Metzinger *Il tunnel dell'io* (Cortina, 2009) nonché il dialogo tra Metzinger e Allan Hobson sul sogno, in particolare sul "sogno di Gala" (quadro di Salvador Dalì: *Sogno causato dal volo di un'ape intorno ad una melagrana un attimo prima del risveglio*, 1944, ndr) e alla sua interpretabilità o "scomposizione neurofisiologica" come sosteneva Hobson.

De Gennaro: Se posso aggiungere una piccola parte su questa vicenda: ho conosciuto per caso, addirittura da bimbo - o ero laureando o appena laureato - ho conosciuto il grande, già

all'epoca, Allan Hobson e devo dire che fin d'allora non l'ho apprezzato e non l'ho apprezzato per tutta la sua carriera. Posso dire senza molto imbarazzo, che in fase successiva, molti decenni dopo, in un contesto pubblico e quindi in sua presenza, ho avuto modo di dire che poche persone hanno fatto così danni all'aspetto neurofisiologico, neurobiologico del sogno come li ha fatti lui. Adesso, senza entrare in una discussione interminabile, mi limito a quello che lei citava incidentalmente, della riferibilità o interpretabilità di alcuni elementi del sogno di Gala in termini neurofisiologici. Quello è davvero un approccio che io giudico non scientifico ...

Tropeano: Sono d'accordo ...

De Gennaro: Mi spiego meglio e mi riferisco poi alla ragione, cioè due cose – ripeto, l'ho fatto in pubblico e posso ripeterlo anche non più presente Allan Hobson (Hobson è scomparso nel luglio 2021, ndr) – due responsabilità, secondo me gravi, gli ho attribuito: la prima, importante ma per certi versi superata, è l'equivalenza sonno REM/dreaming. Tutti abbiamo studiato sui libri, sui manuali, che ci riproponevano questa equivalenza e la continuiamo ad incontrare quotidianamente in diverse parti della cultura o simili, ma questa è destituita di fondamento. Diciamo così: è emergente il numero di evidenze contrarie che non rendono sostenibile questa affermazione, ma purtroppo la forza di chi l'ha sostenuto per decenni, in qualche modo testimonia pure la difficoltà a superare questa errata conoscenza. E la seconda è quella che lei sollevava incidentalmente con Gala. Hobson e altri autori hanno fatto quello che è banalmente – un termine usato mille volte – il solito “salto della quaglia”. Mi spiego meglio: hanno fondato una cosa che chiamavano “neuropsicologia del sogno”, affiancando certe caratteristiche che le neuroscienze indicavano, con certe caratteristiche RM (Risonanza Magnetica). Faccio un esempio: le neuroscienze possono dire che i livelli

diminuiti di attività prefrontale si possono associare non solo a deficit nelle funzioni esecutive ma anche a mancanza di insight, anche a mancanza di programmazione, di comportamenti diretti ad obiettivi, cose tendenzialmente vere nelle conoscenze neuroscientifiche. Poi vai a vedere che nel REM - non nel sogno, nel REM! - ci sia una deattivazione metabolica nelle aree prefrontali. Queste due cose, che sono due ordini di conoscenze tutte e due vere, vengono messe insieme con quel meccanismo logico, che io chiamo il “salto della quaglia”, dicendo sostanzialmente che la deattivazione metabolica nella RM è responsabile delle anomalie, delle bizzarrie... Perché? Perché le aree prefrontali sono disattivate. Vero o non vero, non si discute. Si discute che questa interpretazione non è legittima, non è legittima perché ha messo a fianco due forme di conoscenza diversa: una cosa è raccontare le neuroimmagini del sonno REM, altra cosa è raccontare il ruolo delle aree prefrontali durante la veglia. Ma metterle assieme sperando che due diverse evidenze facciano una specie di evidenza che non esiste... ovviamente no! E questa cosa, che loro hanno chiamato per circa un ventennio, “neuropsicologia del dreaming”, ha fatto grandi danni: da una parte perché ha dato una presunzione di interpretabilità dei meccanismi del dreaming, che sinceramente è al di là dei dati reali. Noi non lo sappiamo: non c'è niente di solido che ci permetta di dire cosa c'è alla base delle bizzarrie, che c'è alla base della programmazione, delle alterazioni spazio-temporali e si potrebbe continuare ... - No che ci sia male ad interpretare! - Il problema è: una cosa è interpretare il dato empirico, una cosa è far finta che due dati empirici messi assieme facciano un dato empirico diretto. Cosa che non è! E poi dia luogo all'interpretazione. Però, detto questo, per fortuna quella cosa che si è chiamata “neuropsicologia del dreaming”, sostanzialmente è morta, si è chiusa perché non credibile, proprio perché era basata, tra le altre cose, sull'equivalenza REM/sogno e quindi deduceva dalle alterazioni del REM le caratteristiche del dreaming,

attraverso una logica deduttiva a dir poco, scusate il termine, fallata. Il problema qual'è? Il problema è che queste persone – è buffo parlare di aneddotica personale – vivevano una specie di scissione ... Io ho incontrato, a diverso titolo, tre persone, che almeno su una caratteristica, convergevano: Allan Hobson era contemporaneamente terapeuta, psichiatra e neurofisiologo del sonno, aggiungo, al 95% neurofisiologo del sonno animale; l'altro era l'italiano Mauro Mancia, anche lui scomparso qualche anno fa, che era contemporaneamente psicoanalista bioniano e neurofisiologo anche lui; il terzo, che anche lei conoscerà, è Mark Solms, psicoanalista ma anche neuropsicologo, a cui vanno ascritti molti meriti per altre cose che ha per primo e in maniera originale evidenziato.

Tropeano: Necessità del coinvolgimento delle strutture corticali associative nella genesi del sogno, per esempio... gli dobbiamo qualcosa.

De Gennaro: Gli dobbiamo tantissimo! Come a volte racconto, le cose più semplici sono poi le più geniali. Solms fece una cosa apparentemente banale, la fece alla fine degli anni '90¹: cominciò a rovistare, a scartabellare nella letteratura neurologica del secolo scorso, è andato a ricercare, nei singoli testi, cose di un intero secolo, trovando circa un centinaio di pazienti mai descritti prima in maniera sistematica - la sistematicità gliela ha data lui, come esito della sua ricerca - E non solo: ha coniato un termine e la sindrome neuropsicologica "anoneira", sostanzialmente l'assenza del ricordo dei sogni, ma lì, in maniera diretta, con un approccio più che secolare, ha stabilito un rapporto più solido tra certe aree corticali e certe caratteristiche certamente grossolane:

¹Solms, M. (1997), *The Neuropsychology of Dreams: A Clinico-Anatomical Study*. Hillsdale, Erlbaum.

presenza/assenza del sogno, o, al contrario, certe caratteristiche visive mantenute o meno ...

Tropeano: Alla luce di quanto ci ha detto finora, uno degli interrogativi che è oggetto di studi... la domanda la pongo così, in maniera troppo secca: a cosa serve il sogno? Serve più a ricordare o serve più a dimenticare?

De Gennaro: Domanda da mille pistole! Ho una certa difficoltà a rispondere a questa domanda, perché non c'è una risposta semplice, una risposta unitaria: è difficile credere che aspetti costitutivi dell'individuo, il sogno da una parte e il sonno dall'altra, assolvano una funzione unica. Pur declinando che il sogno abbia una funzione "altra", io penso, se lei vuole, in maniera riduzionistica - non mi offendo! - che il sogno ci racconta un aspetto fondamentale della nostra mente: il fatto che la nostra mente non può smettere di funzionare, non può smettere di funzionare mai... dai primissimi momenti post natali, fino agli ultimi momenti della nostra vita. Assunta questa semibanalità: come è possibile che una mente che non può cessare di funzionare mai, lo debba fare per quello che è circa un terzo della nostra vita? (il tempo che passiamo dormendo nell'arco della vita). Nei fatti, lo fa anche durante il sonno, lo fa in uno scenario neurofisiologico, neurochimico del tutto diverso. Dovendo funzionare la mente con un cervello che funziona diversamente - in mille modi si può documentare questo - le caratteristiche con cui viene espresso il "prodotto della mente" sono vincolate a questa anomalia neurofisiologica, a questa anomalia neurochimica. E quindi penso che molte delle cose che hanno affascinato l'uomo nel corso della sua storia, siano sostanzialmente riducibili alla peculiarità di una mente che deve funzionare con un cervello che ha dei codici di base elettrici, chimici, del tutto diversi. E che quello sia la base della maggior parte delle cose che ci stupiscono e che ci intrigano nel sogno. Con questo non sto mettendo in discussione che il

sogno possa essere uno strumento, possa essere una via di accesso, possa essere parte integrante del percorso clinico-terapeutico ... dico semplicemente che, se la domanda è: il sogno ha una funzione specifica? La mia risposta è: non necessariamente, semmai ci racconta il fatto che la nostra mente non può cessare di funzionare anche durante il sonno e si piega alle intrinseche leggi che governa il sonno (e le intrinseche leggi sono, per categorie generali, quelle a cui facciamo riferimento, dal codice elettrico al codice chimico). Certamente il sonno è necessario per entrambe le cose che lei diceva: sia il consolidamento, sia la sfoltitura, sia irrobustire i nostri sistemi di conoscenza, che poi diventano la nostra enciclopedia, sia, - innegabilmente, perché questo è importante per il nostro sistema - ripulire il tanto rumore. Noi siamo investiti da una tale quantità di informazioni quotidianamente spaventosa ... il lavoro di pulizia, il sonno lo fa quotidianamente e lo fa strutturalmente. Giulio Tononi e Chiara Cirelli lo hanno dimostrato fino all'ultimo dettaglio molecolare, mostrando² come ogni notte lo sfondamento non è solo una metafora linguistica, ma è letterale: hanno mostrato come certe spine dendritiche, in un bilancio che va dal 7% al 40%, ogni santa notte viene tagliato: dimostrazione cellulare di quella necessità di oblio che serve a consolidare gli appropriati ricordi, tanto quanto serve il consolidamento della memoria. Tutto questo c'entra col sogno? Non lo so, perché è molto più difficile occuparsi, non tanto delle fonti di memoria che contribuiscono al dreaming – su questo c'è una estesa letteratura soprattutto di colleghi di formazione psicologica – ma della risposta alla sua domanda: se per caso anche il sogno svolge una funzione nel consolidamento, eventualmente nel *pruning*, nello sfoltimento ... Su questo non ho una risposta perché, nei fatti, non ci sono studi; cito abitualmente un solo studio che indirettamente e quasi per caso ha mostrato che

²Giulio Tononi and Chiara Cirelli et al., Ultrastructural evidence for synaptic scaling across the wake/sleep cycle. *Science* 3 Feb 2017 Vol 355, Issue 6324 pp. 507-510.

incorporare certe caratteristiche cognitive diurne portava un miglioramento nei processi di memoria coinvolti in un compito. Ma è uno studio unico: è difficile tirare conclusioni così generali da un unico studio, seppur elegantemente pubblicato su una rivista prestigiosa

Tropeano: La dott.ssa Cimaglia (specializzanda IRPPI n.d.r.), che si occupa di autismo, mi suggerisce di domandarle se l'ipersensorialità delle persone autistiche può avere a che fare qualcosa con lo sfolgimento nel sonno?

21

De Gennaro: Non lo so, e non lo sa nessuno. A mala pena sappiamo quali siano le specifiche alterazioni del sonno in autismo... Ci sono pochissimi studi. Anche per questo, insieme a Stefano Vicari del Bambin Gesù, stiamo avviando tre progetti di ricerca che avranno l'obiettivo di mettere qualche punto fermo sulla letteratura delle alterazioni del sonno in autismo... se non c'è ancora un dato unanime sulle specifiche alterazioni del sonno in autismo, meno che mai c'è qualcosa che può dare un elemento di risposta alla domanda della dott.ssa Cimaglia, in un senso o nell'altro. Posso dire solo un'altra cosa, in un nostro studio precedente sui disturbi del sonno nei dislessici³...: non mi sento di dirle che quello studio ha documentato meccanismi clamorosamente diversi nei dislessici, pur riportando specifiche alterazioni corticali durante il sonno. Sull'autismo non abbiamo neanche questo ...

Tropeano: So che lei si sta occupando dei cosiddetti “sogni in pandemia” (pandemic dreams). Ora nella mia, nella nostra pratica

³Reda F, Gorgoni M, D'Atri A, Scarpelli S, Carpi M, Di Cola E, Menghini D, Vicari S, Stella G, De Gennaro L. Sleep-Related Declarative Memory Consolidation in Children and Adolescents with Developmental Dyslexia. *Brain Sciences*. 2021; 11(1):73. <https://doi.org/10.3390/brainsci11010073>

clinica, già dai primi lockdown, marzo 2020, cominciammo a vedere ...

De Gennaro: Ad essere investiti...

Tropeano: ... Ad essere travolti e a farci male, qualche volta, con i pazienti che si fanno male... Io ero molto interessato a sapere la sua idea riguardo a quello che si chiama il “long neurological covid” e delle sue eventuali influenze sul sonno e quindi anche sul sogno. Questo sta diventando un comune denominatore dell’attività clinica quotidiana. Io, come psichiatra cerco di fare inizialmente il medico, almeno per le prime due sedute, per capire come funziona “in toto” la persona. E le persone mostrano, a parte il mal di testa e la nebbia, il cosiddetto “brain fog”, diminuzione di attenzione, la fatica e un aumento dei disturbi del sonno, sui quali - cerco di avere il suo supporto scientifico – vado molto cauto riguardo alla prescrizione di ipnoinduttori ... Certo, è bene che una persona dorma: il sonno è la migliore terapia naturale, per tutto... però, le teorie sono molte: *Lancet* ha parlato recentemente di “new challenge” per la scienza medica, sarà un cambio epocale per la scienza medica, qualcuno dice che si creerà una nuova categoria di invalidità post covid, “long haulers covid”, teoria neuroinfiammatoria, probabilmente... ci saranno movimenti antimmunitari con formazione di antigeni antineuronali ...

De Gennaro: Il discorso è lunghissimo: due anni e mezzo di covid e le condizioni di vita diverse hanno modificato certe opportunità di lavoro. Abbiamo lungamente studiato la pandemia, con gli strumenti disponibili, stando chiusi in casa ... solo per dire che ho perso letteralmente il conto tra sonno, alterazioni del sonno e sogni, il numero di lavori che abbiamo pubblicato in questi due anni... Tanta produzione scientifica si riduce poi a qualcosa di molto semplice: tutto quello che è stato specifico e aspecifico della pandemia ha cambiato in maniera importante la nostra vita e ha

impattato fortemente sul sonno, fino ad arrivare al 50% in più di alterazioni del sonno (50% del campione dei rispondenti); ancora più vistose sono state le alterazioni oniriche, durante la pandemia, sia nei sogni che nei “bad dreams”. Quali sono i due fenomeni riscontrati stabilmente ovunque? Drastico aumento del numero della frequenza dei sogni ricordati; ancora più drastico aumento dei “nightmares”, dei sogni terrifici. Questi ultimi sono indicativi di aggiustamenti traumatici [uno studio sui sogni pre e post terremoto della popolazione colpita dal terremoto dell’Aquila lo ha dimostrato]. La ricerca sui sogni durante la pandemia⁴ ha dimostrato la corrispondenza tra la positività al covid e l’aumento dei sogni terrifici⁵.

Il long covid diventerà nei prossimi mesi un vero problema, una vera e propria sfida per la comunità internazionale, con delle valenze anche legali... In questo ultimo anno abbiamo fatto un progetto internazionale (16 paesi, dalla Cina al Giappone agli Stati Uniti) per monitorare il long covid con una divisione di aree per competenze; per quanto riguarda gli italiani abbiamo avuto una buonissima raccolta dati e quindi un numero cospicuo di long covid e di “hort” covid, cioè quelli che hanno avuto il covid senza la sequela dei sintomi. In sintesi: quando vai ad osservare il long covid, la caratteristica dell’incremento dei sogni non è così tanto discriminativa, quello che rimane fortemente discriminativo sono i nightmares. Le persone affette da long covid presentano, rispetto a persone che ha avuto il covid senza strascichi, un cospicuo aumento dell’espressione terrificata dei sogni... Lo posso dire, pur non avendo ancora pubblicato la ricerca – ormai siamo in dirittura

⁴Tempesta D, Curcio G, De Gennaro L, Ferrara M (2013) Long-Term Impact of Earthquakes on Sleep Quality. *PLoS ONE* 8(2): e55936.

⁵Scarpelli S, Nadorff MR, Bjorvatn B, Chung F, Dauvilliers Y, Espie CA, Inoue Y, Matsui K, Merikanto I, Morin CM, Penzel T, Sieminski M, Fang H, Macêdo T, Mota-Rolim SA, Leger D, Plazzi G, Chan NY, Partinen M, Bolstad CJ, Holzinger B, De Gennaro L. Nightmares in People with COVID-19: Did Coronavirus Infect Our Dreams? *Nat Sci Sleep*. 2022; 14:93-108.

d'arrivo – per cui le confermo che c'è ancora un importante interessamento onirico nella patologia del long covid.

L'altra questione (quella medica) è un po' controversa. L'OMS ha prodotto nell'autunno del 2021 – poi lo ha emendato – le difese di long covid. Ha applicato quello che si chiama “protocollo Delphi” chiedendo ad un pool di esperti cosa pensassero del long covid. Lo dico per indicare la difficoltà di maneggiare questo oggetto, perché è un oggetto strano, come patologia, fin dalla mancanza della cosa più banale: t'immagini ci sia una forma di proporzionalità tra l'importanza, la virulenza e le conseguenze. Non c'è! Già questo crea fortissimi problemi.

Tropeano: Verissimo, condivido assolutamente, dalle nostre osservazioni ... non c'è corrispondenza! Anzi, chi ha avuto forme “pauci” o asintomatiche, senza febbre, dopo 20 giorni comincia ad avere qualcosa, a patire qualcosa ...

De Gennaro: Qui il discorso diventa difficile. Qualche collega della comunità internazionale ci ha fatto uno studio, su *Lancet*: si è azzardato, secondo me, con una logica intollerabilmente riduzionistica, a dire che il covid è una specie di “costrutto psicologico” che non necessariamente ha una sua base somatica. Come a dire: quando il gioco si fa duro allora escono fuori “idiopatico”, “psicologico”, “non spiegabile”, tutti quei termini che non dicono nulla... Però, tornando alla domanda, la risposta è molto semplice: il disturbo del long covid – comunque lo vogliamo chiamare – si associa molto, molto robustamente ad una persistente presenza di nightmares, se confrontati con persone equivalenti ma senza sintomi di lunga durata (quelli che hanno avuto il covid, senza long covid).

Tropeano: Volevo domandarle una cosa riguardo la melatonina. Ho frequentato per anni la Svizzera, in particolare il Valais, luogo di più alta incidenza per i disturbi del sonno e per l'acquisto di

Ferrari! ... oltre al meccanismo del “Fohn”, il vento della follia. Quello che mi colpì, che mi raccontava il mio collega di Losanna, è che l’aumento di consumo di prescrizioni di melatonina aveva portato ad una diminuzione proporzionale delle prescrizioni di ipnoinduttori, sollevando qualche malessere sulle sponde del Reno... per cui poi c’è stato un cambiamento della normativa, anche in Italia (vendita di melatonina, prodotti di banco, il Circadin, il Pineal, ecc.). Volevo avere una sua idea su un argomento: il dosaggio di melatonina ... lo so che lei non fa attività clinica, però ha le conoscenze ...

De Gennaro: Sul dosaggio non mi pronuncio, mi pronuncio però sulla filosofia di base. Diversi aspetti. Il primo, a costo di essere tranciante: mentre l’efficacia della melatonina come integratore capace di ristabilire la corretta adesione circadiana, è indiscutibile, la sua autonoma, indipendente capacità di essere un ipnoinduttore, non è mai stata dimostrata chiaramente. Però come a volte capita, diciamo così, il mercato sopravanza la ricerca, a maggior ragione con una sostanza che a volte è stata integratore, a volte farmaco ... Immagino che questo spostamento nelle quote di mercato corrisponda ad un orientamento di consumo vissuto come meno associato a conseguenze secondarie ... Non posso essere d’accordo sull’affermazione che la melatonina sia un ipnoinduttore, almeno non è stato dimostrato in maniera convincente...

Tropeano: Non è dimostrato...

De Gennaro: Quantomeno a volte si fa l’affermazione: quando si riscontra efficace nell’insonnia o in difficoltà di addormentamento è perché agisce sulla componente di disorganizzazione circadiana presente: anche questa è una spiegazione “ad hoc”, non dimostrabile.

Tropeano: ... Una domanda “ad usum tropeanum”: pazienti giovani che frequentano molto queste micro comunità sociali, mi chiedono: “ma non sarebbe bello per me riuscire ad avere un sonno polifasico, o bifasico?”... Lei sa meglio di me che esistono gruppi, quasi settari, e le richieste mi giungono ... In pratica io cerco di dissuadere, di fare una dissuasione morale, mettendo in mezzo eventuali conseguenze indesiderate, il disordine metabolico, la stanchezza diurna ... Vedo che c’è molta esigenza, anche da parte di ragazzi attivi, che sono andati all’estero, con cui ho mantenuto dei contatti di controllo: loro vorrebbero o un sonno polifasico o entrare a far parte della cosiddetta “pull sleepers elite” ... Mi ha detto una persona che è stato recentemente in America, che ad una mostra di apparati di high technology c’era un intero settore dedicato a come modificare il proprio sonno...

De Gennaro: Questa però è un’altra cosa. Lei ha sollevato tante questioni, contemporaneamente. Cominciamo dall’inizio. Io faccio un uso quotidiano della rete, anche dei cosiddetti “social”, quantomeno perché sono impegnato nelle tematiche della divulgazione... Pur essendo un utente intenso, quasi quotidiano, so perfettamente che in rete si sviluppano dei fenomeni che hanno una vita propria, davvero. Lei ne ha citato uno, ne ero a conoscenza; gliene posso citare almeno altri due che sono quantomeno tangenziali alle cose di cui abbiamo parlato. Uno è il successo di cui gode sulla rete il “sogno lucido”... si è giocato un po’ nella definizione di sogno lucido, in realtà ha due cose che lo fondano: la prima è la percezione del sognatore dell’*hic et nunc* del sogno (ma questa è una percezione quasi banale, che prima o poi abbiamo tutti avuto...); la seconda, più elusiva, è la capacità di guidare il corso dell’evento onirico ... è questo che affascina queste comunità: tu ti addormenti la sera e immagini come un regista che manda in scena chi vuoi, con gli attori che vuoi, ti ci metti anche te ... è facile capire perché affascina.

La terza invece, non è proprio sonno, è questa cosa dei meridiani corporei, della stimolazione dei meridiani corporei, tecnica di stimolazione che furoreggia tra gli adolescenti, l'ASMR.

Torno alla sua domanda. Io non so come sia scoppiata questa storia [del sonno polifasico]. Presumo che sia scoppiata dal resoconto storico di Leonardo da Vinci come caratterizzato dal sonno polifasico. Qualcuno racconta, visto che l'abbiamo citato, che anche Dalì abbia fatto qualche tentativo di sonno polifasico. Io posso raccontare solo un aneddoto, ormai son passati circa 20 anni: un giovane pittore, svizzero (a proposito!) decise di provare il sonno polifasico e venne in Italia, a Bologna a casa di una mia amica e collega psicologa. Cominciò ad applicare il paradigma leonardesco a se stesso. Dopo circa un paio di mesi dovette interrompere l'esperienza: aveva maturato delle serie conseguenze nei termini della durata del sonno, dell'efficienza diurna, della capacità di concentrazione, ecc. L'unico effetto vero che aveva ottenuto era una cronica privazione di sonno, poco compatibile con una buona qualità della vita... Poi ci si è aggiunta un'altra cosa, oltre al background di Leonardo: antropologi, persone di diverse culture, hanno sostenuto, senza grandi possibilità di poterlo dimostrare, che non è poi tanto vero che noi abbiamo un unico episodio di sonno, ma che gli antichi dormivano in maniera intramezzata ... temo che questo secondo filone abbia in qualche modo intercettato il primo: non solo è desiderabile il sonno polifasico, ma che magari è un modello antico e naturale di sonno ... A tutt'oggi possiamo dire che scegliere quella roba là, non ti fa diventare come Leonardo, ma come un cronico deprivato di sonno. Questa è l'unica verità di questa vicenda.

Tropeano: L'ultima domanda. Alcuni ipnoinduttori (in particolare il Clonazepam-Rivotril quando usato come ipnoinduttore) modificano alcuni aspetti del sogno, rendendoli più vividi. Che spiegazione potrebbe ...

De Gennaro: Le posso dare una risposta indiretta, che ha una relazione col fatto che sono un accanito fumatore. Mi è capitato alcuni anni, alla fine di un convegno a Roma: mi insegue una collega, pneumologa, direttrice di un centro antifumo al San Camillo, dicendomi che aveva osservato una drammatica esplosione di incubi in pazienti in trattamento antifumo con la vareniclina (Champix). Mi invitava a studiarlo. E lo abbiamo fatto, trovando effettivamente che le persone nel trattamento con Champix, confrontando con persone equivalenti trattati con cerotti nicotinici, avevano un numero molto elevato, quasi triplicato di incubi (abbiamo pubblicato lo studio⁶). L'aspetto più interessante che abbiamo riscontrato nei pazienti trattati è la frammentazione del sonno e la tendenza a ricordare più sogni. Abbiamo dimostrato sperimentalmente che il Champix non crea gli incubi, aumenta la frammentazione: aumentando la frammentazione aumenta la capacità di ricordare i sogni, e se ricordi più sogni, quasi come sottoprodotto, ricordi di più quelli con caratteristiche negative.

La classi di sostanze che alterano i sogni sono tantissime: non sappiamo mai se sono effetti specifici del farmaco sul sogno, oppure sono effetti diversi, come in questo caso, cioè che il farmaco altera la continuità del sonno, o perché lo frammenta (quindi i risvegli), o perché lo alleggerisce; ma in tutte e due le condizioni, sia la frammentazione, sia la superficializzazione, aumentano la probabilità di ricordare i sogni. Facciamo l'esempio opposto, abbattere i sogni ricordati, prendere le persone, privarle, farle fare un sonno di recupero: si abbatte completamente, fino a quasi scomparire, il sogno. Che certe caratteristiche, almeno quantitative, del sogno vadano a ricasco del sonno, ce ne sono tantissimi esempi.

⁶Francesca Polini, Rosastella Principe, Serena Scarpelli, Francesca Clementi, Luigi De Gennaro, Use of varenicline in smokeless tobacco cessation influences sleep quality and dream recall frequency but not dream affect, *Sleep Medicine*, Volume 30, 2017, Pages 1-6, ISSN 1389-9457, <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.11.002>.

Nel caso del Clonazepam, non le so dire direttamente: il Clonazepam è una benzodiazepina strana ... Ci sono degli studi sul campo, per cui il disturbo comportamentale del sonno REM, che è la patologia specifica... qual'è il farmaco di elezione? Il Clonazepam! Perché quella specifica molecola? ... Nessuno lo sa. "Ex adiuvantibus" ... Da molti anni viene usato, e non è l'unico caso... Il Clonazepam è comunque una molecola particolare: io se dovessi esprimere un parere, voterei più gli aspetti aspecifici sul sonno, che poi vanno ad impattare sui sogni, piuttosto che l'effetto diretto di questa benzodiazepina sul sogno... però, ho votato, ho votato una preferenza interpretativa... non posso dire altro.

29

Tropeano: Va bene, si è esposto abbastanza... La ringrazio di questo quarto d'ora in più.

L'intera intervista può essere vista su questo link:

[https://youtube.com/playlist?list=PLtAWNqnyrk6vLEjB06Ftvj13C_9rN7rjA]

Articoli/Articles

HANS ZULLIGER: VITA ED OPERE DI UN CLINICO ECLETTICO

30

Hans Zulliger: life and works of an eclectic clinician

Riccardo Caporale⁷, Virginia Seghetti⁸, Roberto Di Marzio⁹, Flavio Sellaroli¹⁰

Le origini

Hans Zulliger nacque a Biel, in Svizzera, il 21 febbraio 1893. Era il maggiore di quattro figli e apparteneva ad una famiglia di umili origini: ricorda il padre come un uomo modesto e generoso, la madre come una donna allegra e rassicurante (Salomon, 1969).

A causa delle esigenze lavorative dei genitori, visse gran parte della sua infanzia presso i Kuhn, una famiglia di amici che abitava in un villaggio vicino. Fu per il piccolo Hans un periodo felice. Frau Kuhn divenne per lui come una seconda madre e trascorse molto tempo con papà Kuhn, con cui imparò a pescare, divenendo

⁷ Psicologo e psicoterapeuta, vicedirettore e coordinatore didattico IRPPI.

⁸ Psicologa e specializzanda IRPPI.

⁹ Psicologo e specializzando IRPPI.

¹⁰ Psicologo e specializzando IRPPI.

talmente bravo da riuscire a guadagnarsi del denaro vendendo il pescato al “mercante della domenica” (Carruba, Castiello d’Antonio, 2008).

Pian piano i genitori biologici, conservando con cura il ricavato del loro lavoro, ottennero un piccolo pezzo di terra dove poter costruire finalmente una casa propria, allevare e coltivare. Hans tornò così a vivere con i suoi familiari, rimanendo tuttavia sempre fedele ai suoi vecchi amici, i Kuhn, che ormai rappresentavano per lui una seconda famiglia e ai quali doveva la sua crescita e la sua formazione (Salomon, 1969).

Per merito della sua bravura e intelligenza fu accettato al Gymnasium, dove venne a contatto con una dura disciplina, caratterizzata da mezzi punitivi come restrizioni e reclusione. Diplomatosi nel 1912, avrebbe voluto diventare un musicista o un pittore, ma non poté soddisfare queste sue aspirazioni artistiche a causa delle umili origini della sua famiglia. Decise così di intraprendere la carriera di insegnante in un piccolo villaggio presso Berna, Ittigen, dove formò una classe di sessantatre allievi con profilo sociale eterogeneo. Qui mise delle radici profonde, costruì la sua casa, e nel 1915 sposò Martha Urfer da cui ebbe tre figli, un maschio e due femmine (Salomon, 1969).

L’insegnamento e l’incontro con la psicoanalisi a servizio dell’età evolutiva

Zulliger dedicò circa quarantasei anni della sua vita all’insegnamento, mantenendo viva la sua passione per la scrittura componendo opere in dialetto locale e in lingua tedesca, sia in prosa che in versi. Rimase fedele alla sua professione sino all’età del pensionamento, nonostante le numerose attività scientifiche e professionali alle quali si dedicò parallelamente.

A Ittigen, Zulliger diede un contributo attivo allo sviluppo di quella che sarebbe stata successivamente conosciuta in tutto il mondo come “pedanalisi” (Pfister, 1913), o meglio, psicoanalisi

pedagogica. Durante i suoi studi per diventare insegnante fu attratto, infatti, dalla psicoanalisi freudiana sotto l'influenza del suo maestro e poi amico Oskar Pfister, quest'ultimo a sua volta amico intimo di Freud, il quale aveva già introdotto la teoria psicoanalitica nel campo teologico ed educativo.

Dopo aver terminato gli studi, durante il “Seminario degli Insegnanti” tenutosi a Berna, Zulliger incontrò Ernst Schneider, professore di psicologia a Dorpat, anch'egli allievo di Pfister e primo fautore dell'applicazione della psicoanalisi all'educazione: un connubio malvisto a quel tempo. Schneider iniziò ad applicare i principi psicanalitici in ambito scolastico con ragazzi di 12-13 anni sin dal 1912, provocando notevole interesse e curiosità in Zulliger, che da allora divenne anch'egli uno dei pionieri nel campo dell'analisi infantile applicata all'insegnamento. Tali idee irritarono però talmente tanto la gente del Cantone di Berna da costringere Schneider ad abbandonare la sua posizione (Friedemann, 1966).

Dall'esperienza maturata nella pratica quotidiana dell'insegnamento, Zulliger elaborò una propria teoria relativa al valore terapeutico del gioco nei bambini considerato come luogo di interazione non verbale e valutò la possibilità di inserire l'analisi infantile nell'ambito dell'educazione come campo specifico dell'igiene mentale, o “psicoigiene applicata” (Federn, Meng, 1949). Il gioco del bambino, secondo Zulliger, rappresenta un'espressione del suo inconscio e può pertanto essere interpretato analiticamente e utilizzato come modalità di trattamento (Zulliger, 1966). Inoltre rifiuta la punizione come metodo educativo e ne ammette il ricorso soltanto quando sia stato raggiunto un certo livello di confidenza tra bambino ed educatore. La base per un trattamento di successo è caratterizzata, secondo Zulliger, dall'esatta conoscenza del lavoro di Freud, dalla comprensione del pensiero magico-mistico del bambino e della sua relazione con lo sviluppo della coscienza.

Il suo primo caso, risalente al 1913, fu quello di un ragazzo balbuziente, che Zulliger riuscì a liberare dalla sua sofferenza. Più tardi, al termine della Prima Guerra Mondiale, iniziò a sviluppare una sua tecnica del gioco nella terapia dei bambini usando le interpretazioni soltanto in modo modesto. Allo stesso tempo, incrementò l'utilizzo delle teorie psicoanalitiche nell'istruzione scolastica, sia per indirizzare il lavoro dell'intera classe che per aiutare individualmente allievi con segni iniziali di nevrosi e proteggerli dal rischio di un aggravamento dei loro sintomi (Zulliger, 1921).

Zulliger non abbandonò mai l'insegnamento, poiché rappresentava per lui la possibilità di mantenere un contatto continuo e diretto con bambini sani e avere un metro di giudizio più obiettivo per valutare i diversi gradi di disturbo psichico senza sovrastimarli (Salomon, 1969). In ogni caso che affrontava, focalizzava sempre la sua attenzione più sulle parti sane degli individui piuttosto che su quelle patologiche, al fine di giungere a una corretta prognosi e poter progettare un più adeguato trattamento psicoterapeutico.

La sua prima pubblicazione in questo ambito, intitolata *Psychoanalytische Erfahrungen aus der Volksschulpraxis* (Zulliger, 1921), ovvero “Esperienze psicoanalitiche nella pratica dell'insegnamento nella scuola elementare”, conteneva vari argomenti relativi alla vita scolastica, tra cui i fallimenti e le ansie percepite dagli studenti e l'importanza dell'educazione sessuale nella crescita di questi giovani. Successivamente a questo lavoro, pubblicò circa altri venti libri e più di cento articoli in numerose riviste scientifiche. Tutti trattavano il tema dell'analisi infantile e l'applicazione della psicoanalisi ai problemi educativi e d'igiene mentale. Obiettivo di Zulliger era quello di ricevere, tramite i suoi scritti, il riscontro critico di altri studiosi e di difendere il lavoro di Schneider dai numerosi attacchi ricevuti dal mondo scientifico (Carruba, Castiello d'Antonio, 2008).

La sua pubblicazione del 1921 suscitò la curiosità di Freud e così Zulliger fu invitato da Pfister e Oberholzer a discutere le sue riflessioni in due riunioni della Società Svizzera di Psicoanalisi, dove espose la sua esperienza diretta con i ragazzi e il riscontro di ciò che gli psicoanalisti, nella relazione con il paziente adulto, possono solo ricostruire. Divenne così membro della Società Svizzera di Psicoanalisi, occupandovi il posto di segretario per molti anni. Fu qui che Zulliger ebbe l'occasione di incontrare Hermann Rorschach, nominato nel 1919 vicepresidente della Società, e di cui divenne presto amico e allievo (Carruba, Castiello d'Antonio, 2008).

Durante la sua partecipazione al Congresso di Berlino dell'Associazione Psicoanalitica Internazionale, tenutosi nel settembre del 1922, Zulliger incontrò nuovamente Freud, che lo incoraggiò a proseguire nel suo lavoro pur non condividendo l'idea che l'educazione psicoanalitica fosse più un'istituzione sociale e collettiva che non una materia di trattamento individuale (Zulliger, 1966).

I lavori sulla psicodiagnostica proiettiva delle macchie

Lavorando con il metodo Rorschach, Zulliger raccolse un ampio numero di dati che vennero poi discussi in numerose pubblicazioni. Tra queste, il libro *Der Rorschachsche Testersuch in Dienste der Erziehungsberatung* (1932) era dedicato ai risultati emersi dall'utilizzo del reattivo nella pratica del counseling educativo, mentre *Jugendliche Diebe im Rorschach-Verfahren* (1938) conteneva riflessioni circa la sua applicazione su una popolazione di giovani ladri.

Non c'è autore nella letteratura internazionale che abbia contribuito più di Zulliger allo sviluppo e al rafforzamento del test di Rorschach (Ro-Test). Egli continuò il lavoro del suo ideatore integrando con successo le conoscenze psicoanalitiche nella teoria e nella pratica del test. In questa sua impresa Zulliger fu agevolato

da una circostanza in particolare. La sua permanenza stabile a Ittigen gli consentì infatti di osservare, anche per diversi decenni, lo sviluppo di soggetti testati in precedenza e che lui stesso ebbe la possibilità di seguire psicoanaliticamente. Poteva così riesaminare ed eventualmente correggere le sue precedenti interpretazioni alla luce delle osservazioni longitudinali, aspettando anni prima di confermarle e pubblicarle sotto forma di single case o di studio teorico (Salomon, 1969).

Non c'è probabilmente nessuna area nell'impianto di siglatura e d'interpretazione del Ro-Test in cui Zulliger non abbia dato il suo contributo personale. Nella sua collaborazione con Rorschach si occupò anche di approfondire e di portare avanti la forma parallela del proiettivo, il cosiddetto Behn-Rorschach (Be-Ro Test), dal nome di Hans-Behn-Eschenburg, allievo e collega di Rorschach che insieme a lui lavorò alla sua progettazione. Il Behn-Rorschach fu realizzato nel 1920, periodo in cui Hermann Rorschach era primario presso l'Ospedale psichiatrico Herisau ad Appenzell. La serie parallela delle tavole nacque per scopi di controllo durante l'elaborazione del libro *Psychodiagnostik*. Vennero così scelte le 10 tavole più appropriate tra un considerevole numero di macchie e successivamente standardizzate con le tavole Rorschach. Tuttavia, la morte prematura sia di Rorschach che di Behn non consentì loro la pubblicazione del lavoro, che venne ultimato e successivamente edito dallo stesso Zulliger (Carruba, Castiello d'Antonio, 2008).

Nel 1941 Zulliger pubblicò infatti *Introduction to the Behn-Rorschach Test*, edito dalla Huber. Qui l'autore, dopo un'introduzione sull'interpretazione delle forme e sull'applicazione del Be-Ro Test a bambini, adolescenti e adulti, presentò i risultati ottenuti dalla somministrazione di oltre 500 protocolli, di cui circa 300 applicati su bambini e giovani, e 63 doppie applicazioni (Rorschach e Behn-Rorschach) su una popolazione clinica, discutendone la formulazione psicodiagnostica e dello psicogramma. In questo lavoro Zulliger pose l'accento sull'utilità

strumentale del Be-Ro Test con i bambini, poiché consentiva di utilizzare i vari fattori dello psicogramma come se il soggetto fosse stato un adulto a cui era stato applicato il Ro-Test (Zulliger, 1941a). L'orientamento di Zulliger rispetto alla siglatura e all'interpretazione mantenne sempre una matrice psicoanalitica. Nonostante appartenesse alla scuola svizzera, ovvero la scuola classica, egli marcò l'evoluzione che la visione di Hermann Rorschach subì sul finire del suo percorso, caratterizzata da una maggiore attenzione verso l'interpretazione dinamica e psicoanalitica del test, con particolare riguardo alle teorie di Sigmund Freud (Carruba, Castiello d'Antonio, 2008).

La nascita dello Zulliger Test: Zulliger Group Test e Zulliger Individual Test

Durante gli anni del secondo conflitto mondiale, si fece sempre più incalzante la necessità, da parte del servizio di psicologia svizzero, di identificare uno strumento efficace per la valutazione della personalità dei candidati da selezionare per le forze armate, in particolare per i gruppi di ufficiali composti da trenta-sessanta persone. In un primo momento, Zulliger tentò di rispondere a tale esigenza somministrando individualmente ai candidati in selezione solamente alcune tavole del Ro-Test e del Be-Ro Test tramite diapositive, ma questo tentativo presentò dei limiti evidenti: innanzitutto le diapositive alteravano gli aspetti strutturali delle tavole, soprattutto nelle determinanti cromatiche e chiaroscurali, e inoltre l'utilizzo di un numero ridotto di tavole e l'alterazione del processo di somministrazione non consentivano di fare riferimento ai dati raccolti negli anni precedenti sullo strumento e quindi al suo potere predittivo conquistato. Anche i tempi si rivelarono comunque poco agevoli rispetto all'urgenza della situazione bellica. Secondariamente pensò anche ad una somministrazione collettiva del test di Rorschach, ma, anche in questo caso, le tempistiche risultarono troppo estese.

Zulliger decise quindi di spostare la sua attenzione verso la creazione di un nuovo strumento proiettivo, dotato di affidabilità e validità pari al Rorschach ma al contempo di una modalità di somministrazione più semplice e rapida. Alla luce di tale necessità, fu messa a punto nel 1942 la forma collettiva dello Zulliger Test (Zulliger Group Test), somministrata con l'ausilio di diapositive, pubblicata ufficialmente nel 1948 e ampliata nel 1959, mentre le edizioni per la sua somministrazione individuale (Zulliger Individual Test), sotto forma di tavole, furono poi pubblicate nel 1954 e successivamente nel 1962 (Carruba, Castiello d'Antonio, 2008; Castiello d'Antonio, 2012).

La realizzazione dello Zulliger Test fu possibile grazie alla collaborazione di Zulliger con diversi colleghi tra i quali Biaesch, Friedemann, Salomon e Zietz e anche con alcuni autori italiani tra cui Bacci e Giuliani. La sua ideazione fu un lavoro piuttosto laborioso: gli autori iniziarono la messa a punto dello strumento partendo con un pool di circa seicento macchie, dalle quali infine ne selezionarono solamente quattro, ma, a causa dei risultati inadeguati ottenuti comparando i dati emersi con quelli relativi alle somministrazioni di Ro-Test e Be-Ro Test, decisero di elaborare ulteriori quattrocento macchie dalle quali ne individuarono due che risultavano particolarmente attivanti dal punto di vista del movimento (Carruba, Castiello d'Antonio, 2008; Castiello d'Antonio, 2012). Portando avanti la fase sperimentale Zulliger eliminò infine tre di queste sei macchie, formando così la serie di tre tavole che oggi compongono il test.

La standardizzazione della forma collettiva del test avvenne su un campione di circa ottocento soggetti appartenenti alla popolazione maschile adulta con età compresa tra i venti e i venticinque anni (in linea con lo scopo per il quale il test fu creato), mentre, per la forma individuale, Zulliger si avvalese di un campione di circa mille soggetti appartenenti alla popolazione normale. I risultati ottenuti dalle somministrazioni individuali furono confrontati con quelli del Rorschach e del Behn-Rorschach

e questo permise di sostenere la conformità dello Zulliger Test con i suddetti proiettivi, sia per gli elementi strutturali essenziali, oltre che per i principi teorici e metodologici (Carruba, Castiello d'Antonio, 2008).

Sulla scia di Rorschach, Zulliger sottolineò più volte l'importanza di inserire i test proiettivi nell'iter selettivo, integrandoli con una batteria di test non troppo ampia e tale da permettere delle valutazioni incrociate (Eble, Fernald, Graziano, 1963). Utile e versatile nell'indagine psicodiagnostica, facilmente somministrabile a soggetti che presentano affaticabilità, difficoltà di concentrazione, bassa tolleranza alla frustrazione, lo Z-Test consente di «andare oltre le difese del soggetto e giungere ad una valutazione della dinamica della personalità sufficientemente profonda e, pertanto, sufficientemente affidabile» (Castiello d'Antonio, 2012, p. 15; Lis, Zennario, 1997).

La Tecnica di Zulliger si diffuse dapprima nei contesti scientifici in cui era conosciuta la lingua tedesca, fino ad acquisire una visibilità internazionale con la pubblicazione dei volumi in Germania e negli U.S.A. Tuttavia, tale strumento fu poco utilizzato negli anni successivi al suo sviluppo poiché per molto tempo fu considerato come un vicario del Test di Rorschach. In Italia, il suo utilizzo fu introdotto negli anni '50 presso il Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), ma, ad oggi, si possiedono solo resoconti parziali e incompleti dei lavori effettuati dagli psicologi del CNR. Anche nei paesi anglosassoni lo Z-Test ha goduto di poca fortuna, in quanto fu introdotto negli anni '60 durante un momento di declino delle tecniche proiettive (Parisi, Pes, 2003). A partire dagli anni '90 una nuova fase di studi e ricerche ha poi avuto come protagonista lo Zulliger Test nella sua forma collettiva tramite diapositive, utilizzato soprattutto per la selezione del personale. Lo stesso Zulliger, negli anni successivi alla nascita dello Z-Test, sottolineò l'utilità della sua tecnica per l'assessment delle risorse umane nelle organizzazioni, definita, ai

suoi tempi, come “selezione industriale” (Castiello d’Antonio, 2012).

Per ciò che concerne la struttura e le funzioni del proiettivo, lo Zulliger Test è costituito da tre tavole: la prima, acromatica o monocromatica (nera), che elicitava soprattutto risposte di Forma; la seconda, policroma, che elicitava invece risposte di Colore; e la terza, bicromica (grigio-nera e rossa), che elicitava risposte di Movimento. La Forma consente di estrapolare informazioni circa il funzionamento intellettuale del soggetto, a partire dalle sue capacità di elaborare gli stimoli a disposizione e di integrarli formando una Gestalt di senso compiuto; il Colore e il Movimento permettono invece di fare inferenze sulle dinamiche affettive e pulsionali, circa la competenza del soggetto di relazionarsi rispettivamente con il mondo esterno e con il proprio mondo interno. La prima tavola, presentandosi gestalticamente come figura compatta e chiusa, fornisce di solito un maggior numero di engrammi rispetto alle altre due e stimola interpretazioni basate prevalentemente su effetti chiaroscurali e globali. Permette inoltre di valutare sia come il soggetto risponde alle richieste del somministratore, che in quel frangente rappresenta l’autorità, sia le sue risorse di gestione e di controllo nei confronti del colore Nero, storicamente associato ad angosce primarie e profonde. La seconda tavola presenta una struttura gestaltica più frammentata, elemento che condiziona le interpretazioni del soggetto stimolando una minor frequenza di risposte globali ma che includono il colore. La presentazione di una tavola policroma subito dopo la prima tavola di avvio rappresenta una particolarità dello Z-Test in confronto agli altri proiettivi. Tale scelta fu fatta da Zulliger al fine di indagare come il soggetto si relazionasse al materiale emotivo-affettivo, elicitato dal colore, senza che egli si fosse già confrontato con l’elemento del rosso come invece accade nel test di Rorschach. La terza macchia si presenta gestalticamente come una figura non particolarmente compatta e, per questo, può elicitare risposte globali ma anche numerose risposte di dettaglio,

dove il movimento sia presente in almeno un'interpretazione. Considerando la somiglianza con la tavola III del Ro-Test e del Be-Ro Test, è chiaro che questa tavola intende indagare innanzitutto il rapporto del soggetto con le proprie dinamiche pulsionali tramite i dettagli rossi, nonché le sue risorse interpersonali per mezzo dei contenuti umani nei due grandi dettagli laterali ed infine il confronto con il vuoto determinato dal grande spazio intramaculare centrale (Anzieu, 1960).

Il riconoscimento internazionale e l'eredità scientifica

Dopo la fine della Seconda Guerra Mondiale, Zulliger divenne un personaggio di rilievo in molti paesi. Insegnò in varie università e istituti scientifici, sia in Svizzera che in Germania, divenne membro di diverse società scientifiche svizzere e internazionali e molte delle sue pubblicazioni furono tradotte in altre lingue. Nel 1949 fu nominato membro onorario dell'Istituto per l'Igiene Mentale di Biel. Nel 1952, come riconoscimento dei suoi lavori scientifici, la Facoltà di Storia e Filosofia dell'Università di Berna gli conferì il titolo di Dottore honoris causa e nel 1958 divenne Dottore honoris causa in medicina per assegnazione della Facoltà di Medicina dell'Università di Heidelberg in Germania (Carruba, Castiello d'Antonio, 2008). Fu inoltre destinatario di alcuni premi letterari svizzeri. In occasione del suo 70° anno, la casa editrice Huber gli dedicò un volume intitolato *Hans Zulliger, a Biography and Appraisal of his work*, autore il professor Werner Kasser.

In tutte le sue pubblicazioni Zulliger aveva come obiettivo principale la didattica, intesa come insegnamento e aiuto alla comprensione. Ogni suo elaborato era caratterizzato da un linguaggio estremamente chiaro ed accessibile, accompagnato da numerosi esempi tratti sia dalla clinica che dalla vita di tutti i giorni, cercando di semplificare anche le concettualizzazioni più complesse ed evitare le mere astrazioni. Il lettore, dal suo punto di

vista, non doveva limitarsi a comprendere il testo sotto un'ottica puramente intellettuale, bensì doveva anche “sentirlo” emotivamente.

Nella sua professione, sia di educatore che di psicologo, Zulliger mantenne sempre un atteggiamento aperto alle diversità culturali, sociali, etiche e religiose, con particolare attenzione verso il recupero dei giovani appartenenti alle classi più svantaggiate. Questa sua propensione era supportata da una profonda sensibilità religiosa, condivisa con Pfister e da un amore autentico per l'essere umano. Il suo interesse per la “diversità” lo portò inoltre a visitare molti Paesi europei tra cui l'Italia, la Francia e la Spagna.

Hans Zulliger morì il 18 ottobre 1965 a 72 anni nel Cantone di Berna a Ittigen, dove trascorse la maggior parte della sua vita (Carruba, Castiello d'Antonio, 2008). L'eredità che ci lascia è non solo un patrimonio di conoscenze e competenze nella clinica, come quello dell'ideazione e dello sviluppo di un test come lo Zulliger, ma anche una metodologia di lavoro in cui rigore della scienza e potere trasformativo del gioco possano coesistere e mettersi al servizio dell'essere umano. L'eclittismo e la vasta produzione della sua opera stimolano, ancora oggi, nuove linee di ricerca da egli stesso suggerite.

Abstract: Hans Zulliger is known as an author with an eclectic personality who has brought innovative ideas to different sectors of the clinic and beyond. He developed what is known throughout the world as pedagogical psychoanalysis and elaborated his own theory on the therapeutic value of play in children as a place of non-verbal interaction. Although the application of psychoanalytic principles in school education has engaged him in teaching for many years of his life, the greatest contribution that is recognized everywhere is in the field of projective psychodiagnostics of spots. There has been no scholar in the international literature who has contributed more than Zulliger to the development and strengthening of the Rorschach test, even through the deepening of its parallel form, the so-called Be-Ro Test, although the originality of its production scientific has reached its maximum expression in the

conception of the well-known Zulliger Test, an agile projective tool developed both in the group version with the aid of slides (Zulliger Group Test) and in the individual version using inkblot tables (Zulliger Individual Test) .

Key words: Hans Zulliger - Zulliger Test – Zulliger Group Test – Zulliger Individual Test

Riassunto: Hans Zulliger è conosciuto come un autore dalla personalità eclettica che ha portato idee innovative in diversi settori della clinica e non. Sviluppò quella che in tutto il mondo è conosciuta come “psicoanalisi pedagogica” ed elaborò una propria teoria relativa al valore terapeutico del gioco nei bambini, considerato come luogo di interazione non verbale. Malgrado l’applicazione dei principi psicanalitici nell’istruzione scolastica lo abbia impegnato nell’attività di insegnamento per tanti anni della sua vita, il maggior contributo che gli viene ovunque riconosciuto è nel campo della psicodiagnostica proiettiva delle macchie. Non c’è stato alcun studioso nella letteratura internazionale che abbia contribuito più di Zulliger allo sviluppo e al rafforzamento del test di Rorschach, anche attraverso l’approfondimento della sua forma parallela, il cosiddetto Be-Ro Test, sebbene l’originalità della sua produzione scientifica ha toccato la massima espressione nell’ideazione del noto Zulliger Test, agile strumento proiettivo sviluppato sia nella versione di gruppo mediante l’ausilio di diapositive (Zulliger Group Test) che in quella individuale mediante tavole a macchie d’inchiostro (Zulliger Individual Test).

Parole chiave: Hans Zulliger - Zulliger Test – Zulliger Group Test – Zulliger Individual Test

Bibliografia

- Carruba P., Castiello d’Antonio A. (2008), *Zulliger Test. La tecnica proiettiva di Hans Zulliger nella diagnosi della personalità. Caratteristiche, dati normativi e applicazioni*, Milano, Franco Angeli.
- Castiello d’Antonio A. (2012), *La tecnica proiettiva di Hans Zulliger nella selezione psicologica delle risorse umane*. Personale e lavoro, 541, 15-21.

- Eble, S. J., Fernald Jr, L. D., & Graziano, A. M. (1963), *The comparability of quantitative Rorschach and Z-Test data*. Journal of Projective Techniques and Personality Assessment, 27(2), 166-170.
- Federn P., Meng H. (1949), *Psychohygiene*, Bern, Hans Huber.
- Friedemann A. (1966), “Hans Zulliger. Psychoanalysis and Education”, in F. Alexander, S. Eisenstein, M. Grotjahn (a cura di), *Psychoanalytic Pioneers*, New York, Basic Books.
- Lis A. & Zennaro A. (1997), *Nuovi contributi allo studio del test di Rorschach e dello Zulliger test*, Upsel, Domeneghini.
- Parisi, S. & Pes, S. (2003), *Origini dello Z-diapositive test*. In Rortutor, Manuale di Psicodiagnostica Rorschach [Online software], Roma.
- Pfister O. (1913), *Die Psychoanalytische Methode*, Leipzig e Berlin, Klinkhardt.
- Salomon F. (1969). *The Zulliger Individual and Group Test*, New York, International Universities Press.
- Zulliger H. (1921), *Psychoanalytische Erfahrungen aus der Volksschulpraxis*, Bern, E. Bircher.
- Zulliger H. (1932), *Der Rorschachsche Testersuch in Dienste der Erziehungsberatung*, Zeitschrift für Psychoanalytische Padagogik, VI, 489-495.
- Zulliger H. (1938), *Jugendliche Diebe im Rorschach-Verfahren*, Bern-Leipzig, Paul Haupt.
- Zulliger H. (1941), *Einführung in den Behn-Rorschach-Test*, Bern, Hans Huber (tr. ing.: *The Behn-Rorschach Test Text*, Bern, Hans Huber, 1956).
- Zulliger H. (1957), *Projektive Tests und 'kleine Psychotherapie'*, Psyche, 10, pp. 610-629 in Carruba P., Castiello d'Antonio A. (2008), Zulliger Test. La tecnica proiettiva di Hans Zulliger nella diagnosi della personalità.

Caratteristiche, dati normativi e applicazioni, Milano, Franco Angeli.

- Zulliger H. (1966), *Die Angst unserer Kinder*, Stuttgart, Ernst Klett.

MESMERISMO E VITALISMO

Introduzione al dopo Mesmer

Mesmerism and Vitalism
Introduction to post-Mesmer

Giuseppe Lago¹¹

45

Con *L'illusione di Mesmer* (2014)¹², ho voluto tracciare il percorso di un personaggio che a torto è considerato un precursore della psicoterapia o addirittura della psicoanalisi. Le lunghe citazioni tratte dai libri di Mesmer, contenute nel libro, permettono di cogliere quanto l'opera intera di Mesmer sia stata una riproposizione del misticismo magico-religioso medievale, piuttosto che l'avvio della scoperta dell'inconscio¹³. Certo, per esercitare il suo *carisma* (cfr. Lago, 2005, 2009, 2014, 2022)¹⁴, Mesmer si avvale di nozioni pescate nella pratica empiristica del Settecento e non c'è da meravigliarsi se agli occhi di qualche suo contemporaneo possa risultare un innovatore o addirittura, come egli stesso pretende, lo scopritore di un fluido magnetico in grado di curare le malattie. Mesmer sostiene che dalle sue mani, e da tutta la sua persona, emani un fluido in grado di svolgere la sua azione benefica sui malati, semplicemente per contatto diretto. Insomma, con le ricerche accurate delle due Commissioni Reali del 1784, e il loro concludere che qualsiasi cosa Mesmer suscitasse sia solo *immaginazione* e non modificazione fisica, il medico

¹¹Fondatore e Past Director Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata.

¹²Recensito da B. Foresi su *Mente e Cura*, n. 1-2, 2013-2014.

¹³Ellenberger (1970), e non solo lui, ha fatto di tutto però per attribuire a Mesmer il ruolo di precursore (cfr. *L'illusione di Mesmer*, 2014).

¹⁴Cfr. anche Lago e Tropeano (2010).

viennese subisce una sconfitta accademica che costringerà lui stesso e i suoi adepti a muoversi nell'area della pratica empirica piuttosto che nel solco di una metodologia scientifica.

Il *magnetismo animale*, dopo la morte di Mesmer diventerà un fiume carsico nella prassi, anche se tenterà di riproporsi alle accademie francesi nel corso della prima metà dell'Ottocento. Il mesmerismo subirà una seconda e definitiva bocciatura (1842) ma contemporaneamente emergerà e si proporrà in campo medico nella versione riveduta e corretta dell'*ipnotismo* (1843) ad opera di James Braid¹⁵, il quale partirà proprio dal responso delle Commissioni Reali del 1784 e dal rifiuto del fluidismo propugnato da Mesmer¹⁶.

La traiettoria del mesmerismo nel periodo post-rivoluzionario e per tutto il XIX secolo è quindi di estremo interesse. In questo articolo ci proponiamo di studiarne il contesto scientifico culturale, sia quello posto alle sue spalle nei secoli precedenti, sia quello che si sviluppa intorno alla prassi e alla teoria di Mesmer.

Una data significativa di cui tener conto potrebbe essere quella del 1766, ossia l'anno in cui Mesmer consegue la laurea in medicina. Negli studi della medicina dell'epoca, si desume che egli abbia acquisito le nozioni e preso atto di tutti gli ambiti speculativi, nei quali la stessa disciplina si trovava letteralmente impantanata.

La fisiologia, branca fondamentale della medicina, riceve solo a partire dal XVII secolo un nuovo impulso e comincia a produrre i primi dati corredati da una marea di ipotesi astratte. Occorre aspettare la seconda metà del XIX secolo per un approccio che potrà dirsi veramente scientifico.

Nel 1766, la vera novità in campo medico è ancora costituita dalla neurofisiologia cartesiana, la quale si era assunta l'arduo

¹⁵James Braid (1795-1860), medico scozzese autore di *Neurypnology or the Rationale of Nervous Sleep Considered in Relation with Animal Magnetism Illustrated by Numerous Cases of its Successful Application in the Relief and Cure of Disease*, John Churchill, (London), 1843.

¹⁶Cioè, dell'azione fisica di un fluido magnetico inviato dal "magnetizzatore" al "magnetizzato".

compito di spiegare l'organismo umano in un modo diverso dalla consolidata tradizione ippocratica e galenica. Insomma, ancora nel Seicento, si tratta di spiegare il funzionamento dell'organismo proponendo un modello di integrazione delle due entità fondamentali dell'essere umano: l'anima e il corpo.

In quell'epoca si fanno ancora i conti con la dottrina di Galeno¹⁷ le cui propaggini si estenderanno per tutto l'Ottocento.

Per Galeno, un fluido specifico proveniente dall'aria inspirata, lo *pneuma psichico*, riempie i nervi e le loro diramazioni dal cervello al midollo spinale. La visione di Galeno è dunque quella del cervello come sede della parte razionale dell'anima. Nel cuore e nelle arterie, egli pone un altro tipo di pneuma, detto *vitale*, responsabile delle funzioni involontarie ma anche delle passioni (rabbia, paura, etc.). Galeno pone infine il terzo sistema generale nel fegato, fulcro del sistema venoso e quindi dell'anima nutritiva e riproduttiva. I tre organi, cervello, cuore, fegato, sono considerati come le articolazioni dell'anima, ossia: ragione, passioni, vita vegetativa. (Vegetti, 2018).

Galeno ripercorre la teoria ippocratica dei quattro umori ma la integra con l'attività di tre *spiriti*, responsabili del funzionamento dell'organismo. Per *spiriti* Galeno intende delle forze imprecisate, spesso di natura fluida, liquida o gassosa o mista, che si accumulano in un organo specifico:

- *Spiriti naturali*, posti nel fegato e incaricati dell'accrescimento del corpo;
- *Spiriti vitali*, che portano il calore dai polmoni al cuore;
- *Spiriti animali*, di stanza nel cervello (nei ventricoli) e responsabili dell'attività mentale.

Come si può notare, la concezione di un fluido specifico che agisce sulla mente è antica e radicata. Molto importante è infatti la

¹⁷Galeno (130 DC circa - 200 DC).

collocazione degli *spiriti animali* nel cervello, da parte di Galeno. Le cose si complicano però nel medioevo, quando l'anima e lo spiritualismo che ne deriva diventano troppo ingombranti per consentire uno studio sistematico della fisiologia umana. La tripartizione dell'anima, secondo il modello aristotelico¹⁸, impedisce una vera ricerca fisiologica basata sull'esperienza, in quanto l'animismo di fondo suggerisce il ricorso a ipotesi mistiche se non del tutto condizionate dalla religione. In questo contesto Cartesio irrompe col suo metodo. E innanzitutto, per trattare la fisiologia umana, si libera di qualsiasi entità spirituale e spiega il funzionamento del corpo col meccanicismo: la fisiologia diventa quindi lo studio del movimento sincronizzato degli organi, e non necessita di alcun principio vitale per far muovere la cosiddetta *res extensa*. L'anima con Cartesio viene estromessa dalle funzioni dell'organismo per essere collocata unicamente nel cervello, in quanto *res cogitans*.

Con il dualismo metodologico, Cartesio “sgancia” le scienze, in particolare la medicina, dal principio teologico dell'anima e “concede” a quest'ultima lo spazio angusto della ghiandola pineale, rendendo materiale tutto il resto, compresi i cosiddetti spiriti animali.

Il complesso sistema meccanico che fa funzionare il corpo si basa, per Cartesio, su alcuni principali elementi strutturali:

- gli *spiriti animali*, che sono elementi materiali ma aeriformi, simili allo pneuma galenico, e passano dalle arterie nei ventricoli cerebrali attraverso i pori della ghiandola pineale.
- il *cervello*, che contiene i ventricoli, è composto da innumerevoli filamenti sottili intrecciati. Nel reticolo che ne deriva si creano dei piccoli varchi, i pori, attraverso i

¹⁸Anima *vegetativa* (respirazione, digestione, circolazione etc.); Anima *sensitiva* (i cinque sensi); Anima *intellettiva* (la mente).

quali gli spiriti animali si infilano e raggiungono tutte le parti del corpo mediante i nervi.

- la *ghiandola pineale*, posta nel centro del cervello, è vista come un *sensorium commune*, centro di raccolta delle afferenze sensoriali. Dai pori aperti della ghiandola, quindi, gli spiriti animali si infilano nei nervi e permettono alla volontà, determinata dall'anima o *res cogitans*, di agire sulla muscolatura volontaria e fare muovere l'individuo. (Cimino, 2002, pp. 662-668).

La visione dualista e meccanicista di Cartesio “scaraventa” l'uomo in mezzo alla vita pratica ed esperienziale e “costringe” l'anima razionale (il *cogito*) ad accogliere senza pregiudizi i dati delle sensazioni, ossia i fenomeni, filtrandoli e convogliandoli in un centro unico del cervello tramite i “tubi cavi” dei nervi, diramati in tutto il corpo in modo simile ai vasi sanguigni. La meccanica della circolazione del sangue, appena scoperta da Harvey¹⁹, viene estesa ai nervi e al cosiddetto fluido nervoso.

Per tutto il XVIII e metà del XIX secolo²⁰, il fluido nervoso verrà considerato l'elemento base della trasmissione sia delle sensazioni sia dei movimenti. Il meccanicismo cartesiano non si limita a mettere l'anima in contatto con l'esterno ma continua ad attribuirle il potere del tutto materiale di esercitare la volontà sui movimenti muscolari. Qui vedremo aprirsi due prospettive: la prima consiste nel fare della volontà un potere in grado di agire sul proprio fluido nervoso ma anche su quello altrui, vista la consistenza imprecisata e vaga, oltre che totalmente erronea, del fluido nervoso. La seconda, collegando la ragione alle qualità più elevate dell'uomo, ossia all'anima di origine divina, lascia nello

¹⁹William Harvey (1578-1657).

²⁰Hermann von Helmholtz (1821-1894) sarà il primo a dimostrare la qualità bioelettrica dell'impulso nervoso.

spazio dell'irrazionale quei fenomeni, quelle espressioni che alla fine del XIX secolo saranno incluse nel concetto di inconscio.

Per il momento, invece, l'irrazionale continuerà a vivere nel limbo del mesmerismo, ovvero sotto la coscienza²¹ ma purtroppo anche fuori dalla coscienza, nelle astrazioni di tutte le derive spiritualiste che prenderanno spunto dal cosiddetto “magnetismo animale”, ormai affidato agli epigoni di Mesmer.

I mesmeriani oscilleranno per molti anni tra il *fluidismo*, ossia il tentativo di spiegare i fenomeni irrazionali del mesmerismo in chiave pseudoscientifica, così come aveva fatto il loro maestro; e lo *spiritualismo*, ossia l'attribuzione di tipo soprannaturale ai fenomeni del sonnambulismo e dello *spiritismo* che da esso prenderà spunto a metà dell'Ottocento.

Per tutta la prima metà dell'Ottocento ed oltre, *fluidismo* e *spiritualismo* rimarranno agganciati, quasi interconnessi, nella teoria e nella prassi del magnetismo animale. Il collante che terrà unite parzialmente queste due correnti del mesmerismo è da individuare nel *vitalismo*, ossia nella terza via in campo fisiologico che andrà formandosi nel cuore del XVIII secolo.

Il *vitalismo* cercherà di mediare tra le due metodologie in contrapposizione nel contesto scientifico: il meccanicismo cartesiano da una parte e dall'altra la reazione ad esso prodotta dal cosiddetto *animismo*, ossia il ritorno alla centralità dell'anima come principio di tutti i processi viventi.²²

Il fluidismo nel XVIII secolo

Come si può ricavare dalle considerazioni precedenti, nel contesto culturale e scientifico dell'epoca di Mesmer la nozione di fluido è molto diffusa e derivata sia dalla fisica (fluidodinamica

²¹Pierre Janet (1859-1947) lo chiamerà *subconscio*.

²²Georg Ernst Stahl (1660-1734) è il grande teorico dell'*animismo* che, in opposizione al meccanicismo, con la teoria del flogisto tenta di sbarrare la strada a qualsiasi metodo sperimentale sia in campo medico che nelle scienze in genere.

newtoniana, teoria dei fluidi elettrici di Franklin) sia dalla medicina (spiriti animali e fluido nervoso).

[...] I fluidi di Mesmer non apparivano certo meno miracolosi, chi poteva affermare che fossero meno reali del flogisto che Lavoisier stava bandendo dall'universo, o della calorimetria che apparentemente lo sostituiva, dell'etere", del "calore animale", della "muffa interna", delle "molecole organiche", dell'anima sottile e delle altre forse immaginarie che è possibile incontrare aggirarsi come fantasmi per i trattati dimenticati di rispettabili scienziati del XVIII secolo...? [...] In effetti c'erano così tanti fluidi, sponsorizzati da diversi filosofi, che i lettori del XVIII secolo vi avrebbero potuto nuotare dentro [...] Tra tanti sistemi per mettere a fuoco il mondo, il mesmerismo aveva molto in comune con le teorie vitalistiche che avevano proliferato dai tempi di Paracelso²³ [...] La teoria di Mesmer, tuttavia, sembrava anche imparentata con le cosmologie di rispettabili scrittori che sponsorizzavano quantità di fluidi inviati attraverso l'universo con nomi familiari quali gravità, luce, fuoco ed elettricità. Von Humboldt²⁴ pensava che la luna potesse esercitare una forza magnetica e Galvani²⁵ stava conducendo esperimenti con "l'elettricità animale" in Italia proprio mentre Mesmer usava il magnetismo animale per curare centinaia di persone in Francia. [...] (Darnton, 1968, pp. 20-26).

La gratuità con la quale si osservano le lance spezzate in favore del medico viennese e l'ostilità diretta contro le *Compagnies Savantes* e le Commissioni Reali del 1784 trovano una spiegazione nel terreno culturale di transizione dell'età dei Lumi. Un terreno ancora intriso di concezioni medievali, solo in parte superate da un meccanicismo troppo ottuso per non sollecitare un moto reazionario come il *vitalismo*, il quale si insinuerà nella mentalità scientifica come un parassita o un *deus ex machina*

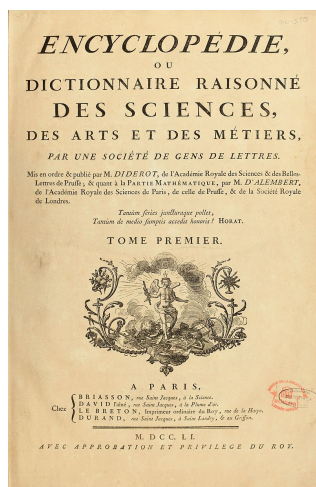
²³Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim, detto Paracelsus, o Paracelso (1493-1541).

²⁴Alexander Freiherr von Humboldt (1769-1859).

²⁵Luigi Galvani (1737-1798).

pronto a mettere una toppa su ogni sistema basato solo su ipotesi e privo di una metodologia fondata su evidenze e sperimentazione.

A documentare quanto stiamo dicendo c'è la summa delle concezioni riportate nelle voci dell'*Encyclopédie*, nelle quali traspare già l'affermazione delle ipotesi vitalistiche sull'impianto meccanicistico di derivazione cartesiana.



Come è noto, l'impresa editoriale dell'*Encyclopédie* si estende dal 1751 al 1772. Le voci che citeremo si trovano in volumi pubblicati prima del 1766, data di riferimento che abbiamo scelto per collegare i contenuti enciclopedici e la formazione di Mesmer.

Partiamo dalla voce *Magnétisme* e ci imbattiamo in una cosiddetta “materia sottile” di natura appunto imprecisata e che si diffonde nel vuoto.

[...*Magnétisme*] i fenomeni magnetici sono verosimilmente prodotti da una materia sottile, differente dall'aria; diciamo *differente dall'aria*, perché questi fenomeni si verificano in modo uguale nel vuoto; ma ignoriamo assolutamente la maniera in cui

agisce questo meccanismo. Questione ancora non meno difficile è di sapere se c'è qualche rapporto tra la causa del *magnetismo* e quella dell'elettricità, in quanto non si conosce affatto meglio l'uno dell'altra. [...] (D'Alembert, 1765, pp. 860 a-b).

L'assoluta vaghezza delle conoscenze intorno al magnetismo dev'essere stata invitante per la mente speculativa di Mesmer, il quale fin dall'inizio (come faranno tutti i suoi epigoni finché le nozioni vaghe di fisica lo consentiranno) collega il fluido magnetico col *fluido elettrico*.²⁶ Già nel 1775 Mesmer scriveva al medico Johann Christoph Unzer di Altona:

53

[...] Ho osservato che la materia magnetica è pressappoco la stessa cosa che il fluido elettrico [...] ho magnetizzato carta, pane, lana, seta, cuoio, pietre, vetro, acqua, differenti metalli, legno, uomini, cani, in una parola tutto ciò che toccavo, al punto che queste sostanze producevano sulla malata i medesimi effetti del magnete. Ho riempito flaconi di materia magnetica, nello stesso modo che si fa col fluido elettrico [...] (Mesmer, 5 gennaio 1775, in Paulet, 1784c, p. 54. [cfr. Lago, 2014]).

Del resto, basta leggere alcune righe della voce *Feu électrique, Fluide électrique, ou Matière électrique* per comprendere quanto il collegamento tra i due “fluidi” fosse inevitabile e in grado di rinforzare la tesi autoreferenziale di Mesmer, già allora lanciato verso le più alte vette dei suoi presunti poteri.

[...*Feu*] il fuoco è un fluido, come sostengono molti fisici? È certo che ha una delle proprietà dei fluidi, la mobilità e la magrezza delle parti; ma i fluidi hanno altre proprietà che non sono meno loro caratteristiche, e che non sono ancora state riconosciute nel fuoco, come la proprietà di premere ugualmente in tutte le direzioni, quella di livellarsi [...] (D'Alembert, (1756), pp. 599b-603a

²⁶La teoria dei fluidi elettrici, sostenuta da Benjamin Franklin (1706-1790), tra l'altro uno dei più importanti componenti della Commissione Reale dell'Accademia delle Scienze del 1784, sarà completamente superata nel 1897 con la scoperta dell'elettrone.

Come vedremo più avanti, le tesi vaghe che provengono dalla voce *Feu*, permetteranno la formulazione di tesi cardine del mesmerismo. Come la tesi che ci sia un solo fluido universale che si declina nelle varie sfaccettature (fuoco, elettricità, magnetismo minerale etc.)

Se consultiamo la voce *Electricité*, compresa la voce ad essa collegata *Electricité médicinale*, e la voce *Nerf*, abbiamo modo di comprendere il motivo della baldanza di Mesmer di fronte al materiale estremamente allusivo che poteva utilizzare per l'appoggio delle proprie congetture pseudoscientifiche.

[...*Nerf*] proprio come il sangue arterioso viene trasportato continuamente in tutti le parti del corpo rivestite di vasi sanguigni, allo stesso modo si concepisce che un succo preparato nella sostanza corticale del cervello e nel cervelletto, venga portato da lì continuamente in ogni punto del corpo attraverso i nervi [...] (Encyclopédie, vol. XI (1765), p. 100a-101b).

Lo schema consequenziale “fluido magnetico-fluido elettrico-fluido nervoso” è già pronto per servire all’impianto di quello che sarà definito *magnetismo animale*. Il “colpo di scena” o di destrezza, comunque lo vogliamo chiamare, sarà da parte di Mesmer quello di riportare nelle sue mani il potere di questi tre “fluidi” e poter gestire direttamente l’azione “terapeutica” senza l’intermediazione di metalli o altri strumenti, i quali rimarranno sullo sfondo come elementi suggestivi della grande messa in scena del magnetismo. Sul piedistallo del carisma determinante si porrà lo stesso Mesmer, come sappiamo. Quello che invece vedremo nel dopo Mesmer sarà sempre più il ricorso, da parte dei discepoli, a tutto l’armamentario pseudoscientifico dal quale era partito il maestro. Non che ciascuno dei “nuovi mesmer” farà a meno di gestire un carisma personale e assoluto cercando di circondarsi di un alone taumaturgico. Gli epigoni del magnetismo animale, come in tutti i sistemi settari e mistico-religiosi, dovranno attingere però il loro carisma dalla conclamata esaltazione del maestro,

rimarcando la sua presunta “scoperta” e condannando innanzitutto il verdetto delle Commissioni del 1784, considerate micidiali e responsabili dell’avversione nutrita per anni dalla classe medica nei confronti del mesmerismo.

Un’altra voce enciclopedica attinente con il mesmerismo è *Milieu Éthéré*, che fa riferimento a un fluido universale di tipo cosmico descritto da Newton, matrice di tutte le *cosmogonie* dell’epoca, ossia delle interpretazioni dell’origine e della formazione dell’universo. Mesmer, si laurea nel 1766 con una tesi che tratta dell’influenza astrale sugli uomini, basandosi sull’opera di Richard Mead, amico e medico personale di Newton²⁷.

Il discepolo di Mesmer

Il marchese di Puységur, considerato uno degli allievi più importanti di Mesmer, in un certo senso attinge a piene mani dalla “biblioteca” del maestro e dimostra di averne ben assimilato gli assunti di base. Quanto segue dimostra che egli, pur riconoscendo l’importanza delle opere di Mesmer, non trascura di far riferimento alle conoscenze scientifiche dell’età dei Lumi, come sono esposte nelle voci enciclopediche, per giustificare i capisaldi del mesmerismo e convalidarne gli aspetti cosmici, fisici e spirituali.

[...] Nel sostenere la causa del Magnetismo animale, non posso che perorare quella del suo celebre inventore. Provando a dare qualche nozione sulla causa che mi fa agire, spero che Mesmer apprezzerà l’ardente zelo che mi muove per la sua gloria. Solo a lui debbo le mie deboli chiarezze e le mie felici esperienze. Possano i miei sforzi accelerare il trionfo che a lui è dovuto! Non pretendo di trattare la teoria del *Magnetismo animale*, né di entrare in alcuna discussione sulla sua analogia con tutti i sistemi

²⁷Isaac Newton (1642-1726).

del mondo: solo Mesmer può svolgere un tale compito [...] (Puységur, 1784, pp. 7-8).

Come in altri discepoli di Mesmer²⁸, si nota l'aderenza settaria ai capisaldi della teoria del maestro. Puységur più di altri cerca di rinforzare l'idea che esista un fluido universale di matrice newtoniana e che esso si identifichi col fluido elettrico. L'autore vuole porre il *fluidismo* su basi scientifiche o comunque in linea con le conoscenze attuali.

56

[...] Per abbreviare le frasi, d'ora in poi mi servirò della parola *fluido* o *elettricità*, al posto di movimento nel fluido, tutti, credo, sono ormai d'accordo sui fenomeni elettrici, considerandoli l'effetto di un movimento, e non come un fluido in circolazione. Tutti i corpi sono dunque *saturi*, a modo loro, di un fluido che noi chiamiamo elettrico; è una verità che necessariamente deriva dall'esistenza di un fluido universale [...] l'uomo, e tutto ciò che esiste, si trova così *saturo* a modo suo di fluido universale, e può essere considerato come una macchina elettrica animale, la più perfetta che esiste, poiché il suo pensiero, che regola ogni sua azione, può condurlo all'infinito [...] (Puységur, ivi, p. 9).

La necessità di Puységur è quella di concludere che il *fluido magnetico*, in quanto fluido elettrico può essere diretto come un qualsiasi conduttore dalle mani di un soggetto al corpo malato di un altro ai fini di cura.

[...] si può concludere che se la base del mio sistema è vera, l'uomo non ha bisogno di alcun accessorio per agire sui suoi simili ai fini di salute, la nostra *elettricità animale* tende infatti sempre a portarsi dove la nostra volontà la dirige [...] Allo stesso modo che nell'elettricità artificiale, le nostre punte, che sono le nostre dita, sono sufficienti per sottrarre il *troppo pieno* di fluido che si riscontra in certi malati, e la *mano intera* per portarlo laddove manca [...] La nostra organizzazione elettrica è così

²⁸Per es. Deslon o Bergasse.

perfetta che con l'aiuto della sola VOLONTÀ, possiamo produrre dei fenomeni che, benché molto fisici, sembrano miracoli [...] (Puységur, idem, p. 9).

Puységur dimostra già di non volersi avvalere solo dei concetti scientifici, benché vaghi, della sua epoca. Il marchese di Buzancy introduce un elemento di natura non fisica, la volontà, cioè una componente caratteristica dell'anima umana ovvero della *res cogitans*. In questo passaggio si nota una chiara svolta a favore di una prevalenza spiritualista, pur nell'impianto quasi meccanicistico delle nozioni e del funzionamento della dimensione corporea. Infatti, sarà lo *spiritualismo* il versante che più si svilupperà nel dopo Mesmer.

Come vedremo, la comparsa dell'ipnotismo (1842) e di alcune importanti scoperte in campo fisiologico, scoraggeranno i mesmeriani vecchi e nuovi, spingendoli verso l'area indefinita della magia e dell'occultismo.

Fino alla prima metà del XIX secolo, il mesmerismo cercherà comunque di far riferimento a conoscenze fisiologiche plausibili. La fisiologia del sistema nervoso dell'epoca, da Cartesio in poi, si presta particolarmente all'utilizzo delle sue concezioni approssimative per giustificare il *fluidismo*. Anche nelle ultime opere, Puységur mantiene l'attenzione al contesto speculativo in campo fisiologico e non fa che citare scienziati le cui ipotesi possano giustificare l'impianto del mesmerismo. Con il ribadire e rinforzare le basi pseudoscientifiche del mesmerismo il marchese seleziona quella che, pur senza ammetterlo, non è il solo a considerare una sua "scoperta": cioè il *sonnambulismo magnetico* o *artificiale*.

Le citazioni autorevoli servono di volta in volta a Puységur per dimostrare l'assenza di conoscenze certe (per es. sul fantomatico movimento nell'universo) e sulla ribadita sovrapposizione, in particolare del cosiddetto *fluido magnetico* col *fluido elettrico*.

L'opera del marchese di Puységur, con tutto il suo sforzo di giustificare scientificamente il mesmerismo, determinerà nei primi decenni dell'Ottocento in lui e nei suoi seguaci l'intenzione di appellarsi a un secondo giudizio delle Accademie, come nel 1784. Notiamo in Puységur un'apparente modestia, totalmente assente in Mesmer, e il linguaggio conciliante dell'uomo erudito e consapevole delle grandi questioni ancora in discussione.

Puységur non vuole l'acclamazione come "scopritore" assoluto ma l'approvazione che i suoi argomenti rimandino a idee compatibili con le conoscenze scientifiche. Anche se pretende l'impossibile per via di assurde virate spiritualiste, incompatibili con qualsiasi impostazione coerente. Questo fenomeno, che sarà valutato ancor meglio in un articolo dedicato a Puységur, caratterizza tutta l'opera dell'autore.

Egli mostra di disporre di idee sulle cause prime di fenomeni che la fisica dell'epoca presenta ancora come indecifrabili.

[...] Ma qual è questa causa talmente identica ai suoi effetti, nei fenomeni del magnete, del calore e dell'elettricità, che non possiamo distinguere fisicamente né eludere? Solo nell'atto magnetico posso percepirla: *questa causa nell'uomo è il suo pensiero*. Il movimento in tutti i corpi della natura, la vita dell'Universo infine non sarà che l'effetto apparente ai nostri sensi di un pensiero invisibile, attivo e dominante. Ma, senza pretendere di forzare l'ambito delle nostre conoscenze fisiologiche, mi limito a presentare ai nostri lettori dei fatti nuovi risultanti dalla mia azione magnetica, e, se possibile, trasmettere loro la convinzione che essi riusciranno (se lo vorranno) ad agire in modo simile [...] (Puységur, 1811, p. xj-xij).

Notevole la capacità di Puységur di nascondere la sua noncuranza di alcun procedimento scientifico²⁹. Prima afferma

²⁹Cita Descartes ma proprio non sa cosa sia il "dubbio metodico", arrivando a conclusioni affrettate e decisamente astratte. Come se la confusione e la scarsità di conoscenze lo autorizzassero a convalidare le sue ipotesi e proporre la sua prassi come unica verità oggettiva.

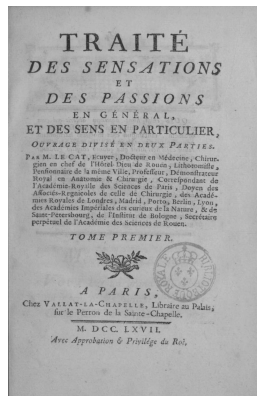
senza esitazioni l'onnipotenza del pensiero (a cominciare dal suo) e poi “plana” sul senso dei limiti e sul rispetto degli interlocutori, i quali pensa di sollecitare con la promessa di renderli capaci di replicare le sue esperienze. In ciò dimostra meno rigore di Mesmer, il quale si teneva stretto il suo “segreto” e dava le briciole ai suoi seguaci, pronto anche a smentire di averli mai formati con i suoi insegnamenti, e accusandoli di aver manomesso e falsato le sue idee³⁰.

La Fisiologia del mesmerismo

Entriamo però nel merito della metodologia “aperta” del marchese di Puységur e degli autori da lui citati per dare credibilità alle proprie affermazioni. Nell'ultima opera, nella quale il marchese si propone di divulgare il magnetismo animale e promuoverlo presso il pubblico, soprattutto di medici e persone di cultura, *Recherches, expériences et observations physiologiques: sur l'homme dans l'état de somnambulisme naturel, et dans le somnambulisme provoqué par l'acte magnétique* del 1811, l'autore più citato è Claude-Nicolas Le Cat (1700-1768), celebre chirurgo della Corte di Luigi XV. Le Cat è un importante anatomista e fisiologo della sua epoca, chirurgo attento ma fisiologo molto versatile nel partire da spunti di conoscenza oggettiva, prevalentemente anatomica, per poi sbizzarrirsi in campo fisiologico con le ipotesi più verosimili, secondo l'usanza dell'epoca. Anche Le Cat presenta una certa ambivalenza, in sintonia col dualismo cartesiano, tra ipotesi meccaniciste da una parte e anelito al riconoscimento di cause prime. Per questo motivo, a nostro avviso, Le Cat viene citato ampiamente da Puységur. Anche quest'ultimo oscilla tra una cultura scientifica,

³⁰Mesmer è pronto a “scaricare” l'allievo Deslon quando rischia di trascinarlo in una ricaduta negativa pubblica. E gli dà dell'abusivo, dopo averlo a lungo sfruttato per aprirsi la strada alla Corte di Luigi XVI.

prevalentemente autodidattica³¹, e la “missione” di diffondere a modo suo il magnetismo animale, fino a sovrapporsi all’opera di Mesmer. Nel testo di Le Cat: *Traité des Sensations et des Passions en general, et des sens en particulier* (1767), la Parte III: *Du Fluide animal* è citata ampiamente da Puysegur.



Per Le Cat, il *fluido animale* fluisce dal cervello attraverso i nervi verso tutti gli organi corporei. Così i nervi che arrivano ai muscoli contengono un fluido “motore”. Altresì, il fluido “sensitivo” è quello che afferisce dalla periferia, condotto dai nervi al cervello. Ma una particolare attenzione Le Cat riserva al cosiddetto fluido “animale”, da lui definito «principio della vita» e «solo principio attivo, ministro immediato dell’anima», una vera anticipazione del principio vitale su cui la dottrina del *vitalismo* baserà la sua impostazione per quasi un secolo e condizionerà lo studio della fisiologia (Le Cat, 1767, p. 85-89-91-92).

Le Cat, come poi avverrà nell’opera di Barthez, del quale tratteremo dopo, rimane sostanzialmente un meccanicista che tenta di superare l’inevitabile dualismo cartesiano con il proporre il ricorso al *deus ex machina* del *principio vitale*, elemento coesivo e

³¹Puysegur per molti anni presta servizio come ufficiale d’artiglieria.

astratto, più utile alla coerenza filosofica che a quella medico scientifica.

[...] Lo stesso cervello è negli animali il deposito del fluido animale che, come s'è visto prima, esercita la suprema potenza di questo contesto: tramite tale supremazia, comincia la storia delle nostre funzioni. I nervi, il midollo spinale che abbiamo visto, sono altrettanti fiumi che portano dappertutto questo fluido, principio del sentimento, del movimento e della vita. *L'esistenza* di tale fluido è anche dimostrata quasi come quella della nostra sostanza pensante [...] la prova di un fluido contenuto nei nervi, mi sembra inoppugnabile, e non vedo altro per far tacere coloro che negano il fluido, che considerano i nervi come semplici corde, e piazzano l'anima in contrasto con tutte queste corde, in una funzione quasi simile a quella di un ragno collocato al centro della sua tela. Tanto l'esistenza del fluido animale è evidente, quanto la sua natura è oscura [...] (Le Cat, 1767, pp. 110-112-116-117-118-120).

61

Comprensibile quindi il motivo delle citazioni ripetute di Puysegur. Le Cat (con molti anni di anticipo rispetto a Mesmer) espone una materia che sembra fatta apposta per supportare gli assunti di base del medico viennese, il quale quando il libro esce era un giovane appena laureato da un anno.

Ecco un esempio di fisiologia filosofica, che tutto spiega, avvalendosi di elementari nozioni anatomiche, con il ricorso al principio vitale, definito sin all'inizio come *fluido animale*.

Nelle affermazioni di Le Cat c'è un accenno alla polemica che lo vede impegnato a sostenere un tema dibattuto, ossia se i nervi siano solidi o cavi e se contengano il cosiddetto *fluido nervoso*, la presenza del quale permette di spiegare tutti i livelli di funzionalità del sistema nervoso, come nella visione galenica. Ora, l'impegno dell'autore è a sostegno di un fluidismo universale, sfaccettato nelle declinazioni del fluido sensitivo, motore, nervoso ma collegato al livello cosmico con gli elementi dell'universo. La novità rispetto, sia al meccanicismo sia all'animismo assoluti, è

quella di ricorrere a un principio immanente nella materia, il *fluido animale* che agisce in modo fisico ma è attivato dall'anima, ormai non più ristretta nella ghiandola pineale ma espansa in tutto il cervello, e in particolare nei ventricoli.

[...] è pensabile ancora che questo fluido influenzato dal carattere particolare di una passione, ne porti l'impressione fin dentro il fluido animale di altri individui? Questo è ciò che tutte le osservazioni confermano [...] la collera, la rabbia, e in generale le passioni e le inclinazioni degli animali, sono dunque dei caratteri impressi nel loro fluido animale, e questo spirito condotto nei fluidi di altri animali, comunica loro gli stessi caratteri, o gli effetti dovuti alla loro impressione [...] le sensazioni e le passioni consistono dunque in modificazioni particolari del fluido animale, e questi caratteri si comunicano ai fluidi della stessa specie, e possono cambiare ad ogni istante (Le Cat, 1767, pp. 150-154-155-159).

Puységur, nel suo libro del 1811, cita «l'eccellente opera del dottor Le Cat» e sottolinea l'influenza tra individui sostenuta dal magnetismo animale, attraverso il passaggio di fluidi da un corpo all'altro.

Naturalmente, Le Cat non può conoscere il magnetismo animale visto che scrive nel 1767. Citando dopo più di quarant'anni Le Cat, medico filosofo vitalista, Puységur intende quindi sostenere il fluido magnetico del mesmerismo. Ciò dimostra tutto il suo opportunismo e la necessità di captare la benevolenza di coloro che nella proposta vitalista volevano salvaguardare le proprie credenze mistiche e sfuggire al materialismo, pur avvalendosi di conoscenze anatomiche e fisiche elementari.

Il motivo per cui l'approccio "fluidista" di Le Cat viene considerato basilare da Puységur sta proprio nella considerazione che i cosiddetti fluidi animali sono in grado di spiegare come avvenga il passaggio di sostanza da una persona a un'altra, la qualcosa è la caratteristica primaria del magnetismo animale.

Senza una spiegazione valida del passaggio del fluido dall'uno all'altro, il magnetismo animale sarebbe costretto a ritornare all'animismo degli antichi e ai fenomeni magici del medioevo, nei quali l'anima incorporea agisce direttamente senza l'intermediazione di alcun fluido. Sul fronte opposto, l'accettazione dei verdetti delle Commissioni del 1784 dovrebbe dichiarare inesistente il fluido magnetico e riconoscere il mesmerismo come frutto dell'immaginazione. Ma questo riporterebbe la medicina e la cura delle malattie nelle mani degli addetti ai lavori, stroncando le ambizioni dei mesmeriani, convinti di avere a disposizione una "scoperta" sensazionale e un "potere" terapeutico ineguagliabile.

Il vitalismo animale

Possiamo dire che nel dopo Mesmer non si voglia tanto, come all'inizio, soppiantare la medicina e sostituirla col magnetismo animale. Ora l'obiettivo, meno ambizioso, è quello di inserire il mesmerismo nell'armamentario di tutti i medici, costringendoli comunque ad una deviazione verso un modello spiritualista che, senza darlo a vedere, introduca nella fisiologia i principi vitali ai quali attribuire i "prodigi" del magnetismo.

Il principio vitale che può spiegare l'enigma del magnetismo animale, infatti, deve necessariamente rimanere una nozione intermedia tra l'anima e la materia.

La posizione equidistante da quella del materialismo e da quella dello spiritualismo, in campo scientifico, verrà sostenuta da Paul-Joseph Barthez (1734-1806), considerato il più insigne rappresentante del *vitalismo* nel XVIII secolo.

Quella di Barthez è una reazione contro i riduzionismi: cioè il meccanicismo da una parte e l'animismo dall'altra.

[...] Questa setta dei Meccanicisti è stata contrastata moltissimo dagli Animisti, le cui opinioni si sono molto diffuse. Questi ultimi

hanno provato che i principali fenomeni della salute e delle malattie non possono essere spiegati in modo verosimile con movimenti meccanici. Per rendere conto di questi fenomeni, essi hanno creduto che fosse sufficiente il ricorso all'influenza dell'anima pensante, la cui preveggenza e gli errori erano le sole cause d'azione spontanea in tutte le parti del corpo. Ma l'esperienza non può legare la causa sconosciuta di tutti i movimenti involontari, che avvengono nel corpo vivente, con le facoltà di un essere spirituale che ci è dato dalle nozioni Metafisiche e Teologiche. Così i Meccanicisti e gli Animisti si sono allo stesso modo allontanati dai principi del buon metodo filosofico, volendo ridurre troppo le cause di tutti i movimenti spontanei che hanno luogo nel corpo umano [...] (Barthez, 1778, p. xij).

Ponendosi al di sopra dell'antagonismo dei due opposti indirizzi, Barthez ricorre a un elemento che dovrebbe essere in grado di superare il conflitto tra meccanicismo e animismo. Il *Principio della vita*, secondo Barthez, esiste indipendentemente dalla meccanica del corpo umano e dalle espressioni della cosiddetta anima pensante.

[...] Definisco con la parola Principi le cause sperimentali dei fenomeni del movimento e della vita. Così chiamo Principio della vita dell'uomo la causa che produce tutti i fenomeni della vita nel corpo umano [...] Il Principio Vitale dell'uomo è senza dubbio unito intimamente alla sua intelligenza e ai suoi organi. Ma per meglio conoscere le forze di questo Principio, occorre considerarle separatamente dalle affezioni dell'anima pensante, e di quelle dell'organizzazione elementare del corpo [...] (Barthez, 1778, pp. 1-2-5).

Barthez tenta di sfuggire all'antinomia anima/corpo. Pur criticando l'animismo estremo di Stahl, in un certo senso riavvicina l'anima al corpo e tenta un'integrazione che inevitabilmente colloca all'interno della materia, nel corpo, un'area di astrazione e trascendenza. Rifiutando il meccanicismo

cartesiano che porta a comparare la struttura del corpo umano agli ingranaggi di un orologio, Barthez ha la capacità (e forse la buona fede) di inserirvi un elemento ambivalente ed estremamente complesso ma inspiegabile. All'interno degli organi, fino nei movimenti più impercettibili e soprattutto involontari della materia, si dichiara così l'esistenza di una *vitalità* di natura da determinare che condizionerà la scienza per più di un secolo, e si attenuerà soltanto quando, come ai nostri giorni, gli sviluppi della biologia molecolare e della genetica permetteranno alla ricerca scientifica di "espellere" non solo un artefatto filosofico ma anche un *bias* endemico di ogni metodo sperimentale.

[...] tutto porta a credere che l'azione immediata di un Principio Vitale operi da sola nei movimenti degli organi: sia con il concorso e il volere dell'anima, nei movimenti volontari; sia senza il suo contributo, come nei movimenti che l'abitudine fa eseguire automaticamente, così come nei movimenti vitali ed in altri involontari. La volontà non può sospendere né cambiare i movimenti del cuore e delle arterie. Essa non può bloccare la palpitazione del cuore causata da forti passioni; pure in coloro nei quali l'idea di questa palpitazione basta per risvegliarla [...] l'anima umana ha due parti; l'una irrazionale, che comprende la vegetativa e la sensitiva, che è corporea, proviene dai genitori, ed è come un legame della parte razionale con il corpo: l'altra razionale o intellettuale, che è incorporea, e che Dio ha creato e unito al corpo [...] (Barthez, 1778, pp. 30-31-32-33).

Come si vede, si profila un nuovo dualismo con più aspetti integrabili e in grado di spiegare in modo, appunto complesso, la quantità infinita di fenomeni spontanei e incontrollabili della vita corporea. Ancor di più, chi volesse prendere atto di una ripartizione tra processi razionali (l'anima) e irrazionali (funzionalità involontaria e automatica) potrebbe scorgere in essi la concezione di processi consci e inconsci, dei quali per tutto il XIX secolo si assisterà a una sorta di *ouverture*, in attesa della rifinitura freudiana a cavallo del XX secolo. Per ora, osserviamo

che la concezione di Barthez potrebbe giustificare la posizione di Puységur. Questi pensa il sonnambulismo come una dimensione *vitale* che si slatentizza tutte le volte che un soggetto predisposto venga liberato dal proprio controllo volontario, ergo dall'influenza della propria anima, e sottoposto alla volontà di un'altra persona (il magnetizzatore), il quale agirebbe sui "fluidi animali" (livello vegetativo e sensitivo) e nello stesso tempo sull'*anima pensante*. Le premesse sembrano le stesse di Mesmer ma il risultato potrebbe essere un po' diverso. L'azione di Mesmer è volta a scatenare una crisi psicomotoria nel "meccanismo" fisiologico del paziente, riattivando i principi vitali secondo un modello empirico e non trascendentale. Le crisi provocate dal medico viennese sfruttano la *vis medicatrix naturae* nell'intento di riattivare la macchina difettosa, secondo la visione classica cartesiana. Nel mesmerismo e nel sonnambulismo magnetico, a partire da Puységur, la crisi consiste nel passaggio a una dimensione irrazionale, dalla quale emergono facoltà nascoste come la preveggenza e la chiaroveggenza. In tal senso, la volontà del magnetizzatore, ovvero la sua anima pensante, ha come obiettivo da raggiungere il principio vitale del magnetizzato. La crisi chiamata *sonnambulismo magnetico* o *artificiale* non consiste quindi in una scarica psicomotoria che ha l'obiettivo di resettare un meccanismo inceppato. Il sonnambulismo alla Puységur si presenta quindi come una slatentizzazione di qualità recettive, eterodirette dal magnetizzatore, ai fini di cura.

Purtroppo, la recettività del sonnambulo ha bisogno dell'induzione del magnetizzatore, ossia al sonnambulo occorre una volontà estranea a lui da assorbire e fare propria per produrre i cosiddetti effetti magnetici. Senza un processo di totale identificazione e "fusione" col magnetizzatore la condizione sonnambolica sarebbe impossibile. Chiunque volesse intravedere nel sonnambulismo una dimensione liberatoria sarebbe però costretto a ridimensionare la propria intuizione. Infatti, l'innesto immediato e assoluto della "volontà" del magnetizzatore alla

Puységur sul sonnambulo non potrebbe che rivelare l'esercizio di un'azione paternalistica e dominante, secondo il modello arcaico di tutte le religioni presenti nella cultura tribale e in quelle successive di natura mistica. Dando per scontata l'esistenza di un principio vitale nella natura, a partire dal corpo umano, Puységur ne dichiara la natura elettrica e dal livello di questa *elettricità naturale* egli fa dipendere lo stato di salute. Cosicché, se il livello si abbassa occorrerà a suo avviso restituire l'equilibrio perduto. Compito del magnetismo animale è la restituzione dell'equilibrio del principio vitale/elettrico nel corpo, attraverso il passaggio del "fluido elettrico" dal magnetizzatore al magnetizzato.

[...] se, per qualche causa secondaria, il *principio vitale* s'impoverisce, si percepisce che ne debba risultare in qualche parte di tale corpo un disturbo visibile; allora si manifesta la malattia. Se non si provvede, con rimedi adatti o altri mezzi qualsiasi, a restituire al *principio vitale* la quantità di *elettricità* della quale ha bisogno per alimentare tutte le sue componenti, l'equilibrio in tutto il sistema animato si rompe totalmente, e segue la morte. La malattia tra gli uomini, strettamente parlando, deriva unicamente da questo difetto d'equilibrio o di circolazione della *elettricità animale*. Per ristabilire questo equilibrio, ci sono solo due maniere di intervenire; l'una, liberando la parte malata dagli ostacoli che impediscono la circolazione della *elettricità animale*, e l'altra, con l'agire immediatamente sul *principio vitale*, per rinforzarlo e fornirgli i mezzi per togliere da solo gli ostacoli che danneggiano la sua circolazione. [...] Il *principio vitale* in quanto fulcro di elettricità, non può essere rinforzato che da una elettricità che gli sia affine; ed è ciò che avviene con l'applicazione del Magnetismo animale. [...] (Puységur, 1785, pp. 56-59).

In questa citazione del libro *Suite des mémoires pour servir à l'histoire et à l'établissement du magnétisme animal* (1785), è possibile cogliere più di un dettaglio sul modo di intendere il magnetismo da parte di Puységur. Come vedremo più avanti, lo sforzo del marchese è nella direzione di spersonalizzare l'azione

del mesmerismo³², facendolo derivare invece che dal fluido personale di qualcuno da una cascata di eventi cosmici, fisici e fisiologici, appoggiati sulla vaghezza dei concetti espressi nelle voci enciclopediche e in tutto il vociare confuso intorno all'elettricità e ai suoi fenomeni. Sicuramente egli è molto abile nell'aver assimilato la lezione di Barthez e dei critici del meccanicismo. Invece di far leva solo su pratiche empiriche e quasi magiche come il *baquet*³³, Puységur tenta di lavare i panni del magnetismo animale in un'acqua più compatibile col dibattito presente nella cultura che lo circonda. Mettendo sullo stesso piano, anche se con funzioni diverse, la medicina ufficiale e il mesmerismo, egli dimostra la voglia di conciliare invece di pretendere la soppressione della medicina stessa come voleva Mesmer. L'obiettivo di Puységur è ora che la propria disciplina sia accettata come pratica terapeutica, accanto alle terapie mediche più tradizionali.

Riflessione finale

La prima domanda che ci poniamo, riflettendo, è: che cosa c'entra tutto ciò con la psicoterapia. Apparentemente molto poco. Qualcuno potrebbe liquidare il tutto dicendo che basterebbe aprire un testo di una disciplina a caso dello stesso periodo storico (o sfogliare la stessa *Encyclopédie*) per scoprire una quantità infinita di ipotesi fantasiose e campate nell'aria dell'epoca dei Lumi. E invece, ci corre l'obbligo di occuparcene, per scovare le radici false della psicoterapia e metterne in guardia soprattutto coloro che aspirano a formarsi in modo corretto.

Il nostro obiettivo è quello di contribuire a impedire la perpetrazione di misfatti culturali, che poi inevitabilmente si

³²Il fatto che usiamo questo termine attesta che Puységur è totalmente tributario del carisma di Mesmer.

³³Si tratta solo di aver semplificato la qualità delle tecniche induttive. L'albero magnetizzato prende il posto del *baquet*, l'elettricità sostituisce il fluido magnetico etc.

traducono in danni e lesioni a carico dei pazienti, nonché in false premesse che inducono altrettanto false applicazioni da parte degli addetti ai lavori. Sgombriamo, però, subito il campo da una deduzione impropria che potrebbe scaturire dal vederci piuttosto critici sul fenomeno del magnetismo animale.

Abbiamo sottolineato che nei fenomeni suggestivi, nelle influenze reciproche tra esseri umani, nel tentativo di curare disturbi mentali attraverso una semplice relazione d'aiuto, c'è sicuramente un nucleo importante di quello che oggi è riconosciuto a tutti i livelli come uno dei fattori comuni della psicoterapia, ovvero l'*alleanza terapeutica* (cfr. Lago, a cura di, 2016). Ciò che vorremmo è invece selezionare le radici buone, come quest'ultima, e indicare quelle false da recidere o sradicare, come per esempio l'idea che la "volontà" di uno possa influenzare i "principi vitali", ossia lo stato psicofisico, di un altro.

Vorremmo che soprattutto i terapeuti della mente non fossero visti come esseri speciali o taumaturghi, ma come esseri umani particolarmente esperti dei disturbi mentali, per averli studiati e approfonditi con la loro esperienza, la quale è l'unica garanzia di valido esercizio dell'azione terapeutica, anche rispetto all'acquisizione di una cosiddetta metodologia o tecnica di intervento.

Altra cosa che non abbiamo intenzione di fare è quella di criticare con gli occhi del 2022 fatti e personaggi di due secoli prima, mettendoli alla berlina o sminuendoli. Semmai il contrario. Cerchiamo di ridimensionare personaggi "gonfiati" dall'entusiasmo degli storici che ammirano chi anticipa nel tempo idee, concezioni, scoperte che verranno realizzate pienamente in età successive. In tal senso, non nascondiamo di apprezzare il concetto di "rivoluzione scientifica" di Khun (1962), per cui la

storia delle scienze è caratterizzata da “rotture epistemologiche” e meno da cambiamenti progressivi e sfumati³⁴.

E invece nel periodo che osserviamo, col metodo della citazione originale tratta dai testi dell’epoca, si coglie l’inizio di una deriva che sempre di più tenderà a sviluppare il potere personale dell’azione del terapeuta, sia essa diretta al corpo che alla mente.

Nel mesmerismo, il “potere” terapeutico viene sempre gestito da una figura superiore per definizione, la quale è depositaria di una sovrabbondanza di *fluido animale* o *magnetico*, con il quale cerca di “riempire” o “saturare” i contenitori “vitali” del paziente. Il fluido viene associato spesso all’elettricità, quasi in un gioco di prestigio in cui si spiega il mesmerismo nominando qualcosa di fondamentale che però nessuno sa cosa sia. Quello che si capisce è che il “*principio vitale carico di elettricità*” è la materia prima sulla quale interviene l’azione volontaria di colui che mesmerizza, ossia colui che usa tutti gli strumenti della prassi di Mesmer ma ve ne aggiunge un fattore più complesso e determinante come la “volontà”, quale diretta azione dell’anima in grado di produrre fenomeni fisici.

Ecco la prima radice da tagliare in modo assoluto. Per chiarire, chiunque si proponga un intervento mentale deve fare i conti con la cosiddetta “opacità della mente”, per cui l’eventuale “volontà” di curare, oltre a non servire in alcun modo a produrre cambiamenti fisici, in sé non ha il minimo valore introspettivo e, per quanto “armata” di un accurato meccanismo interpretativo dipende totalmente da un’altra volontà, quella dell’interlocutore che accetti e convalidi le eventuali interpretazioni circa i propri contenuti. Perfino su noi stessi il lavoro interpretativo dovrebbe tenere conto dell’*opacità mentale* e intervenire con il fattore

³⁴Rivoluzionario sarà Freud, con l’invenzione della psicoanalisi. I suoi precursori, ormai si sa, stanno nella testa di storici che subiscono la cosiddetta “sberla narcisistica” (Ancona) dal neurologo viennese e dal suo pensiero.

comune fondamentale della psicoterapia, cioè *la mentalizzazione* (cfr. Lago, a cura di, cit.).

[...] è impossibile conoscere la mente di qualcun altro (opacità) e perfino la propria, per cui l'unica attività possibile a questo scopo è quella di immaginare e quindi interpretare i contenuti mentali degli altri e di sé, all'interno però di un processo che non escluda gli affetti e le emozioni [...] (Lago, a cura di, 2016, p. 62).

71

La tanto deprecata “immaginazione”, considerata dalle Commissioni Reali del 1784 l'unico ingrediente del mesmerismo, viene ritenuta dai mesmeriani un insulto, perché riporta tutto alla relazione e toglie qualsiasi pretesa di matrice fisica o psicofisica, impedendo di utilizzare in modo improprio le nozioni scientifiche scarse dell'epoca del Lumi.

[...] abbiamo definito la mentalizzazione una forma di attività mentale di natura *immaginativa*, prevalentemente preconscia, che consiste nell'interpretare le azioni delle persone sulla base di stati mentali “intenzionali”. Tale attività è “immaginativa” perché possiamo solo immaginare ciò che gli altri potrebbero pensare o provare, per cui un importante indicatore di una buona mentalizzazione è la consapevolezza di non sapere per certo che cosa passi per la mente di qualcun altro. Lo stesso tipo di salto immaginativo può essere necessario alla comprensione delle proprie esperienze mentali, soprattutto in rapporto a contenuti carichi emotivamente o a reazioni irrazionali (e probabilmente di natura inconscia). [...] (Fonagy e Target, 2008).

Torniamo a Puységur ed alla sua opera all'interno del mesmerismo senza Mesmer. Come si diceva, il primo non disdegna, a differenza del secondo, di confrontarsi con i concetti scientifici dell'epoca, che egli sfrutta a sostegno delle sue tesi, queste sì ancora più astratte ed autoreferenziali di quelle del maestro. Per cui, ci suona amaro e fuori luogo l'entusiasmo di

Ellenberger, il quale non riesce ad essere obiettivo con Puységur, così come non è stato obiettivo con Mesmer.

[...] Armand-Marie-Jacques de Chastenet, marchese de Puységur, una delle grandi personalità dimenticate che contribuirono alla storia delle scienze psicologiche [...] (Ellenberger, 1970, p. 86).

L'acritica adesione e convalida dell'epoca del mesmerismo nella storia della psicoterapia, come di un periodo eroico e carico di intuizioni, porta uno storico di rilievo a non tenere conto di quanto scrive e sostiene, avvelenando i pozzi o lasciando nel fondo le false radici di una disciplina, che anche per tale motivo ambisce ancora al ruolo di scienza, rimanendo impantanata nella babele degli indirizzi.

72

[...] La mia volontà, Signori, motore di tutti i miei atti e di tutte le mie determinazioni, lo è ugualmente della mia azione magnetica. Credo all'esistenza, in me, di una potenza. Da questa credenza, deriva la mia volontà di esercitarla. E l'atto della mia volontà determina tutti gli effetti che voi mi avete visto produrre, e che non potete mettere in discussione [...] Tutta la metodologia del magnetismo animale è racchiusa in due parole credete e volete, che ho scritto in cima alle mie prime memorie. Credo di avere la potenza di mettere in azione il principio vitale dei miei simili; voglio farne uso; ecco tutta la mia scienza e i miei metodi. Credete e volete, Signori, e così farete come me [...] (Puységur, 1807, p. 149).

Ecco colui che secondo Ellenberger ha fatto avanzare (sic!) le scienze psicologiche. Ritorna l'attenzione per il punto di reperi dell'azione magnetica, il "principio vitale", definizione che ha un'enorme pregnanza del tutto proporzionata alla sua totale vaghezza e inconsistenza. Purtroppo, la permanenza in campo scientifico del concetto di *principio vitale* o *vitalità*, ha coperto per anni processi reali che sono stati svelati successivamente. Ma in psicoterapia, in mancanza di un confronto oggettivo con una realtà

sempre in movimento come quella psicodinamica e relazionale, l'idea di una *vitalità* espressione di una realtà mentale, non si è discostata in alcun modo dalla considerazione empirica e pseudoscientifica di un Puységur.

La psicoterapia così come oggi la intendiamo, però, non sa che farsene del concetto di *vitalità* e affini. Se ancora, c'è qualcuno che possa concepire la relazione terapeutica come una "trasfusione di sangue" dal terapeuta al paziente, potremmo dire che la falsa radice energetica, così bene espressa in termini di elettricità da Puységur, gli ha giocato un brutto scherzo.

Per cui, è del tutto fuori luogo "sentirsi stanchi" dopo una seduta di psicoterapia, non più di una seduta di lavoro di altro genere. L'eventuale "stanchezza", a nostro avviso, è direttamente proporzionale a quanto il terapeuta abbia poco capito della personalità del paziente, esponendosi ad una collusione con il "vampirismo" personale di quest'ultimo e al relativo completo o parziale condizionamento subito all'interno del setting. La "stanchezza" del terapeuta, quindi, è sempre un modo per bloccare la sua attività riflessiva e non c'entra con la dimensione psicofisica. Qualora il terapeuta si sentisse intaccato nei vissuti e nelle emozioni dovrebbe andare in supervisione, piuttosto che tentare di interpretare in modo isterico i suoi malesseri come strane pulsioni che il paziente metterebbe in atto per intaccargli i "principi vitali". Esiste naturalmente un genere di disturbi (ad es. disturbi dell'umore) che rende il paziente più o meno attivo nella sua vita di relazione e nella dinamica terapeutica. Ciò non vuol dire che il compito dello psicoterapeuta sia quello di favorire un semplice passaggio di energia positiva verso la persona che ha in cura. Casomai, l'obiettivo sarà quello di portare la riflessione del paziente sui pensieri negativi (Lago, 2018, pp. 34-61) che condizionano persone già tendenti alla depressione nel livello psicobiologico. Sarà semmai lo psichiatra, nel suo intervento integrato con gli psicofarmaci, ad agire sulla struttura biologica molecolare del paziente, senza però mai perdere di vista la persona

e soprattutto senza agire direttamente su di lui con impietose interpretazioni che abbiano al centro ipotetici disturbi della *vitalità*, come propone la radice falsa del mesmerismo.

Abstract: Starting from my book *L'illusione di Mesmer* (2014), I underline the connection between *mesmerism*, or the idea that there is a fluid capable of carrying out its beneficial action on the sick, simply by direct contact, and *vitalism*, an ambivalent element and extremely complex but inexplicable, which acts inside the organs, up to the most imperceptible and above all involuntary movements of matter and of the human body in particular. The permanence in the scientific field of the concept of *vital principle* or *vitality* covered real processes for years which were subsequently revealed. But in psychotherapy, in the absence of an objective comparison with an ever-changing reality such as psychodynamic and relational reality, the idea of a *vitality* that is the expression of a mental reality, has not diverged in any way from the empirical and pseudoscientific consideration of mesmerism.

Keywords: mesmerism, vitalism, vitality, psychotherapy.

Riassunto: Partendo dal mio libro *L'illusione di Mesmer* (2014), sottolineo la connessione tra il *mesmerismo*, ovvero l'idea che esista un fluido in grado di svolgere la sua azione benefica sui malati, semplicemente per contatto diretto, e il *vitalismo*, elemento ambivalente ed estremamente complesso ma inspiegabile, che agisce all'interno degli organi, fino nei movimenti più impercettibili e soprattutto involontari della materia e del corpo umano in particolare. La permanenza in campo scientifico del concetto di *principio vitale* o *vitalità*, ha coperto per anni processi reali che sono stati svelati successivamente. Ma in psicoterapia, in mancanza di un confronto oggettivo con una realtà sempre in movimento come quella psicodinamica e relazionale, l'idea di una *vitalità* espressione di una realtà mentale, non si è discostata in alcun modo dalla considerazione empirica e pseudoscientifica del mesmerismo.

Parole chiave: mesmerismo, vitalismo, vitalità, psicoterapia.

Bibliografia

- Ancona L. (2004), *L'ossimoro del gruppo come clinica*, Convegno 4 saggi di Psicoterapia, video, Osp. Forlanini - Roma, 26-27 novembre 2004.
- Barthez P.J. (1778), *Nouveaux Éléments de la science de l'homme*, Martel Ainé, Montpellier.
- Cimino G. (2002), *Storia della Scienza*, Treccani, Roma.
- D'Alembert J.B. (1756), *Feu*, Encyclopédie, vol. VI.
- D'Alembert J.B. (1765), *Magnétisme*, Encyclopédie, vol. IX.
- Darnton R. (1968), *Il mesmerismo e il tramonto dei Lumi*, Medusa, 2005.
- Ellenberger H.F. (1970), *La scoperta dell'inconscio*. Boringhieri, Torino, 1976.
- Fonagy P. e Target M. (2008), *Attaccamento, trauma e psicoanalisi. Dove la psicoanalisi incontra le neuroscienze*. In: Jurist E.L., Slade A., Bergner S., (a cura di), *Da mente a mente. Infant Research, neuroscienze e psicoanalisi*, Cortina, Milano, 2010.
- Kuhn T. (1962), *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Torino, Einaudi, 1979.
- Lago G. et al. (2005), *La personalità carismatica e il suo gruppo*. Idee in *Psichiatria* 5(1): 22-27.
- Lago G. (2009), *Il carisma in psicoterapia*. *Psicologia Contemporanea* n. 211. Gen.-Feb.
- Lago G. (2014), *L'illusione di Mesmer*, Castelvecchi, Roma.
- Lago G. (a cura di) (2016), *Compendio di psicoterapia*, Franco Angeli, Milano.
- Lago G. (2018), *Il disturbo del pensiero nella depressione*, *Mente e Cura*, Annuario.
- Lago G. (2022), *Le radici del fattore carismatico in psicoterapia*, *PSICHE*, 1/2022.

- Lago G., Tropeano G. (2010), *Psicoterapia e carisma*, Mente e Cura, 1-2, pp. 29-47.
- Le Cat C. N. (1767), *Traité des Sensations et des Passions en general, et des sens en particulier*, Vallat-La-Chapelle, Paris.
- Puységur de Chastenet A.M.J., marquis de (1784), *Mémoires pour servir à l'histoire et à l'établissement du magnétisme animal*, Dentu, Paris.
- Puységur de Chastenet A.M.J., marquis de (1785), *Suite des mémoires pour servir à l'histoire et à l'établissement du magnétisme animal*. Londres.
- Puységur de Chastenet A.M.J., marquis de (1807), *Du Magnétisme Animal*, Desenne, Paris.
- Puységur de Chastenet A.M.J., marquis de (1811), *Recherches, expériences et observations physiologiques sur l'homme dans l'état de somnambulisme naturel, et dans le somnambulisme provoqué par l'acte magnétique*, Dentu, Paris.
- Vegetti M. (2018), *Scritti sulla medicina galenica*, Petite Plaisance, Pistoia.

DIMENSIONI PARALLELE: LA MISSIONE VOYAGER E LA PSICOLOGIA CLINICA NEL SERD

Parallel dimensions: the voyager mission and clinical psychology in Serd

Gaetano Di Mauro³⁵ Claudia Strambi³⁶

77

Prefazione (a cura di Gaetano Di Mauro)

Quando l'amica e collega Claudia, a poche settimane dalla conclusione del suo rapporto di lavoro nel servizio sanitario pubblico, mi ha inviato questo articolo che aveva scritto, invitandomi a leggerlo e dirle che cosa ne pensavo, non avevo presupposto il profondo significato che il contenuto del documento poteva assumere, oltre l'interesse per l'aspetto propriamente tecnico scientifico.

Successivamente alla lettura dell'articolo di Claudia, quella che era stata la percezione di piena condivisione del sottofondo contestuale, in cui sono maturate le esperienze riportate nel documento, si è in me tradotta in una immagine (mentale) invece ben definita: quella della sonda Voyager.

Come è noto, le sonde Voyager 1 e 2, sono state inviate a scopo di ricerca, dalla NASA nello spazio interstellare, oltre quaranta anni fa (il lancio della prima, è infatti datato 1977).

Il particolare che però da allora mi ha sempre affascinato, è che oltre agli strumenti di cui le sonde sono state dotate per la ricerca dei dati (spettrometri, fotocamere, ecc.), è stato inserito

³⁵ Psicologo Psicoterapeuta, Responsabile UOS SERD ASL ROMA 6 Anzio (RM)

³⁶ Psicologa Psicoterapeuta, Dirigente Psicologa UOS SERD ROMA 6 Frascati (RM)

a bordo anche un disco d'oro (placcato con uranio 238, elemento che decade solo in miliardi di anni), su cui è incisa una mappa di quasar, per triangolare la posizione del sistema solare e le istruzioni per leggere il disco.

In esso sono inoltre contenuti immagini, video e suoni della Terra, con l'obiettivo di presentare ad eventuali altre creature dell'Universo, il pianeta Terra e i suoi abitanti, di cui in un certo senso le sonde Voyager, ne rappresentano le "Ambasciatrici".

Così, come per una sorta di "insight", si è definita nella mia mente l'associazione tra questa particolare funzione che le sonde Voyager stanno rivestendo ed il lavoro di Claudia.

Per comprendere il senso di questa associazione, è necessario presentare sinteticamente il contesto da cui l'articolo della collega prende origine.

Con Claudia abbiamo infatti condiviso un'esperienza professionale di oltre 20 anni, nei servizi per le dipendenze patologiche della ASL Roma 6 (area dei Castelli Romani e del litorale romano meridionale), costituendo insieme agli altri psicologi dei SERD dei sei diversi distretti, un gruppo di lavoro in cui poterci confrontare e dove sviluppare le nostre esperienze e competenze, nell'area specifica della Psicologia Clinica delle Dipendenze patologiche.

In questo lungo periodo, il contributo di ogni professionista, ha permesso di tessere un filo conduttore tra le esperienze che, eterogeneamente, venivano condotte nei diversi SERD dell'azienda sanitaria, nella dimensione della Psicologia Clinica, nell'ambito proprio delle dipendenze patologiche.

In questo senso, infatti, l'opportunità di confronto, condivisione e riflessione, riguardo le personali esperienze e competenze, offerte individualmente da ogni collega, ha permesso di maturare una cultura propria del gruppo degli psicologi psicoterapeuti dell'area delle dipendenze patologiche, internamente al più ampio "contenitore" della Salute Mentale.

Parallelamente, gli elementi di questa dimensione culturale e professionale, hanno alimentato i presupposti per dare forma concreta a diverse iniziative in ambito operativo, quali:

- elaborazione e conduzione di progetti per la prevenzione e la riabilitazione, riguardanti le dipendenze patologiche, realizzati attraverso l'accesso ai finanziamenti previsti dal "Fondo Lotta alla Droga", istituito con il DPR 309/90;
- composizione della cartella clinica psicologica;
- organizzazione e responsabilità scientifica di corsi di aggiornamento e formazione professionale, accreditati per l'educazione continua in Medicina (ECM);
- contributi tecnico-scientifici per la stesura di protocolli e procedure operative a livello dipartimentale ed aziendale;
- tutoraggio nei tirocini per psicologi e specializzandi in psicoterapia.

In questo modo, il percorso di lavoro del gruppo di psicologi dei nostri SERD, progressivamente ha condotto alla realizzazione di quello che possiamo assimilare ad un processo di "individuazione", dove però il soggetto non si riferisce alla singola personalità, ma ad una dimensione epistemologica e culturale, quella appunto delle "Psicologia Clinica delle Dipendenze".

Dobbiamo considerare infatti che originariamente, nei confronti della possibilità di trattare psicoterapeuticamente il tossicodipendente, si riscontrava un certo scetticismo nell'ambiente scientifico, attribuibile in parte anche al riferirsi alla difficoltà evidenziata a suo tempo da Freud, di realizzare il transfert tra analista e tossicodipendente ed in parte anche a fattori interni al contesto sociale ed istituzionale, di quel particolare periodo storico riferibile agli ultimi venti anni del '900.

Lo scenario che si è quindi presentato agli psicologi che, come quelli del nostro gruppo, hanno iniziato ad operare nei servizi pubblici per le tossicodipendenze, nel periodo al termine degli anni '80, risultava tutt'altro che gratificante per la professionalità dello psicologo; diversi elementi rendevano infatti in questo caso particolarmente complesso poter operare al pieno delle competenze potenzialmente disponibili nel bagaglio di ogni professionista.

Questi elementi erano riconducibili a due principali ordini:

1) Strutturale: i servizi erano in gran parte collocati in sedi "ereditate" dal patrimonio immobiliare degli enti pubblici, costituite spesso da strutture dismesse da altre funzioni, tutt'altro che adeguate per un ideale *setting* terapeutico.

2) Metodologico: gli interventi nei servizi pubblici, fino ad allora chiamati SAT (servizio assistenza tossicodipendenti), erano fondati essenzialmente su un approccio medico-farmacologico, con trattamenti sostitutivi per la dipendenza da eroina, a base di metadone.

In quella fase storica, la presa in carico del tossicodipendente attraverso interventi diversi da quelli di ordine medico-farmacologico, era di pressoché esclusivo appannaggio del volontariato, attraverso strutture genericamente denominate "comunità terapeutiche", in cui gli operatori in gran parte erano degli ex tossicodipendenti, che a loro volta avevano concluso un percorso di recupero da una condizione di dipendenza da sostanze stupefacenti.

In questo tipo di contesto, come la stesso termine "assistenza" contenuto nell'acronimo "SAT" può lasciar intendere, i servizi pubblici si trovavano principalmente investiti nella funzione di "tamponare", attraverso le terapie farmacologiche, l'emergenza sociale della tossicodipendenza, delegando al volontariato l'accoglienza della persona tossicodipendente, per un programma di recupero in cui, diversamente, l'apporto di farmaci narcotici o meno, era tassativamente escluso, come in secondo piano veniva

posta la stessa possibilità di terapie psicologiche, attraverso l'apporto di operatori professionisti.

Ne conseguiva quindi anche un non costruttivo, perché spesso ideologico, antagonismo tra i servizi pubblici e quelli del volontariato e gli psicologi che hanno avviato in quel periodo il loro percorso professionale nei SAT, si sono trovati inseriti in questa atmosfera tutt'altro che armonica, per inserire la loro professionalità all'interno degli schemi fino allora adottati, per la presa in carico del tossicodipendente.

Queste criticità non hanno comunque impedito agli psicologi dei servizi pubblici di proporre il proprio contributo per sostenere ed alimentare quel cambiamento nella visione epistemologica ed operativa, nell'approccio alle dipendenze che la nuova legge del 1990 (DPR 309) aveva sollecitato (in particolare definendo per la prima volta, le caratteristiche e le funzioni degli stessi servizi, definiti allora SERT ed avviando parallelamente il processo di professionalizzazione delle comunità).

Attraverso il costante impegno, sostenuto da una motivazione sempre arricchita dalla percezione di stimoli profondamente significativi, all'interno di quel contesto apparentemente così impenetrabile, come quello delle dipendenze patologiche, gli psicologi dei SERD sono riusciti progressivamente a costruire un'identità ben definita della loro professionalità, che si è quindi "individuata" nella dimensione specifica della "Psicologia Clinica delle Dipendenze".

In questo lungo percorso, il lavoro degli psicologi nei SERD ha permesso di realizzare un patrimonio costituito oltre che dalle attività, dai progetti e dagli interventi tecnico-scientifici accennati in precedenza, anche e soprattutto di esperienze straordinarie, nel rapporto terapeutico con il paziente tossicodipendente, come in quello con la sua rete relazionale.

Questa componente del patrimonio professionale degli psicologi dei SERD, è una risorsa che ha trovato, fino ad un

certo tempo, la possibilità non solo di essere condivisa tra i colleghi del gruppo operativo nei servizi, ma anche quella di essere trasmessa a nuovi professionisti, ponendola come una degli obiettivi fondamentali nei tirocini per psicologi e specializzandi psicoterapeuti.

Recentemente, questa opportunità si sta rivelando più complessa, a causa soprattutto della progressiva erosione della consistenza dello stesso gruppo degli psicologi dei SERD, correlata all'indisponibilità di un adeguato turn-over, in rapporto all'inevitabile conclusione del rapporto di lavoro dei singoli operatori nel servizio pubblico.

Per tentare di scongiurare il rischio che l'esistenza di questo patrimonio possa essere dimenticata, ecco quindi il motivo per cui ha preso in me forma l'immagine delle sonde Voyager, durante la lettura dell'articolo che la mia collega Claudia ha presentato.

In questo senso, ho pensato che a questo documento possa essere affidata la funzione di testimoniare l'esperienza umana e professionale, creata e vissuta nella dimensione della psicologia clinica delle dipendenze, da parte del gruppo degli psicologi dei SERD della ASL ROMA 6.

In questo contributo di Claudia Strambi, è infatti a mio avviso rappresentata una "mappatura" di quello che metaforicamente possiamo definire come il "mondo" della Psicologia clinica delle dipendenze.

La lettura del suo lavoro, articolato nella narrazione di emblematici seminari condotti nel SERD con gli specializzandi in psicoterapia, non può quindi che consentire, a chi intende o si troverà destinato ad entrare in contatto con questa dimensione, ad orientarsi nella dimensione della psicologia clinica delle dipendenze, avendo a disposizione dei punti di riferimento che emergono nella stessa narrazione, chiari ed affascinanti proprio come quelli custoditi nelle sonde della missione Voyager.

CINQUE STORIE DI DIPENDENZA IN TRE SEMINARI a cura di Claudia Strambi

Introduzione

Seguire gli specializzandi in psicoterapia ha sempre fatto parte della mia attività di psicoterapeuta in un Servizio pubblico per le Dipendenze Patologiche. Fra le varie forme di supervisione, ha sempre riscosso molto interesse tra i giovani colleghi quella dei Seminari. In questi incontri proponevo degli approfondimenti teorici e metodologici prendendo spunto dalla presentazione delle situazioni di persone che si erano presentate al Servizio. Cominciavo accennando alla storia di quella persona e di quella famiglia, alle loro richieste esplicite e a come ciò aveva risuonato in me, quali atteggiamenti mi aveva ispirato. Approfittavo dell'occasione sia per correlare alla pratica clinica i vari contenuti teorici considerati, che per far vivere "sul campo", anche se solo indirettamente come tirocinio, l'esperienza di un approccio multidisciplinare, di collegamento ed integrazione con gli aspetti medici e sociali, specifico di un Servizio per le Dipendenze Patologiche.

Nel pubblico, infatti, gli operatori hanno spesso teorie diverse ed è necessario nel lavoro trovare un linguaggio comune e un rispetto reciproco per i diversi punti di vista. È un contesto simile a quello delle società multiculturali e multietniche, in cui non è più lecito richiedere a ogni gruppo di annullarsi nel crogiolo dei valori comuni, il *melting pot*, ma è necessario accettare che ogni posizione sia presente in una sorta di insalatiera culturale, la *salad bowl*. È però anche necessario impegnarsi per sviluppare un linguaggio comune, rispettosi gli uni delle posizioni degli altri, per evitare la confusione della Torre di Babele.

L'obiettivo è di trovare una coerenza e un minimo denominatore tra i diversi linguaggi delle varie teorie e tecniche, sviluppando così un "metalinguaggio" che ci permetta di lavorare con le nostre differenze rispettando tutti gli altri che lavorano con noi, dai colleghi agli utenti (pazienti? clienti?): anche la loro voce, infatti, deve o dovrebbe avere una dignità pari se non maggiore di quella delle voci dei vari esperti, ed essere da loro ascoltata. Uno dei principali aspetti di questi Seminari, che suscitava un grande interesse tra i partecipanti, era il racconto di come l'evolversi e l'intrecciarsi della mia storia formativa e professionale con l'integrazione e l'assimilazione di tutte le varie esperienze, mi avesse portato ad assumere quel particolare punto di vista e atteggiamento terapeutico e riabilitativo che mettevo in atto con quella particolare persona e la sua famiglia.

Naturalmente, accettare che ogni terapia sia il risultato dell'interazione della personalità del singolo terapeuta con le proprie esperienze, con le influenze e le teorie cui è stato esposto, rischierebbe di condurre a un eclettismo fine a sé stesso se non si considerassero altri importanti fattori. Nel terapeuta, infatti, con il passare del tempo si stratificano tutte le esperienze e conoscenze teoriche che si trasformano durante la seduta in parole, emozioni e possibilità operative, la cui origine rimane spesso del tutto o in parte inconsapevole. Ogni terapeuta, indipendentemente dal proprio orientamento teorico, opera infatti secondo una prospettiva epigenetica, nella quale ogni cambiamento teorico o pratico viene a connettersi nel tempo a quelle esperienze precedenti che si sono dimostrate utili. In questa chiave, quindi, il purismo teorico non è altro che un mito, perché tutti gli operatori nel nostro campo, dai tempi dell'università agli stimoli quotidiani dei media, sono costantemente esposti all'influenza di diverse teorie. In ogni caso, la scelta finale dell'idea che ha un senso nella terapia deriva dall'interazione con il paziente, che segnala con le parole, le metafore, i silenzi, le emozioni e a volte anche gli agiti, i possibili percorsi da seguire.

Essere psicoterapeuti in un Servizio per le Dipendenze Patologiche, multidisciplinare e integrato, offre infatti un'opportunità veramente preziosa: guardare alla persona con problematiche di dipendenza, alla sua famiglia e alle loro difficoltà da differenti sfaccettature, permettendo al terapeuta di acquisire una maggiore consapevolezza delle proprie premesse. Si tratta cioè degli assunti di base che lo guidano nel suo lavoro: quanto del suo agire è dettato da pregiudizi sociali e culturali, quali possono essere a loro volta le premesse del paziente, i suoi assunti individuali, familiari, sociali e culturali, e infine in che modo la relazione terapeutica si adegui a questa relazione tra epistemologie, cioè sistemi di premesse, diverse. In questo processo evolutivo, è fondamentale che il terapeuta coordini il proprio tempo con il tempo del paziente, aprendo spazi a prospettive diverse ed evitando di ancorarsi a una visione particolare della sua storia. Perché questo possa realizzarsi, sono di primaria importanza lo sviluppo dell'alleanza terapeutica e l'empatia del terapeuta, cioè la capacità e la sensibilità di mettersi nella posizione dell'altro, sostenute e rinforzate nella dialettica dal lavoro d'équipe, che viene a costituire un sistema a tre: paziente, terapeuta, osservatore/i.

Il compito dell'équipe è fornire al terapeuta la supervisione del caso e un punto di vista esterno che favorisca una sua maggiore consapevolezza di pregiudizi, premesse ed emozioni all'interno del sistema terapeutico. Lo sviluppo delle idee prodotte dall'équipe genera un "pattern che connette" (Bateson, 1972), che può aiutare il terapeuta a uscire dai dilemmi e dalle rigidità che limitano il suo comprendere e il suo agire. Il lavoro in équipe conduce così a considerare diversi punti di vista e soprattutto conduce, quando per qualsiasi motivo non è più dato e ci troviamo a lavorare da soli, a uscire dall'immediatezza della relazione con il paziente per rifugiarci momentaneamente dietro un virtuale "specchio" unidirezionale e analizzare la

relazione tra il paziente e noi stessi. In un certo senso, si può dire che la formazione sistemica favorisca un processo di internalizzazione e introiezione dell'équipe e delle sue "voci", che rappresentano una polifonia nella mente del terapeuta.

Così, anche quando lavoriamo da soli con il paziente, o con la sua famiglia, non solo abbiamo la nostra "équipe interna" che ci assiste, ma a volte ci chiediamo: se ne parlassi ai colleghi dell'équipe, che cosa rileverebbero? Che opinioni potrebbero sviluppare su quello che sta accadendo qui e ora?

Questa visione ci libera temporaneamente dai vincoli cognitivo-affettivi che ci legano al paziente, e ci permette di avere una visione "dall'esterno". La prospettiva sistemica porta quindi l'incontro tra due persone, paziente e terapeuta, a essere fittamente popolato. Si tratta, infatti, sia della comunità che costituisce il Sé del terapeuta, formata dalle figure significative della sua vita personale e professionale e dai suoi colleghi reali eventualmente connessi con il problema presentato, che delle persone del mondo interno ed esterno del paziente, e delle "voci" della cultura in cui entrambi sono immersi.

Tra i vari disturbi del sistema nervoso che stanno oggi sollecitando la ricerca di base, le Dipendenze costituiscono senza dubbio uno dei casi più interessanti, per diverse ragioni. La prima tra queste è che le Dipendenze rappresentano il disturbo del comportamento per il quale è disponibile la maggiore quantità di dati sperimentali, dalla ricerca molecolare, genetica e neurofarmacologica sui modelli animali sino agli studi di neuroimmagine sull'uomo o alle nuove indagini di neuroscienze cognitive e sociali. È così possibile costruire spiegazioni che possano integrare facilmente tutti i fattori e i meccanismi che sembrano determinare questa condizione patologica. A volte, invece, nonostante la complessa varietà di studi che le riguardano, le Dipendenze sono considerate come una collezione relativamente ristretta di condizioni e comportamenti atomici, singolari e indipendenti, che "capitano" in un particolare periodo

della vita di una determinata persona, dimenticando come quest'ultima e tutte le sue manifestazioni siano il risultato dell'insieme dei fatti vissuti nelle varie fasi del proprio ciclo vitale. Il momento in cui un paziente chiede aiuto è precisamente quello a partire dal quale faremo insieme un pezzo di strada verso la comprensione, l'integrazione e il superamento della dipendenza nella vita di quella particolare persona.

Un aspetto fondamentale da condividere con gli specializzandi è che la prospettiva epigenetica, prima considerata, ci permette di utilizzare una pluralità di cornici riduzionistiche senza mai perdere di vista la cornice olistica. In altre parole, è di cruciale importanza vedere contemporaneamente sia l'insieme, cioè l'intero progetto terapeutico, sia la focalizzazione sul particolare, come per esempio l'integrazione con gli aspetti medici e farmacologici del trattamento, o l'utilizzazione di teorie e tecniche psicoterapeutiche differenti, ma ritenute adatte per quella specifica situazione. Nella psicoterapia "sul campo", infatti, non esistono confini troppo netti tra metodi ed orientamenti, ma gradi diversi di accesso alla relazione terapeutica per arrivare a riconoscere e favorire un certo cambiamento psichico.

A questo proposito, si possono identificare alcuni elementi comuni nel trattamento psicoterapeutico del paziente con problemi di dipendenza patologica. Questo dovrebbe essere, infatti, ben strutturato, con una cornice coerente e affidabile, un timing intermedio, ma anche di lungo periodo, un'intensa relazione di attaccamento al terapeuta e all'équipe, una posizione attiva del terapeuta che favorisca inoltre, per il paziente, una buona integrazione con altri servizi e, ove necessarie, forme di assistenza personalizzate senza rafforzarne la passività. Studi recenti indicano come, in casi complessi, la possibilità di ottenere *outcome* terapeutici migliori possa aumentare in presenza di approcci combinati e individuano tre

fasi nel trattamento, comuni ai diversi modelli di intervento e che verranno approfondite nel corso dei vari seminari: stabilizzazione, rielaborazione del trauma, consolidamento dei risultati e integrazione (Cloitre et al. 2012).

Seminario n.1: Lucrezia

Lo spunto per iniziare il primo dei nostri Seminari mi è arrivato da una bellissima ed inaspettata notizia: una ragazza che avevo seguito molto tempo fa, adesso trasferita in un'altra città, ma con cui sono sempre in contatto, ha completato un corso di formazione e ottenuto un buon lavoro. Mi è sembrato di buon auspicio iniziare il nostro lavoro proprio con la presentazione del caso di Lucrezia, giunta molti anni fa al Servizio. Arriva appena diciottenne, minuta, sottopeso, con un *look* da “Lolita” di paese tutta arruffata e disorientata. Racconta, in modo frammentato, molto diffidente e “omertoso”, anche attraverso i fatti e gli agiti, del suo uso di sostanze già diventato un vero e proprio abuso, dei rapporti tremendi con la sua famiglia d'origine, di quelli “mercenari” con altre persone molto più grandi di lei, che in realtà erano al momento le sue uniche relazioni “amicali”.

Il resoconto dei primi incontri con Lucrezia e soprattutto delle prime impressioni che aveva suscitato in me, ha offerto l'occasione di accennare con gli specializzandi ad alcuni concetti fondamentali, utili per cercare di decodificare la sua effettiva domanda e creare le condizioni per un'iniziale alleanza terapeutica. Il primo di questi concetti è quello relativo alla cornice teorica delle neuroscienze cognitive, che suggeriscono come il controllo volontario del comportamento, e quindi anche la sua compromissione, dipendano largamente dai valori e dalla rete di rappresentazioni attraverso cui un individuo misura e compara nel presente e nel corso della sua vita gli stimoli interni, l'ambiente, i suoi bisogni, gli appetiti, i desideri, le ricompense e le punizioni che hanno seguito le sue azioni. È dentro a un sistema

cognitivo, infatti, che una persona codifica norme e azioni sulla base di proiezioni avanti e indietro nel tempo, di memorie e di piani per il futuro, e che quindi un impulso, una compulsione, come quelli legati alla condizione della dipendenza, possono trovare una modulazione e un eventuale imbrigliamento.

Sono peraltro ormai innumerevoli gli studi di neuro immagine che dimostrano il ruolo delle rappresentazioni simboliche, linguistiche e dei processi cognitivi mediati dalla corteccia prefrontale, nella modulazione e nell'inibizione dei centri profondi, amigdala, nucleus accumbens, striato, da cui dipendono i comportamenti impulsivi e compulsivi. Dobbiamo sempre tenere presente, però, che i valori, la rete di rappresentazioni e la loro rispettiva codificazione sono in effetti realtà temporali, nodi, prospettive e significati che vivono nella storia, dentro a una vita e attraverso la narrazione. Il secondo dei concetti teorici approfonditi in questo seminario ha anche molta importanza nella pratica terapeutica, poiché è più specificamente relativo al ruolo della narrazione in psicoterapia. Ogni psicoterapia, infatti, si presenta in realtà come una doppia descrizione: c'è la storia che il paziente porta in seduta e c'è quella che, di conseguenza, il terapeuta racconta al paziente. Già nella sua opera del 1983, "Storie che curano", J. Hillman parlava di quanto sia importante curare non tanto il paziente quanto la storia che questi racconta su sé stesso.

È vero infatti che una persona inizia un percorso terapeutico portando con sé un problema o un sintomo, ma è altrettanto vero che ciò che il terapeuta ascolta non è il dolore psichico ma la sua narrazione. Questa narrazione, il suo stile, il modo che il paziente ha di raccontarsi sono importanti quanto i suoi sintomi. Un terapeuta ascolta e "ri-racconta" la storia con cui una persona si descrive e, così facendo, ha l'occasione di arricchirla o di impoverirla, di aggiungere il suo senso o di suggerire elementi che la completino o la presentino al paziente sotto una luce diversa da quella che lui, nel suo racconto, gli

aveva dato. Quando un paziente arriva in seduta con la sua descrizione di sé stesso e della propria sofferenza prima o poi parla di qualcosa che gli sfugge e che, in un modo più o meno eclatante, lo sopraffà e lo allontana da quella condizione desiderata che lui definisce normalità. Naturalmente, ci sono vari livelli interpretativi e differenti modi di ascoltare il racconto che ci viene proposto. Quando però un'esperienza è totalmente incontenibile si trasforma in un trauma, cioè in un evento che rende la persona vittima passiva di una forza che non riesce a controllare, gestire e comprendere.

Ed era proprio così che si presentava Lucrezia nei nostri primi colloqui: traumatizzata e non protetta dagli adulti che avrebbero dovuto prendersi cura di lei. Nel corso dei colloqui si viene via via delineando un quadro a tinte piuttosto fosche: quando lei e la sorella erano piccole, alla madre è stata diagnosticata una malattia molto invalidante, che le ha causato una grave depressione e un forte rapporto di dipendenza, sia pratica che affettiva, dal marito, una persona non molto affidabile. La ragazza cresce così fin da piccola in un ambiente particolare, decisamente poco adatto a una crescita sana, dove i rapporti umani erano principalmente strumentali e non di sostegno.

Questi racconti mi hanno permesso di presentare agli specializzandi alcuni riferimenti teorici e clinici molto importanti sia nel settore dell'età evolutiva, e quindi nella mia precedente esperienza professionale, che per l'intera psicologia clinica e quindi anche per la cura delle dipendenze patologiche. Si trattava per prima cosa di ricordare i contributi di vari autori che avevano approfondito i temi dell'attaccamento: da Winnicott e Bowlby, a Fonagy, Lyons-Ruth, Giovanni Liotti ed Allan Schore. L'osservazione più interessante, e sicuramente utile per questo caso, viene proprio da quest'ultimo, quando dice che: «questo modello di sviluppo suggerisce che gli attaccamenti traumatici, che si formano in un periodo critico per l'organizzazione del cervello, creeranno una vulnerabilità durevole alla disfunzione e,

in periodi di stress, una predisposizione al disturbo post-traumatico da stress» (Schoore, 2009).

Per quanto riguarda, invece, un suggerimento sull'atteggiamento più adatto per instaurare una buona alleanza terapeutica, in questa come in altre situazioni di pazienti giovani e con traumi complessi, molto interessante è stato quello arrivato da un diverso filone di studi. Si tratta del concetto di "Testimone Soccorrevole" elaborato, tra gli altri, da Alice Miller per indicare quel particolare adulto che attraverso l'ascolto, la comprensione e il sostegno, cerca di stare dalla parte del bambino che ha subito violenza. La Miller lo ha descritto facendo riferimento all'incontro del minore, bambino o adolescente, con un insegnante, che potesse rappresentare un adulto capace di accogliere empaticamente la confusione e la perdita di contatto con la realtà generata dalla violenza, diventando così un testimone consapevole della realtà del disagio. Nei miei colloqui con la ragazza, quindi, mi era venuto spontaneo assumere le modalità di ascolto descritte dall'autrice per quel particolare tipo di adulto. Spesso, infatti, l'insegnante o il terapeuta, possono essere le sole e importanti figure che permettono al ragazzo di esprimere e comprendere come dotate di senso le sue emozioni di rabbia, disprezzo di sé, disperazione e perdita di fiducia nel mondo degli adulti.

Prima che s'instauri questa relazione, però, si possono incontrare ostacoli di vario tipo: spesso infatti il ragazzo non ha il coraggio, né le parole o la chiarezza mentale per raccontare quello che gli succede, ma inizia ad esprimersi solo quando percepisce la possibilità di trovare nell'adulto ascolto e aiuto. Non si tratta di credere aprioristicamente al racconto di questo ragazzo, né di assumersi il compito di validarlo, ma di lasciare aperto il canale comunicativo, trovando lo spazio per ascoltarne le emozioni. In molti casi, infatti, non è facile nemmeno per il ragazzo stesso capire e riconoscere la propria sofferenza come meritevole di essere manifestata, tanto meno è facile

verbalizzare le situazioni spiacevoli che egli vive senza la presenza vicina ed incoraggiante di una figura adulta empatica.

Il terapeuta può avere qui un ruolo molto importante, a volte determinante, per gettare le basi di un'alleanza terapeutica che potrà estendersi anche all'intera équipe curante: «se il processo clinico è guidato dagli affetti piuttosto che dalla cognizione, allora il cambiamento terapeutico è un processo che conduce all'emergere di nuove forme di organizzazione relazionale» (Lyons- Ruth, 2012). In ogni caso, sia che la nostra storia si scontri sia che si amalgami con quella dell'altro, quello che avviene è che le due descrizioni si incontrano e che su di esse inizia un confronto che ha lo scopo di curare una condizione di disagio e di guarirla correggendo e curando la descrizione che ne viene fatta. Il terapeuta, quindi, “ri-racconta” e “ri-immagina” in un modo completamente diverso non tanto ciò che al paziente è successo, quanto ciò che quell'esperienza può significare qui e ora per lui, proponendogli di fare un passaggio interpretativo da vittima, passiva ed impotente, a esperto di uno stato di coscienza e di sofferenza, quindi riconoscendogli un ruolo attivo e di conoscenza specifica della propria realtà. Di conseguenza, può aiutarlo a capire come anche il valore attribuito a un impulso, per esempio quello “irresistibile” del *craving*, possa essere modificabile nel rapporto che la rappresentazione mentale della sua realizzazione, e non quest'ultima come realtà oggettiva, ha nel legame con il suo passato e nelle sue aspettative per il futuro.

Naturalmente, anche questo rapporto sta dentro a una biografia ed è possibile soltanto dentro e per mezzo di una narrazione. Due descrizioni sono meglio di una perché aggiungono profondità alla visione, ma per accostare le narrazioni occorrono la pazienza di ascoltare attentamente, la capacità di proporre un'altra storia che possa aggiungere senso a quella presentata e l'umiltà di non essere un analizzatore esterno della storia di un altro. Come dice ancora Hillman: «...il discorso terapeutico è anche una gara tra cantori che rinnovano uno dei più antichi generi di diletto culturale

conosciuto da noi esseri umani: la co-costruzione di storie e di realtà (Hillman, 1983). Una terapia riuscita è quindi una collaborazione tra narrazioni, una re-visione della storia in una trama più intelligente, più “immaginativa”.

Con il passare del tempo, Lucrezia instaura le prime due relazioni positive con adulti dopo quella con la nonna materna, purtroppo terminata bruscamente quando aveva 12 anni, la psicoterapeuta e una delle dottoresse del servizio. Affrontiamo insieme varie vicende, alcune piuttosto drammatiche, tra cui due episodi di coma e malattie anche gravi affrontate coraggiosamente. Il percorso di Lucrezia prosegue con due esperienze in comunità terapeutica, uno fuori regione, molto fruttuoso, ma purtroppo interrotto prematuramente per cause indipendenti dalla sua volontà, che ha comportato per lei una tortuosa deviazione con un conseguente grave ritardo nel suo percorso terapeutico, e un altro successivo più vicino, purtroppo non molto positivo, dopo il quale riprende faticosamente il percorso terapeutico sul territorio.

A questo punto del nostro Seminario abbiamo sufficiente materiale per puntualizzare come, nella prima fase del trattamento, il clinico debba porre l'enfasi sulla stabilizzazione dell'alleanza terapeutica, l'educazione del paziente circa la diagnosi e i sintomi, e la spiegazione del processo del trattamento. Ricordiamo che gli obiettivi di questa prima fase includono il mantenimento della sicurezza personale, il controllo dei sintomi, la modulazione degli affetti, la tolleranza dello stress, il miglioramento delle funzioni vitali basilari e lo sviluppo delle capacità relazionali. Altri aspetti del trattamento, a un diverso livello di profondità, potrebbero non essere affrontati per anni, fino a quando non venga stabilita la sicurezza necessaria per il paziente.

La perseveranza sua e degli operatori che si prendevano cura di lei, ha dato buoni frutti, come si è evidenziato ad esempio in un episodio avvenuto il 21/12/2015, data da lei ricordata tuttora

come cruciale, come mi ha detto recentemente: “mi hai detto le frasi giuste e da lì ho incominciato la mia nuova vita”... il punto era: per la prima volta dopo 10 anni di frequentazione del Servizio aveva le analisi completamente pulite da qualsiasi sostanza ed era molto felice e soddisfatta... allora le ho chiesto se avesse intenzione di crogiolarsi in questo indubbio successo, perché se lo avesse considerato un punto d'arrivo la sua vita futura sarebbe stata concentrata solo ed unicamente sulla dipendenza, sul cercare di non “farsi” e sul riprendersi dalle inevitabili ricadute; se invece lo avesse considerato come un punto di partenza, avrebbe avuto la possibilità di aprirsi ad altro, integrando la dipendenza nella sua vita e non facendone più il suo focus. Lei ancora ricorda che quelle parole, apparentemente molto dure, le sono servite da stimolo e da guida per il suo comportamento successivo, perché ne aveva colto appieno il significato: ero in realtà abbastanza sicura che avrebbe potuto essere pienamente padrona della sua vita, nonostante i traumi e le dipendenze.

Tempo dopo, mantenendo comunque un costante e regolare rapporto “da remoto” con la psicoterapeuta e il medico che la seguivano dall'inizio, si trasferisce in un'altra città, e quindi anche presso un servizio sanitario del posto, dove il suo principale punto di riferimento è un'educatrice, che l'aiuta ad orientarsi in questa nuova realtà. Dopo varie vicende, Lucrezia incontra una signora, che lei chiama “zia”, che le offre vitto e alloggio e soprattutto una convivenza con una sorta di figura genitoriale di cui si può fidare e che le offre un esempio concreto di vita quotidiana “sana” alla quale ispirarsi, come lei purtroppo non ha quasi mai avuto.

Da qualche tempo, Lucrezia ha profondamente cambiato la sua narrazione di sé. Racconta, infatti, di un mondo completamente diverso, dove non deve per forza avere relazioni con uomini per vivere e per drogarsi, anche perché continua l'allontanamento dalle sostanze e dagli psicofarmaci, fino alla sua completa emancipazione dalle sostanze psicoattive. Ha cambiato completamente i suoi interessi e frequenta con attenzione e

successo un corso di formazione professionale, si diploma e trova quasi subito un buon lavoro, stabile, dignitoso e soddisfacente. Ritiene che il suo futuro sarà centrato sui nuovi focus, ma anche su un nuovo approfondimento dei fattori di rischio e di quelli di protezione nei confronti delle dipendenze, perché sa che faranno sempre parte della sua storia. Adesso che ha un lavoro stabile, Lucrezia si è già organizzata per intraprendere un nuovo percorso psicoterapeutico “soprattutto per riuscire a superare un trauma che è ancora lì, come il primo giorno” e perché sa che adesso può riuscirci senza il pericolo di incorrere in comportamenti gravemente autolesivi come in passato.

Si può quindi passare alla cosiddetta “seconda fase” del trattamento, tuttora in corso, basata principalmente sulle concettualizzazioni teoriche e metodologiche strutturate per la psicoterapia del trauma (Shapiro, 2019; Luber, 2015; Mosquera, Gonzalez Vazquez, 2016). In questa fase, l’accento è posto sulle memorie delle esperienze traumatiche della persona e il lavoro effettivo da svolgere è ricordare, tollerare, elaborare e integrare gli intensi eventi passati. Questo include il processo di abreazione, la realizzazione delle emozioni forti connesse a un’esperienza o percezione, di solito del passato. Per “integrazione di memorie traumatiche” s’intende il riunire aspetti di esperienze passate in precedenza dissociati: le memorie e le sequenze degli eventi, l’affettività associata e le rappresentazioni somatiche e fisiologiche dell’esperienza. L’integrazione, inoltre, indica il conseguimento di una consapevolezza cognitiva adulta e la comprensione dei ruoli propri e degli altri negli episodi, che nel caso di Lucrezia sono notevolmente favoriti dal suo attuale lavoro, stabile e in cui si prende cura di altre persone.

Il lavoro terapeutico sulla perdita, sull’afflizione e sul lutto deve essere molto profondo per aiutare il paziente a comprendere e realizzare le perdite subite durante la propria

vita a causa del passato traumatico, alcune delle quali continuano nel presente. Naturalmente, un terapeuta esperto in dipendenze terrà sempre presenti gli aspetti di sicurezza del paziente affrontati nella prima fase, verificando la situazione in modo non inquisitorio né “passivizzante”, ma anzi utilizzando questi momenti per rinforzare l’empowerment del paziente. Nel caso in questione è tutto molto semplificato dalla profonda e stabile alleanza terapeutica con Lucrezia, che permette di valutare abbastanza bene il timing del percorso psicoterapeutico. I processi della seconda fase permettono al soggetto di comprendere che le esperienze traumatiche appartengono al passato, di capire il loro impatto sulla propria vita, di sviluppare una più completa e coerente storia personale e senso del sé. Alcuni autori hanno utilizzato il termine “sintesi” per definire questo processo. La sintesi riuscita deve essere seguita da un processo di “realizzazione” e “personificazione”, in cui il paziente raggiunge una piena consapevolezza di aver vissuto il trauma, che questo trauma è in effetti passato e può essere collocato nella propria autobiografia.

Seminario n.2: Andrea e Fabrizio

Nel secondo Seminario sono state presentate le situazioni di due persone, Andrea e Fabrizio, molto esemplificative per condividere alcune importanti considerazioni. Il primo dei concetti sui quali abbiamo riflettuto insieme è quello di “diagnosi”, che già R. Laing nel 1969 descriveva così: «la diagnosi ha inizio nel momento in cui si entra in contatto con il cliente e non finisce mai. Il modo in cui si distingue la situazione modifica la situazione. Non appena comunichiamo in qualche modo (con un gesto, una stretta di mano, un colpo di tosse, un sorriso, un’inflexione di voce) ciò che vediamo o crediamo di vedere, anche nella situazione più rigida ha luogo un mutamento ... Ciò che si vede quando si esamina una situazione si modifica quando si ascolta il

racconto dei fatti. Nello spazio di un anno ... la storia avrà subito una serie di trasformazioni ... Come la storia si modifica con il passare del tempo, così ciò che si vede subisce alcune modificazioni. In un momento particolare si è inclini a definire la situazione in modo particolare ... Una definizione particolare della situazione può generare storie diverse. Le persone ricordano cose diverse, le ricollegano in modi diversi. ... La nostra definizione è essa stessa un intervento che, introducendo un fattore nuovo, trasforma la situazione, la quale esige così di essere nuovamente definita». Uno degli aspetti principali, che rendono queste considerazioni assolutamente ancora valide e condivisibili, è la ricorsività fra diagnosi e terapia vista in una prospettiva diacronica e il relativo cambiamento della storia del paziente nel corso del processo terapeutico. Naturalmente, nell'ottica dell'integrazione, la conoscenza di più di un sistema diagnostico consente sia il superamento delle dicotomie, che il dialogo con tutti i colleghi, anche se di orientamento diverso.

La più importante tra le caratteristiche della diagnosi nel campo dei disturbi del comportamento è, in ogni caso, soprattutto quella di essere un processo valutativo in evoluzione e quindi uno strumento prezioso e insostituibile per orientare una terapia focalizzata sul far stare meglio una persona in quel particolare momento della sua vita in cui giunge alla nostra osservazione. Negli ultimi anni, sono diventati centrali in questo processo sia la “depatologizzazione”, che si realizza attraverso il linguaggio usato con il paziente e nell'atteggiamento del terapeuta, sia la creazione di un contesto in cui si cerchi di far prevalere una visione positiva di una possibile evoluzione e superamento delle difficoltà. Questo concetto è naturalmente molto valido anche nel campo del trattamento psicologico delle dipendenze patologiche. Una diagnosi clinica che funzioni sia come “bussola” che come “mappa” deve infatti poter cambiare in alcuni aspetti, adattandosi alle sempre più accurate osservazioni e ai vari

sentieri da seguire nel trattamento. Tali percorsi possono a volte derivare anche da contributi propri di altri settori della psicologia, ma in ogni caso sono sempre centrati sulla relazione con la persona/paziente e con le persone importanti per lui.

Come è noto, ogni volta che c'è un primo colloquio con un nuovo paziente e con la sua famiglia, si mettono le basi per costruire una relazione centrata principalmente sulla storia che raccontano e sul significato che il sintomo, in questo caso quella particolare dipendenza, ha per il paziente e per i suoi cari. Fin dai primi incontri si cerca di leggere tra le righe del racconto delle manifestazioni sintomatologiche di quella particolare dipendenza, focalizzando la nostra attenzione contemporaneamente anche sui bisogni consapevoli e profondi del paziente e sulle sue risorse. Si analizzano così sia i bisogni effettivamente “propri” del paziente, sia quelli indotti, “importati” nel suo organismo dall'esterno. Questo è utile soprattutto per non correre il rischio di colludere con la reiterazione del “meccanismo della dipendenza”, in cui a qualcosa che “viene da fuori”, sostanze d'abuso ma anche farmaci assunti in modo “tossico”, viene dato il ruolo e il potere di modulare e gestire quello che succede “dentro” la persona, “dis-integrandola”. È poi fondamentale riflettere che i dettagli di questa storia e i suoi racconti nel tempo non sono soltanto all'origine di un disturbo, ma indicano anche come era un individuo e come è diventato ciò che è al momento della diagnosi.

La storia, ma soprattutto la narrazione della storia del paziente, permettono inoltre di capire se e come i sintomi che presenta possano sensatamente riferirsi ad una o più condizioni patologiche specifiche. Comportamenti, situazioni, pensieri hanno infatti fondamentalmente un senso soggettivo, un valore individuale e relativo alla storia di una persona e al modo in cui la vive, alla maniera in cui la narra a sé stesso e agli altri. Penso, per esempio, ad Andrea, anche lui seguito molti anni fa. Quando è arrivato al servizio era un po' spaesato: sembrava una persona “normale”, con una famiglia e un buon lavoro, che aveva “solo” un importante

problema con l'alcol, iniziato intorno ai 15/16 anni. Diceva che "...sarebbe bastato togliere quello e tutto sarebbe stato perfetto" ... peccato che la sua dipendenza, "il suo demone" come lo chiamava, fosse più forte di lui e lo facesse sentire totalmente inadeguato. Nonostante tutti i suoi sforzi, infatti, non riusciva a non avere ricadute nell'abuso di alcolici, soprattutto quando "aveva bisogno di calmarsi". Dopo una serie di colloqui, abbiamo ricostruito la storia della sua infanzia e adolescenza, ricordate da lui come avvolte da una confusa e pervasiva sensazione di una sua profonda e totale inadeguatezza.

È stato fondamentale, in questa fase, accogliere, comprendere e restituire quello che era capitato ad Andrea quando era un bambino. "Ri-narrandogli" la sua storia con l'obiettivo di darle un senso integrato e coerente, gli ho fatto notare che anche allora aveva avuto le stesse reazioni di spaventato disorientamento di quando era venuto a chiedere aiuto per il problema dell'alcol e gli ho via via suggerito, con cura e attenzione, gli strumenti per conoscere entrambe le sue condizioni, avviando e sostenendo così un processo di elaborazione e integrazione dei suoi vissuti.

La presentazione di questo caso mi ha così permesso di focalizzare l'attenzione degli specializzandi su una delle funzioni più importanti della psicoterapia nelle dipendenze. Si tratta, infatti, di una sorta di "psicoeducazione" molto particolare, che cerca di trovare i modi più adeguati a ciascun paziente, e alla sua specifica situazione, per costruire spiegazioni che integrino facilmente tutti i fattori e i meccanismi relativi alla sua condizione patologica attuale. A questo proposito, è interessante ricordare che, fin dai primi colloqui, Andrea lamenta un senso di angoscia e di rabbia di cui non riesce a spiegarsi né l'origine né la motivazione, accompagnato da una sorta di brusco e totale rifiuto della lettura. Dalla sommaria ricostruzione che abbiamo fatto insieme "a posteriori", sembra che da bambino facesse molta

fatica a leggere e quindi a seguire il ritmo dell'apprendimento scolastico, probabilmente per problemi di dislessia. Racconta poi, emozionandosi ancora, che uno dei suoi ricordi d'infanzia più traumatici è quello di quanto si vergognasse a scuola quando, pur facendo del proprio meglio, non riusciva a leggere bene e di come si sentisse pieno d'impotenza e di rabbia repressa quando il suo maestro, invece di aiutarlo, lo sgridava come se fosse solo stupido e svogliato e lo costringeva ad indossare un cappello "da somaro", facendogli poi fare il giro delle classi, dove veniva deriso ripetutamente da tutti i compagni. I traumi subiti durante il periodo scolastico probabilmente sono stati frequenti, ripetuti e purtroppo anche amplificati dai comportamenti dei suoi familiari, così da contribuire a farlo diventare un bambino molto arrabbiato e abbastanza convinto di essere meno adeguato dei suoi pari.

Un'altra delle considerazioni condivise in questo Seminario riguarda quanto sia importante per uno psicoterapeuta vivere varie esperienze formative e professionali, che possano fornirgli differenti strumenti teorici e tecnici. Nella mia precedente esperienza professionale nel campo della riabilitazione neuropsicologica in età evolutiva, infatti, mi sono resa conto molto presto di quanto possa essere frequente la presenza di disturbi affettivi, secondari a quelli neuropsicologici, ma non meno importanti, anzi a volte molto invalidanti sul piano personale e sociale. In realtà, questi disturbi affettivi nascono principalmente come "meccanismi di difesa", utilizzati inconsciamente dai bambini per gestire i traumi e le frustrazioni vissuti nelle relazioni con i coetanei e con gli adulti, a causa delle proprie difficoltà neuropsicologiche. Un bambino che non riesce a farsi capire, infatti, può sia subire l'allontanamento da parte dei coetanei, che vivere la frustrazione di sentirsi egli stesso "non capace", sperimentando maggiormente la propria inefficacia perché spesso non riesce a farsi comprendere nemmeno dagli adulti che a vario titolo si occupano di lui. Questo può portarlo a utilizzare principalmente due modalità di interazione: prima di tutto,

l'autoisolamento e, in secondo luogo, la manifestazione di rabbia e aggressività come naturale conseguenza delle difficoltà che sta vivendo e che spesso sembrano i soli modi per lui possibili per entrare in una relazione.

Gli effetti secondari sul versante emotivo e psicologico sono tanto più presenti, e a volte anche contemporaneamente, quanto più è grave il disturbo del bambino e possono consistere in mancanza di autostima, stati depressivi di varia gravità e inefficace gestione delle frustrazioni, sentimenti di inferiorità e compromissione dei rapporti sociali. Naturalmente, queste riflessioni e approfondimenti teorici ed esperienziali sono specifici del settore della psicologia dell'età evolutiva, ma fin dall'inizio della mia esperienza clinica nel campo delle dipendenze patologiche mi sono resa conto che utilizzare concetti e riflessioni propri di altri settori, adeguandoli opportunamente, può rivelarsi molto utile anche nella pratica terapeutica con questi pazienti. Mi è capitato con una certa frequenza di incontrare, infatti, nel corso della mia esperienza come psicoterapeuta di pazienti tossicodipendenti, molte persone che avevano vissuto nella loro infanzia situazioni assai difficili, spesso a causa di disturbi del linguaggio e dell'apprendimento non diagnosticati. Queste problematiche, emerse solo ex post nei racconti anamnestici dei pazienti, erano poi rielaborate in psicoterapia, come verrà approfondito più avanti, e anzi utilizzate come base per dare un senso e una direzione diversi alla loro intera narrazione e quindi all'immagine che avevano di sé e alle scarse possibilità che pensavano di avere di poter aspirare a una vita piena e soddisfacente. Come precedentemente ricordato, questi disturbi sono strutturali e quindi completamente al di fuori delle possibilità di controllo volontario da parte di un bambino non opportunamente seguito, anzi possono provocargli un senso di impotenza, frustrazione e rabbia, alimentati anche dalla sensazione di essere diverso dai coetanei.

A questi sentimenti si unisce, purtroppo abbastanza spesso, il comportamento di docenti e familiari, che lo trattano da svogliato e incapace, invece di insegnargli le tecniche per gestire, con comprensione e sostegno, le proprie difficoltà di linguaggio e i propri sentimenti di rabbia e sfiducia. Più frequentemente di quanto non si pensi quel bambino, crescendo, si trova a gestire i propri sentimenti di rabbia, frustrazione e mancanza di autostima, affidandosi sia all'uso di sostanze, alcol e droghe varie, che a comportamenti di dipendenza, come gioco d'azzardo e uso improprio della rete, proseguendo così nella propria "carriera" di *outsider*. Queste convinzioni di impotenza e di inadeguatezza, estese adesso anche al suo rapporto con la propria sostanza d'abuso, l'alcol, permangono parzialmente durante il primo periodo della psicoterapia di Andrea, insieme al sempre attuale e pesante senso di umiliazione e di vergogna che prova nel parlarne. A poco a poco, con la psicoterapia, il suo trauma principale è stato rielaborato ed è stato così possibile riconoscere e storicizzare quel suo senso di inadeguatezza e di "rabbia cieca" così tuttora presente, paralizzante e pervasivo. Si è potuto così rendere pienamente conto di come questa sensazione, così devastante, derivasse soprattutto dal senso di impotenza vissuto durante la sua vita scolastica.

Nel corso dei colloqui, Andrea è poi anche riuscito a comprendere quanto questo fosse strettamente collegato al dolore e alla rabbia cieca provati fin da bambino per le frustrazioni costanti subite a causa dei suoi disturbi di apprendimento non trattati in modo appropriato, ma attribuiti alla sua pigrizia e negligenza. Fin dall'adolescenza, infatti, si era creato in lui una sorta di "copione difensivo": quando avvertiva quel forte senso di inadeguatezza intollerabile e che conosceva così bene, questo funzionava come un trigger, scatenando in lui una fortissima reazione di rabbia che aveva "imparato", del tutto inconsapevolmente, a controllare con l'abuso di alcolici. Il percorso psicoterapeutico intrapreso è stato focalizzato sulla

rielaborazione e sull'integrazione dei traumi passati, finalizzate a una conseguente desensibilizzazione e ridefinizione del suo senso di inadeguatezza e di impotenza. È stato così possibile individuare e sostenere tutta una serie di risorse personali e della famiglia nucleare del paziente, che lo hanno portato ad affrontare con successo il percorso di disintossicazione dall'alcol e la successiva fase di stabilizzazione e prevenzione delle ricadute.

Generalmente, un determinato rapporto con una sostanza può essere anche molto problematico per una persona, ma un'analoga relazione con uno stesso agente psicoattivo potrebbe risultare tutto sommato funzionale per un'altra persona, per qualcuno che ha avuto una storia differente o che vive e sente diversamente una storia magari simile. È il modo in cui un soggetto vive e racconta la sua storia, infatti, a costruire nel tempo eventuali sistemi di correlazioni patogene tra aspetti diversi della sua vita, dei suoi rapporti con gli altri e con l'ambiente da cui scaturisce un complesso morboso. Per queste ragioni, le narrazioni soggettive possono poi dare accesso a queste correlazioni, alle dinamiche con cui si sono prodotte nel tempo e indicare una costellazione di sintomi assimilabile a un dato disturbo. Ma possono anche, se opportunamente indirizzate dalla "diagnosi come mappa" di cui si è parlato prima, far percorrere alla persona nuovi e impensati sentieri, utilizzando proprio la conoscenza approfondita del proprio sintomo principale come un talento e un'opportunità, diventando una sorta di "esperto per esperienza".

La seconda storia presentata nel Seminario, da cui ricaveremo alcuni spunti per approfondire queste ed altre considerazioni, è quella di Fabrizio. La sua storia avrebbe potuto essere simile a molte altre: triste, tutto sommato poco interessante e con un esito abbastanza scontato. Si tratta di un anziano signore, di circa 70 anni, arrivato da noi per un problema di abuso di alcolici e con un quadro generale

deprimente e senza speranza. Al primo incontro era accompagnato, in modo quasi coatto, molto giudicante e pieno di disprezzo, da tutti gli altri adulti della sua famiglia: la moglie, l'unico figlio e la nuora. La storia del suo sintomo comprende un precedente alcolismo importante, iniziato intorno ai 24/25 anni e proseguito per una ventina d'anni quando, in seguito ad un'importante sollecitazione della famiglia, e quindi senza una propria profonda motivazione iniziale, ha frequentato per 5 anni i gruppi di Alcolisti Anonimi, interrompendo l'uso di alcolici per circa 18 anni, fino a tre o quattro anni fa quando, apparentemente "senza motivo", ha ricominciato gradualmente a bere. I familiari segnalano inoltre che tende ad abusare di psicofarmaci e che ha contratto importanti debiti per motivi mai dichiarati. La sua storia clinica generale comprende sia una pregressa diagnosi di tumore, per cui è stato sottoposto a due interventi chirurgici, con controlli periodici attualmente negativi, che una di diabete, in trattamento con insulina. Viene "trascinato" da noi perché già da tempo è ricaduto in un importante abuso di alcol di nascosto dai familiari, che sono riusciti a intervenire quando sono stati informati da alcuni conoscenti.

Nel corso dei colloqui, si è delineato il quadro di una persona che ha sempre rivestito in famiglia un ruolo marginale, soprattutto in seguito agli "errori del passato", quando in effetti, per svariati motivi, ha creato molti problemi economici alla famiglia. Fabrizio aveva un buon lavoro, ma purtroppo si è fatto coinvolgere in investimenti sbagliati ed ha abusato molto e molto a lungo di alcolici, senza preoccuparsi né della propria immagine sul posto di lavoro, né del tracollo economico della propria famiglia. Al contrario, la moglie ha cercato di sopperire alla situazione svolgendo svariati lavori, "emancipandosi" suo malgrado e almeno in parte da una certa idea che lei stessa aveva del ruolo della donna, per esempio prendendo la patente e l'auto, continuando però a viverlo come un ripiego perché "sono cose da uomini". Tempo fa la signora ha avuto l'occasione di trovare un

buon lavoro, che svolge tuttora, risollevando così le sorti economiche della famiglia. Anche Fabrizio, tuttavia, ha cercato di fare la sua parte, riuscendo a mantenere il proprio posto di lavoro e pagando a poco a poco i propri debiti. Attualmente è in pensione da circa quattro anni, epoca alla quale risale l'inizio della sua ricaduta nell'abuso alcolico. Dal punto di vista della loro relazione di coppia, al momento la moglie è rimasta strettamente ancorata alla profonda delusione e al disprezzo che ha per lui: lo accusa infatti di non fare nulla, ma qualsiasi cosa faccia non va bene e lo denigra spesso anche nel corso dei colloqui terapeutici.

Durante i primi mesi di psicoterapia sono state svolte alcune sedute familiari con lo scopo di capire le posizioni, le alleanze e i conflitti all'interno della famiglia allargata. Questo mi ha dato la possibilità di stabilire un punto nel tempo che delimitasse il presente e lo separasse almeno un po' dal passato, in modo da permettere a Fabrizio di considerare la propria storia da un altro punto di vista e di intravedere la possibilità di un'altra narrazione della sua storia presente, con obiettivi e desideri propri. Durante queste sedute Fabrizio subiva gli attacchi dei familiari, irrigidendosi sempre più e ritirandosi in sé stesso con un'evidente espressione di rabbia repressa e di grande vergogna, ma sembrava comunque sentire la presenza della terapeuta, che era lì anche per testimoniare il suo attuale tentativo di prendersi cura di sé. È quindi riuscito a reagire, pur con grande difficoltà e sofferenza, ribadendo che erano cose passate da molto tempo, che aveva pagato tutti i suoi debiti, frequentato i gruppi di Alcolisti Anonimi (A.A.) e smesso di bere... a quel punto, chi più chi meno, tutti i familiari hanno sottolineato il fatto che l'attuale ricaduta, portata avanti per qualche tempo di nascosto, senza che lui riconoscesse di avere un problema né di conseguenza chiedesse aiuto, fosse la dimostrazione di quanto il suo percorso e lui stesso fossero fallimentari. Naturalmente ho ridefinito il tutto, focalizzandomi

principalmente sul fatto che fossimo lì, insieme, proprio perché ciascuno di noi in qualche modo pensava che un progetto e un percorso di cura fossero possibili.

In questa fase iniziale ed esplorativa del progetto terapeutico, queste sedute hanno reso evidente come attualmente i familiari non potessero costituire una valida risorsa relazionale per Fabrizio, soprattutto perché il loro obiettivo, naturalmente inconsapevole, sembrava essere quello di stigmatizzare sia il problema in sé che il proprio congiunto come inguaribili e senza speranza. Si andava così evidenziando sempre più come la risorsa più importante del progetto fosse proprio la relazione terapeutica. Evidentemente Fabrizio la sentiva come protettiva e rassicurante, anche perché gli permetteva di raccontare e raccontarsi in un modo diverso da quello usato dai suoi familiari, intravedendo così la possibilità di imparare a ridefinire in positivo le sue cose, anche se minime, nella condivisione con un'altra persona al di fuori dal circolo ristretto dei suoi familiari. Come già discusso in precedenza, il terapeuta segue il timing di quello specifico paziente e “ri-immagina” e “ri-organizza” tutto il materiale portato dal paziente stesso. Al momento giusto lo “ri-racconterà” in seduta, in un modo completamente diverso dalla prima versione della storia narrata dal paziente, non tanto in riferimento a quello che gli è successo, quanto a ciò che quell'esperienza può significare qui e ora per lui. Così facendo, gli propone di fare un passaggio interpretativo da vittima passiva e impotente a “esperto per esperienza” di uno stato di coscienza e di sofferenza, riconoscendogli e guidandolo a riconoscersi un ruolo attivo di conoscenza specifica della propria realtà.

Fabrizio, inoltre, continuava a dire in seduta che non faceva nulla d'importante nella sua giornata e che in ogni caso non si ricordava di aver fatto nulla che avesse senso da quando era andato in pensione. Poiché lui stesso non sapeva quanti soldi spendesse, e la moglie continuava sempre a umiliarlo accusandolo di essere un incapace e un irresponsabile, gli ho chiesto di

procurarsi due quaderni, uno per segnarci esattamente le sue spese giornaliere anche minime e uno per segnare quello che faceva, i suoi pensieri e così via... insomma, un diario! Gli è piaciuto molto tutto questo, lo ha utilizzato da subito e con lo spirito giusto, sia come strumento di autoconsapevolezza, che di “spazio” personale. Da un punto di vista sistemico, inoltre, uno dei fattori più importanti per la riuscita di un progetto terapeutico di questo tipo è che la persona possa avere più relazioni umane, sia amicali che di semplice conoscenza, che la sostengano e valorizzino, anche se in modo implicito, i suoi sforzi quotidiani di rinnovamento. Gli ho pertanto proposto di integrare il suo programma terapeutico con la frequenza ai gruppi di sostegno attivi sul territorio, il C. A. T., Club Alcolisti in Trattamento, presso il nostro Servizio e A. A., Alcolisti Anonimi, in una sede a sua scelta. Ho infatti deciso di utilizzare i gruppi di sostegno non solo per il loro mandato istituzionale di aiuto nell’astinenza dall’alcol, ma anche e soprattutto come “tutor relazionali”, anche se inconsapevoli, per offrire a Fabrizio un ambiente dove potersi creare una rete amicale, vista la situazione di continua e persistente disconferma da parte dei suoi familiari, che da quando è in pensione sono le sole persone con cui è attualmente in relazione. Mi sono quindi fatta raccontare in modo dettagliato, utilizzando più sedute, il suo percorso in Alcolisti Anonimi di cui lui ha un buon ricordo, anche se all’inizio della sua precedente esperienza con loro aveva fatto molta resistenza, cercando perfino di ingannarli sulla sua astinenza. Abbiamo perciò esaminato insieme la progressione dei suoi stati d’animo di quando ripensava, qui e ora, alla realtà di allora, esplorando prima di tutto l’insofferenza per le regole ed il suo persistente desiderio di bere, per arrivare poi alla soddisfazione di quando è riuscito finalmente a raggiungere e a condividere la propria astinenza, durata poi per molti anni.

Proseguendo nella psicoterapia, abbiamo esplorato il significato del suo alcolismo e dell'attuale ricaduta nella sua vita, con particolare attenzione a elaborare e integrare il relativo senso di vergogna, e piano piano è stato pronto per fare un tentativo di tornare, dopo molti anni, a un incontro di A. A. Era dapprima abbastanza titubante e frequentava saltuariamente, sentendosi molto umiliato nel ritornare con una ricaduta così importante dopo anni di astinenza, ma è stato fondamentale per lui poterne parlare in seduta, dove aveva modo di decifrare e comprendere pienamente il senso delle proprie varie emozioni, padroneggiandole sempre più come "attrezzi" da riporre nella propria "cassetta". Poi un giorno ha riportato sul suo quaderno una frase del "Libro dei 12 Passi" e qualche sua relativa riflessione, dicendo che gli era venuto il forte desiderio di riprendere in mano la propria copia del libro e di ripercorrere il cammino, anche se non voleva ancora tornare stabilmente in A. A., soprattutto perché lo viveva come un fallimento, ma sarebbe andato volentieri al gruppo di sostegno presso il nostro Servizio, oltre ai colloqui con me e ai suoi quaderni, che compilava coscienziosamente, come una sorta di dialogo con sé stesso e con me. Poco dopo, oltre alla frequenza al gruppo nel Servizio, ha ripreso con regolarità i contatti con la sede di A. A. che frequentava anni fa. Ha quindi cominciato regolarmente a raccontare i suoi vari momenti in A. A., la condivisione in gruppo del libro, i suoi silenzi all'inizio e come è andato aumentando il suo coraggio nel proporre agli altri le sue testimonianze. Contemporaneamente, l'ho anche incoraggiato e sostenuto molto nel recupero di un migliore rapporto con il proprio corpo e con la natura, suggerendogli di cercare di camminare al parco almeno per una mezz'oretta al giorno, anche se all'inizio la moglie lo criticava perché pensava fosse un pretesto per andare a bere.

In realtà, Fabrizio ha smesso di bere fin dall'inizio del suo attuale percorso terapeutico, le analisi sono tornate buone e anche la glicemia si sta progressivamente abbassando. La sua autostima

è ulteriormente migliorata quando la moglie ha dovuto effettuare un intervento chirurgico, con degenze e riabilitazione, e lui è stato, e soprattutto si è sentito, all'altezza della situazione, sia nel gestire la casa che la situazione sanitaria della signora. Abbiamo approfittato di questo periodo per rafforzare ulteriormente la sua assertività e le sue capacità relazionali, che in realtà lui non pensava di avere affatto. Ha invece socializzato con i mariti delle altre degenti, continuando con le sue passeggiate sia negli spazi verdi intorno all'ospedale che al suo solito parco, anche se poi quando la moglie è rientrata è stato molto occupato ad assisterla finché non è tornata in salute. Fino alla chiusura dovuta all'emergenza "covid19", Fabrizio ha continuato a frequentare il gruppo al Servizio e i gruppi di A. A., sentendosi adesso molto più in grado di portare qualche testimonianza che potesse essere d'aiuto anche ad altri. Questo perché ha capito che le sue esperienze possono essere vissute e raccontate non solo in modo contrito come sbagli, ma anche in un modo più consapevolmente positivo, come risultati raggiunti proprio da lui.

Un ulteriore passo nella direzione di un maggiore senso di autoefficacia è stato quando abbiamo riconsiderato la storia della sua famiglia, focalizzandoci sulla situazione di uno dei suoi nipoti, un ragazzo di 17 anni con alcune importanti difficoltà relazionali in famiglia e con i pari. Fabrizio ha collegato la frustrazione nelle relazioni che lui stesso ha provato, pur essendo adulto, con quella del nipote e ha quindi ricordato come si è sentito molto meno arrabbiato e umiliato quando si è visto ascoltato e riconosciuto capace di fare qualcosa. Proseguendo su questo sentiero, lui stesso ha compreso bene e condiviso con me in seduta sia questa sofferenza del nipote, che il senso di frustrazione e di umiliazione dei suoi genitori, che si sentono sempre più preoccupati per il proprio figlio e si è illuminato quando gli ho

detto che lui, proprio con le sue recenti esperienze, avrebbe potuto portare un contributo importante nella vita del nipote, cercando di riconoscergli alcune capacità. Gli ho anche spiegato come fare: cercando qualcosa di pratico da fare insieme, in cui magari il nonno potesse chiedere l'aiuto effettivo del nipote ... era veramente molto contento che gli riconoscessi una posizione così importante e specifica in famiglia, soprattutto perché lui stesso riusciva a vederla ora come una realtà possibile.

110

In seguito alle difficoltà legate all'emergenza, inizialmente abbiamo utilizzato una modalità di colloqui a distanza, rimanendo comunque in contatto almeno settimanalmente. È stato molto importante per lui, perché la situazione generale gli aveva improvvisamente tolto tutti i punti di forza su cui aveva via via costruito nel tempo la propria autostima e la conseguente nuova immagine di sé. Per fortuna abita in campagna, quindi poteva portare fuori il cane e fare lunghe passeggiate nel verde senza incontrare nessuno, tenendosi in forma e scaricando la tensione dovuta all'isolamento forzato e alla preoccupazione per la situazione generale. Dopo un primo periodo di assestamento e di rinforzo basato solo sulle nostre costanti videochiamate, si è organizzato in questo modo anche con gli altri partecipanti ai gruppi, contribuendo così anche lui a sostenere altre persone. Durante i nostri colloqui a distanza, e appena possibile anche in quelli in presenza, ha infatti riconosciuto di essere a rischio di depressione in seguito alla situazione in cui ci siamo trovati tutti improvvisamente catapultati.

Era anche soprattutto molto consapevole di quanto le relazioni che aveva costruito dall'inizio del suo attuale percorso terapeutico fossero per lui un fondamentale fattore di protezione, sia da un'eccessiva chiusura in sé stesso, che da una conseguente eventuale ricaduta, poiché aveva ormai ben chiaro quanto sia sempre presente in una dipendenza la possibilità di ricadere nell'uso della sostanza o del comportamento "rifugio". Si è quindi adoperato con grande costanza a mantenere e anzi incrementare i

contatti “da remoto” con vari gruppi di A. A., diventando anche lui un punto di riferimento per altre persone in difficoltà. La situazione è naturalmente migliorata quando è stato possibile riprendere i nostri colloqui individuali al servizio, anche se inizialmente ha dovuto lottare per “riconquistarli” perché la moglie, preoccupata, non voleva che venisse. Lui però le ha tenuto testa: “se posso andarti a comprare le sigarette e a fare la spesa posso anche andare dalla dottoressa!”.

Siamo così riusciti a elaborare le difficoltà dovute anche alla particolare situazione che stavamo vivendo tutti insieme, fino ad arrivare alle più recenti riflessioni focalizzate sulla differenza tra “malato” e “persona” e la considerazione di A. A. come realtà in cui può sentirsi libero, rispettato e con un ruolo di Peer Supporter riconosciuto da sé stesso e dagli altri. In effetti, nel corso del lavoro terapeutico fin qui attuato, abbiamo trasformato il suo alcolismo e la sua astinenza nella sua vera forza e capacità, cioè una risorsa specifica da cui partire per conseguire e stabilizzare la propria autostima e le proprie relazioni sociali, con un buon successo a tutt’oggi.

Nella situazione di Fabrizio, quindi, la psicoterapia centrata sull’ empowerment del paziente, integrata con un trattamento farmacologico antidepressivo, ha permesso di ottenere notevoli risultati sia a livello generale che strettamente psicologico: diminuzione del peso, miglior controllo del diabete con diminuzione del fabbisogno insulinico, aumento della capacità di resilienza, anche se ancora da me sostenuto e incoraggiato, soprattutto nella situazione di emergenza da “covid19”, che comprende anche il sostegno e l’aiuto verso altre persone da lui percepite come sole o a rischio di ricadute in alcol.

Seminario n.3: Luca e Michele

Nel corso delle supervisioni e dei precedenti Seminari, come abbiamo già in parte visto, gli specializzandi mi ponevano molte domande sui motivi che mi avevano portato a scegliere nella terapia di alcuni pazienti una linea di comportamento piuttosto che un'altra. Per guidarmi nella riflessione su questo argomento, è stato molto utile il pensiero di Bateson che, come antropologo, si era diffusamente occupato dello studio del mondo interno dell'individuo, conscio e inconscio, della formazione delle abitudini, delle metafore, della produzione artistica e degli stati patologici. Un punto di particolare rilevanza nel suo pensiero è proprio l'inconscio, secondo lui costituito da abitudini, o *habits*, e soprattutto dall'insieme delle premesse individuali, formatesi attraverso un processo di "deutero-apprendimento", contestuale a quello dell'imparare, attraverso il quale si "impara ad imparare". La conoscenza del Sé del terapeuta diventa allora la conoscenza delle sue premesse, anche se si tratta inevitabilmente di una conoscenza irraggiungibile, perché nessuno può diventare pienamente consapevole delle proprie premesse.

[...] la nostra vita è tale che le sue componenti inconscie sono continuamente presenti in tutte le sue molteplici forme. Ne segue che nelle nostre relazioni noi continuamente ci scambiamo messaggi su questi materiali inconsci, e diviene importante anche scambiare metamessaggi per dirci l'un l'altro quale ordine e specie di inconscio (o coscienza) è inerente ai nostri messaggi [...] (Bateson, 1972).

Queste riflessioni mi hanno aiutato a rendermi conto che in alcuni casi avevo utilizzato, in un modo quasi "automatico", un atteggiamento e delle modalità terapeutiche che facevano parte di un precedente periodo della mia vita professionale, come ho già accennato in uno dei Seminari, svolto in un altro settore della psicologia clinica, cioè la neuropsicologia dell'età evolutiva.

Poiché si trattava, come direbbe Bateson, di “premesse”, non me ne sono resa conto subito in modo evidente ed esplicito, anzi era soltanto un’intuizione sulla quale basavo alcune delle mie proposte terapeutiche, anche se con una strategia che percepivo chiara, sicura e coerente. Sentivo che era la via giusta, non tanto per un convincimento teorico, su cui non avevo ancora riflettuto abbastanza approfonditamente, ma soprattutto per i risultati pratici: i pazienti rispondevano bene, si sentivano “capiti” ed entravano con meno difficoltà in una buona relazione terapeutica, abbastanza profonda per persone così spesso ritirate e diffidenti, soprattutto nelle relazioni. Naturalmente mancava ancora una connessione esplicita, che mi è arrivata non molto tempo fa, quando ero pronta ad accoglierla o, per dirla in un modo poetico, «Quando l’allievo è pronto il maestro appare».

Mi ero quindi resa conto, esplicitamente, di come si trattasse di formulare strategie terapeutiche adeguate a persone che presentavano sia problemi di dipendenze patologiche, che alcuni “modi di essere” abbastanza simili a quelli compresi nelle descrizioni dei “Disturbi dello Spettro Autistico”. L’argomento era molto interessante sia per me che per i colleghi specializzandi, tanto da farne l’oggetto del nostro terzo Seminario, focalizzandoci sulle storie di due pazienti, Luca e Michele, i cui trattamenti sono al momento ancora in corso e sono stati arricchiti dagli approfondimenti e dalle riflessioni condivisi in occasione di questo Seminario. Il principale contributo teorico che abbiamo consultato sull’argomento, è stato quello offerto dalla nuova edizione del 2018 del fondamentale testo di T. Attwood, “Guida completa alla Sindrome di Asperger”, curata da due esperti italiani, D. Moscone e D. Vagni, specialisti nella materia. La prima informazione utilizzata per delimitare il contesto in cui ci stavamo collocando è stata che: «Diversi studi hanno ormai mostrato la presenza di tratti autistici nella maggioranza della

popolazione. I tratti autistici sono distribuiti con continuità. Si dice che le persone che hanno molti tratti autistici, più della norma, ma meno di quelli necessari per una diagnosi, appartengono al fenotipo autistico allargato (*Broader Autistic Phenotype*, BAP)» (Attwood, 2018). In effetti, riflettendo attentamente sulle situazioni dei pazienti presentati, esemplificative anche di altri, sembrerebbe proprio di osservare molte caratteristiche compatibili con la definizione di “Fenotipo Autistico Allargato”. Si tratta infatti sia di abilità sociali “sotto soglia”, cioè difficoltà nella cognizione sociale e nella comunicazione, verbale e non verbale, sia di aspetti di rigidità e profili insoliti della personalità, che appaiono come manifestazioni certamente più lievi delle caratteristiche proprie dell’autismo, ma che possono comportare, in molte situazioni, varie ed importanti difficoltà di adattamento sociale.

Durante questo Seminario, ci siamo perciò concentrati su alcuni concetti presentati dagli autori che si occupano di disturbi dello spettro autistico (A.S.D.), ritenendo che potrebbero essere molto utili operativamente per contribuire alla messa a punto di una chiave di lettura e di management terapeutico anche per particolari e specifiche difficoltà di alcuni pazienti con dipendenze patologiche.

Il primo concetto sul quale ci siamo soffermati è quello di “teoria della mente”, che descrive la capacità di riconoscere e comprendere i pensieri, le convinzioni, i desideri e le intenzioni degli altri, per dare un senso al loro comportamento e prevedere cosa intendano fare in seguito. (Baron- Cohen, 1995). Può anche essere definita, colloquialmente, come la difficoltà di “mettersi nei panni degli altri”, infatti in questi casi, la persona non riconosce né comprende i segnali che indicano i pensieri o i sentimenti degli altri al livello atteso per una persona di quell’età. Attualmente, il termine “teoria della mente” è considerato sinonimo di quello di “empatia cognitiva”. Le teorie più recenti sull’empatia, ad esempio, la suddividono in diversi aspetti:

- “Empatia Cognitiva”, che rappresenta la capacità di prendere in considerazione la prospettiva altrui e comprenderne intenzioni, pensieri, emozioni e comportamenti.
- “Empatia Affettiva”, che rappresenta la tendenza a “sentire” le emozioni e gli stati d’animo degli altri e che si divide a sua volta in:
- “Consapevolezza Empatica”, che valuta sentimenti di compassione “orientati agli altri” e preoccupazione per gli sfortunati.
- “Sofferenza Personale”, che misura sentimenti “orientati verso sé stessi” di ansia personale e disagio in contesti interpersonali emotivamente carichi.

Il consenso scientifico attuale considera questi diversi aspetti come dissociati tra loro. In particolare, le persone nello spettro autistico hanno un’empatia affettiva intatta e difficoltà nell’empatia cognitiva. Le difficoltà nell’empatia cognitiva, nella distinzione tra sé e l’altro e alti livelli di ansia spesso portano ad avere alti livelli di sofferenza personale che possono provocare un allontanamento da situazioni emotivamente cariche. Quindi, spesso, se una persona nello spettro autistico evita situazioni emotive non è perché sia disinteressata, ma perché ne è troppo coinvolta. (Attwood, 2018).

Alcune delle conseguenze di una difficoltà nelle competenze di teoria della mente sono la tendenza a dare un’interpretazione letterale di quello che dicono gli altri, che può condurre ad uno stile sociale impropriamente formale e incongruente, il non riuscire a leggere i sottili segnali del fatto che l’interlocutore si stia iniziando a infastidire per il suo comportamento o il suo modo di conversare egocentrico o dominante, rischiando così di essere considerato scortese, maleducato o arrogante. Un’ulteriore difficoltà è quella legata al non riuscire a

distinguere tra le azioni deliberate e quelle involontarie degli altri, portando il soggetto ad adottare uno schema prefissato e a non essere in grado di discriminare tra i diversi tipi di interlocutori durante le interazioni sociali. Queste esperienze rinforzeranno nella persona lo stabilizzarsi di schemi rigidi di pensiero, centrati su temi di inferiorità, inutilità, sensazione di “essere diversi” e quindi vulnerabili, portandola a condotte di evitamento, con un aumento del suo ritiro e del suo isolamento sociale. Sebbene queste strategie di *coping* siano relativamente comprensibili e giustificabili, a lungo termine si rivelano inutili e dannose, perché rinforzano l’ansia, le preoccupazioni e i pensieri potenzialmente paranoici di questa persona e possono portarla a cercare sollievo nell’uso compulsivo di sostanze o di comportamenti ripetitivi, come il gioco d’azzardo. Spesso quindi, queste modalità di “essere nel mondo” sono “funzionalmente” abbastanza simili a molte delle difficoltà proprie di alcuni dei pazienti tossicodipendenti giunti alla mia osservazione. Utilizzare un’attitudine relazionale e terapeutica simile a quella che sarebbe appropriata con quel tipo di pazienti si è rivelato perciò essere “funzionalmente” molto adeguato anche con questo tipo di persone.

La prima situazione sulla quale ci siamo soffermati per ragionare su questi aspetti così complessi, ma così importanti per trovare l’atteggiamento giusto, quello che “fa la differenza”, è quella di Luca. È un signore di una quarantina d’anni, alto e abbastanza curato, che giunge al servizio molto malvolentieri, “costretto” dai familiari, esasperati dai suoi abusi alcolici e dalle importanti perdite di denaro con il gioco d’azzardo. Si presenta con un atteggiamento molto arrogante e presuntuoso, sostenendo di non avere assolutamente problemi di dipendenza perché li ha affrontati e risolti splendidamente molto tempo fa. Questa modalità di negare l’evidenza, unita alla chiusura rigida e ostinata nel corso dei primi colloqui, è in realtà piuttosto frequente nelle persone con problemi di dipendenze, ma fin dall’inizio mi sembrava che avesse una connotazione diversa, più

“autoprotettiva” e profondamente radicata in lui. Durante i nostri primi colloqui, aveva un atteggiamento molto formale, quasi “pedante”, che mal celava il senso di incertezza, rabbia e vergogna che quella situazione gli procurava. Anche il modo in cui utilizzava il linguaggio era abbastanza particolare, ripeteva sempre le stesse parole, con la stessa prosodia, in un modo quasi “piatto”.

Nei primi tempi, soprattutto quando si arroccava sulla difensiva, era estremamente diffidente e ripeteva in continuazione concetti abbastanza stereotipati, in cui continuava ad affermare di non avere alcun problema e di come i familiari stessero esagerando, con un’espressione talmente chiusa e angosciata che mi ricordava molto le caratteristiche di una persona con tratti autistici. Sembrano esserci molte somiglianze nel modo in cui le persone autistiche e quelle tossicodipendenti ripetono alcuni comportamenti in un modo più o meno stereotipato per far fronte ai problemi emotivi, così come spesso riescono a controllare con molta difficoltà, o nient’affatto, sia l’impulsività che la compulsività. La ripetitività è infatti un modo per provare a gestire sentimenti che potrebbero altrimenti essere fuori controllo, mentre invece sia l’impulsività, cioè l’agire rapidamente e senza pensare, che la compulsività, ovvero l’impossibilità di fermare un’attività una volta iniziata, sono entrambi problemi di autocontrollo, propri della “funzione esecutiva”. A questo proposito, è interessante notare quello che riporta un recente studio svedese: «gli individui con A. S. D. hanno un rischio maggiore di problemi legati all’uso di sostanze rispetto ai controlli della popolazione non A. S. D.» (Butwicka et al., 2017).

Per quanto riguarda l’inizio della terapia con Luca, ero ancora nella “fase delle premesse” alla Bateson, ma intuivo che potesse presentare alcuni tratti di questo tipo. Passavo quindi la maggior parte del colloquio a spiegare e contestualizzare, insieme a lui, queste sue caratteristiche via via che si

presentavano, cercando per quanto possibile di “depatologizzare” le sue difficoltà, ridefinendole come aspetti espliciti e condivisi almeno nella relazione terapeutica. Questo soprattutto perché desideravo creare le basi per un’alleanza terapeutica, resa assai difficile, in questa prima fase della terapia, dal suo disagio e dal suo senso di vergogna e di inadeguatezza, che percepivo fortemente dietro la maschera della negazione e dell’arroganza. Quando abbiamo deciso di dedicare il nostro terzo Seminario a questo argomento e iniziato a consultare la relativa letteratura, è risultato, infatti, che una persona con delle particolari difficoltà, simili a quelle di Luca, può sviluppare, spesso non consapevolmente, una forma di ipercompensazione del suo sentirsi carente nelle situazioni sociali, “negando” che ci sia un problema e sviluppando un senso di arroganza, per cui la “colpa” o il problema risiederebbe negli altri, mentre lui si pone “al di sopra” di quelle regole che in ogni caso trova estremamente difficili da capire. Risulta, inoltre, che queste persone possono negare qualunque difficoltà a farsi degli amici o a leggere situazioni sociali, pensieri o intenzioni degli altri e ritengono di non aver bisogno di alcun programma di intervento specialistico. In realtà, sono abbastanza consapevoli delle proprie carenze, che desiderano invece disperatamente dissimulare per non apparire stupidi, come vedremo più avanti nel racconto dell’esordio di Luca nella tossicodipendenza.

In altre situazioni, purtroppo, la ridotta abilità nelle interazioni può tradursi nello sviluppo di comportamenti volti a ottenere dominanza e controllo nei contesti sociali, per esempio attraverso l’intimidazione e un atteggiamento arrogante e inflessibile. È abbastanza probabile che i pari e i familiari cedano per evitare ulteriori contrapposizioni e che per quella particolare persona potere e dominanza possano diventare una sorta di “ebbrezza” e tradursi quindi in eventuali problemi di condotta. Molto spesso comunque, come abbiamo visto anche nel caso di Luca, quando queste persone sono confuse sulle intenzioni degli altri o su cosa

fare in una data situazione sociale, oppure hanno commesso un errore vistoso, una delle reazioni più “automatiche” consiste nel diventare arroganti, con standard elevati di aspettativa su di sé e sugli altri, e nella tendenza a sentirsi molto arrabbiati proprio perché si è confusi o frustrati. L’emozione “negativa” che ne consegue può, in qualche caso, portarli anche all’errata percezione che le azioni dell’altro fossero deliberatamente malevole. Sfortunatamente, questo atteggiamento così arrogante può allontanare ulteriormente dalle amicizie naturali e sia la negazione del problema, che la resistenza ad accettare programmi di intervento per migliorare la propria comprensione sociale, possono allargare il divario tra le abilità sociali della persona e quelle degli altri.

Naturalmente, possiamo capire bene il perché queste strategie di compensazione e adattamento si sviluppino, ma anche il fatto di come in realtà siano poco funzionali per la persona, poiché le conseguenze a lungo termine di questi meccanismi compensatori rischiano di incidere in un modo significativamente negativo sulle amicizie e le prospettive relazionali e lavorative di un adulto. In effetti, più conoscevo Luca ed il suo modo di “essere nel mondo”, più mi sembrava che rientrasse in questo quadro. Come abbiamo già visto per gli altri casi presentati, perché anche Luca potesse comprendere il ruolo e il senso peculiari della dipendenza nella propria vita, sono stati fondamentali vari tipi di narrazione. Si è trattato quindi di ascoltare e rielaborare sia il modo in cui lui raccontava a sé stesso e agli altri la propria storia di persona dipendente, comprese le varianti narrative che sentiva raccontare dai suoi cari, sia soprattutto di “meta – osservare” insieme come tutte queste narrazioni si siano potute modificare nel corso della psicoterapia, contribuendo così a dare allo stesso Luca un maggiore senso di autodeterminazione. Un poco alla volta, con grande cura ed attenzione ai particolari, sono riuscita a superare il suo muro di diffidenza, instaurando con lui

un'alleanza terapeutica abbastanza buona. La vera svolta c'è stata però quando ho deciso di avvalermi, come strumento terapeutico e base per il nostro nuovo racconto, anche di una sorta di "psicoeducazione" specifica. Gli ho così proposto una nuova narrazione della sua complessa situazione di dipendenza, che comprendeva sia l'alcol che il gioco d'azzardo, basata su una spiegazione diversa da quella totalmente negativa utilizzata da lui e dai suoi cari, che gli potesse offrire delle inaspettate e concrete speranze di comprensione e quindi di gestione delle proprie difficoltà.

Un altro aspetto, fondamentale per la riuscita della buona alleanza terapeutica raggiunta con Luca, è stato quello di insistere nel cercare fin dall'inizio una relazione con i suoi familiari, prima fra tutti la moglie, con cui aveva un rapporto profondo, soprattutto di dipendenza affettiva anche se con qualche inganno, legato essenzialmente agli aspetti economici e di abuso di sostanze. Nella fase iniziale, questo coinvolgimento della moglie nel percorso terapeutico di Luca è stato abbastanza difficile, soprattutto perché lei soffriva molto per la situazione del marito, ma ne era allo stesso tempo assai esasperata e non riusciva ad accettare i tempi e le modalità di una psicoterapia in una situazione di dipendenza così complessa e protratta nel tempo. La signora era comunque molto determinata e voleva prendersi cura di lui, principalmente per affetto, ma anche perché non riusciva ad immaginare come sarebbe diventata la loro vita se non fosse riuscita a salvarne l'immagine di integrità e rispettabilità, soprattutto nei confronti della propria famiglia d'origine e del paese dove vivono tutti insieme. Proseguendo nei colloqui di coppia e in quelli di sostegno alla signora, è risultato subito chiaro come lei fosse una persona molto inserita nella realtà della propria famiglia d'origine e del proprio ambiente culturale e di come rappresentasse per lui quasi un'ancora di salvezza. Inconsciamente, infatti, Luca cercava di mettersi al riparo dalle richieste, implicite ma pressanti, di prestazioni culturali e professionali della sua famiglia d'origine

alle quali sentiva inconsapevolmente di non riuscire a corrispondere. Sperava invece, naturalmente sempre in modo non consapevole, che sarebbe stato meglio in un ambiente diverso, con regole formali più rigide ed esplicite, ruoli più definiti e con la moglie come “tutor relazionale”.

Dal racconto della sua infanzia narrato dai suoi familiari, era sempre più evidente come Luca avesse vissuto in una sorta di “gabbia dorata”, come un principino iperprotetto e viziato dai genitori, ma anche oggetto di grandi preoccupazioni ed aspettative molto vincolanti per lui in quanto figlio maschio. Il coinvolgimento costante nella terapia anche della famiglia d’origine e principalmente del fratello di Luca, fondamentale figura affettiva di riferimento, ha funzionato come rinforzo e incoraggiamento nel percorso terapeutico sia per lui che per sua moglie. Il racconto della storia della vita di Luca prosegue e si arriva ad un momento in cui, in piena adolescenza, si rende confusamente conto non solo di non essere più protetto da un sistema noto e definito, ma che sono cambiate le regole del “mondo reale” e che lui non riesce né a comprenderle bene, né tanto più a stare loro dietro.

Questa incertezza a proposito di ciò che gli altri pensano o sentono è sicuramente uno dei fattori che contribuiscono al suo pervasivo senso di insicurezza e ansia, che aumenta nella misura in cui aumentano e si diversificano i suoi rapporti sociali e le richieste del mondo reale, come ad esempio l’esame di maturità e il passaggio dalla scuola superiore all’università. In preda a una sorta di sfinimento mentale ed emotivo, e senza che né lui né nessuno intorno a lui capisca pienamente quello che gli sta accadendo, incontra l’eroina. Luca idealizza la sostanza come una panacea e come un “biglietto d’ingresso” per un mondo a parte, molto “attraente”, di cui la regina indiscussa è, secondo lui, una ragazza che lui ammira molto, un’amica che abita nel paese d’origine della famiglia, di fatto l’unica persona più grande di lui che in quel momento gli

interessa e da cui si sente “protetto”. Questa ragazza, quindi, lo introduce in un tipo di vita adulta molto particolare e trasgressivo, dandogli una sorta di imprinting sulle “regole” della vita da tossicodipendente, che hanno per lui il duplice vantaggio di averle potute imparare ex novo, come una lingua straniera, e di procurargli una sostanza che lenisce il suo sfinimento mentale e il suo costante, inconfessato, senso di smarrimento.

In questa fase della terapia con Luca, molto positiva per la relazione terapeutica tanto da permettergli di condividere le sue difficoltà profonde, abbiamo ripreso questa narrazione “a ritroso” della sua tossicodipendenza non come un “vizio” che continuasse a testimoniare la sua incapacità di essere “normale”, ma come un suo personale tentativo di trovare “soluzione” provvisoria alle difficoltà che stava vivendo in quel momento. È potuto così uscire da quella valutazione totalmente negativa del proprio passato, che lo bloccava, ancorandolo sia a un senso di fallimento che a una “pericolosa” nostalgia dato che a volte, nei momenti di maggiore smarrimento e senso di vuoto, ancora parlava dell’eroina come di un “paradiso perduto”. Poteva così dare un significato relativamente positivo anche al suo vissuto di tossicodipendenza, collocandolo in un preciso periodo della propria vita e riconoscendosi di averlo affrontato al meglio per sé stesso “perché aveva ben compreso e applicato le regole di vita di quel mondo difficile e pericoloso, e anche perché aveva avuto la fortuna di esservi introdotto da qualcuno vicino alla sua famiglia e che quindi gli voleva bene, cioè la sua amica del paese”. Condividendo con lui questo “nuovo” punto di vista, abbiamo adesso, in questo attuale percorso terapeutico, raccontato la sua storia focalizzandoci su come fosse riuscito a cavarsela piuttosto bene in circostanze abbastanza difficili, senza prendersi malattie gravi né avere problemi legali e di come, all’epoca, abbia avuto la capacità di chiedere l’aiuto di una parte molto importante della sua famiglia, cioè suo fratello maggiore.

L'aiuto in questione lo aveva portato a un altro capitolo fondamentale della sua vita, una sorta di nuovo "rito di passaggio", in cui sperimentare una nuova chance di essere adulto, però questa volta in un modo molto più accettato e accettabile da tutti. Entrava così in una comunità terapeutica di forte impronta cattolica, un "mondo chiuso", dove le regole erano tutte spiegate, condivise e applicate da tutti e che ricorda come "il periodo più bello della mia vita ... non mi è più capitato di sentirmi così al sicuro come lì", frase che ogni tanto ancora ripete. Poco tempo dopo, concluso con successo il percorso riabilitativo in comunità, durante un viaggio in un'altra regione con alcuni amici, incontra quella che sarebbe diventata sua moglie. Anche in questo caso, come abbiamo visto, lui inconsciamente si cerca un mentore, un tutor che lo possa proteggere nell'affrontare una nuova fase della sua vita, ed effettivamente ha avuto ragione, perché la moglie è riuscita a "proteggerlo" anche nel difficile momento del nuovo percorso terapeutico al Servizio e lo segue tuttora.

Avendo ormai consolidato una buona alleanza terapeutica, riusciamo a gestire abbastanza bene il suo senso di vergogna, tuttora grande e profondo, per quella che continua a ritenere principalmente una sua colpevole inadeguatezza, cioè la sua lunga ricaduta nell'abuso di alcol e gioco d'azzardo che lo ha portato all'attuale percorso terapeutico, integrato tra psicoterapia e terapia farmacologica.

Ed è proprio a questo punto che comincia a sentirsi libero di raccontarmi l'angoscia che lo aveva colto all'uscita dalla comunità, quando si era sentito molto confuso, smarrito e frastornato. Luca racconta, infatti, di aver vissuto l'ingresso in comunità con l'aspettativa di un posto dove finalmente avrebbe una volta per tutte imparato le "regole" per vivere nel mondo, con ruoli e modalità ben definiti per lui e per tutti gli altri. Continua raccontando che, all'uscita dalla comunità, è certamente in ansia ma anche pieno di speranze ed è

ingenuamente convinto che le regole del mondo “fuori” sarebbero state uguali a quelle del mondo “dentro” la comunità. Cerca perciò di fare del proprio meglio, soprattutto “imitando” i modi di comportarsi delle altre persone per assicurarsi una buona riuscita e avere una vita rispettabile, che potesse essere accettata da suo fratello e dagli altri suoi cari.

Purtroppo per lui, però, la realtà è molto diversa e si ritrova così catapultato in un “mondo reale” che sembra parlare una lingua molto diversa da quella che ha imparato in comunità e di cui non riesce a capire bene né tanto meno a fare pienamente proprie le regole, anche per quanto riguarda il mondo del lavoro. Sappiamo dal racconto della sua storia passata, infatti, che uno dei suoi principali successi, raggiunto già in gioventù su consiglio dei familiari, era stato quello di crearsi un’attività professionale che amava molto e che svolgeva coscienziosamente, fonte per lui di grande soddisfazione e di una parte molto importante del proprio senso d’identità di persona adulta. In realtà, lui aveva e ha tuttora una sua posizione nella società dove vive, ma purtroppo continuava a sentirsi inadeguato e insoddisfatto. Dal punto di vista lavorativo, finché era rimasto a collaborare con altri colleghi che lo sollevassero dal peso di seguire tutta la parte relazionale propria di una libera professione, infatti, era riuscito ad avere un buon successo e a contribuire al buon andamento economico della propria famiglia. I problemi per lui sono molto peggiorati quando ha deciso di mettersi in proprio, spinto anche dai suoi, che vedevano in questo una naturale evoluzione di un lungo periodo di rapporto professionale svolto esclusivamente in collaborazione con altri. Anche se né lui né i suoi se ne rendevano conto, lo stress legato agli aspetti relazionali e alle regole del mondo del lavoro è diventato per lui sempre più insostenibile, aumentato purtroppo anche dai suoi tentativi di “autocura” con abusi di alcol e gioco d’azzardo, in realtà notevolmente autolesivi. Si è così trovato in una situazione disastrosa, sia a livello soggettivo, in cui era simile a un *meltdown*, che a livello sociale, dove si è creato molti

problemi, tanto da spingere i suoi familiari a chiedere aiuto al nostro Servizio per le dipendenze e a dare inizio a tutto il percorso descritto finora.

Anche adesso che, dopo anni, finalmente ne parla in terapia con qualcuno che sembra capirlo almeno un po', irrompono ancora in parte intatti e prepotenti i suoi sentimenti di allora, ma almeno possiamo prenderne atto, dar loro un nome e un senso e rielaborarli. La terapia con Luca è andata avanti molto bene, opportunamente integrata con gli aspetti medici e farmacologici adeguati e prosegue tuttora, principalmente con dei regolari follow up, anche con i familiari. Lui ha trovato finalmente una propria serenità, sia come persona che nelle sue relazioni familiari e conduce con equilibrio e soddisfazione la propria vita.

La seconda situazione presentata in questo ultimo Seminario è quella di Michele, un giovane giunto al servizio a causa di un importante abuso di cocaina, utilizzata al momento con modalità che lo mettevano in situazioni fortemente a rischio, perfino con accessi al pronto soccorso, in condizioni di pericolo di vita. Michele appare molto motivato a chiedere aiuto e molto provato dalla sua attuale situazione, tanto da sembrare il “Brutto Anatroccolo” nella parte più triste e sconsolata della fiaba, come avremo modo di approfondire meglio in seguito. I nostri primi colloqui, dopo brevi e sommari cenni alle sue modalità di assunzione della sostanza, erano pervasi dai racconti sul proprio rapporto con la madre, con la quale è tornato a convivere, dopo un periodo di permanenza all'estero, da quando il padre è andato via di casa. Da questi colloqui risulta evidente come questo sistema madre/figlio, fortemente invischiato e caratterizzato da un forte legame simbiotico e ambivalente, avrebbe bloccato la creazione di qualsiasi alleanza terapeutica con Michele. Decido quindi di tentare una sia pur minima connotazione dei confini tra Michele e sua madre, dichiarando una totale accettazione di questa particolare

“coppia simbiotica”, ma proponendone in realtà un cambiamento, in modo esplicito anche se solo estemporaneo, chiedendo al ragazzo di fare uno o più colloqui insieme con sua madre, e quindi includendo un terzo elemento, cioè la terapeuta, nel sistema stesso.

Da questi colloqui familiari emerge, tra l'altro, che anche la signora avverte l'esigenza di giovare di colloqui individuali di sostegno, che le vengono offerti da una delle specializzande, sotto la mia costante supervisione. Si viene così definendo un nuovo contesto terapeutico con due sottosistemi distinti, quello costituito da Michele e dalla psicoterapeuta e quello comprendente la madre di Michele e la sua psicologa. In questo quadro più strutturato, in cui prima di tutto è stato accolto in modo operativo il suo bisogno di prendersi cura della madre, sottolineo a Michele stesso che “questo è potuto accadere perché lui è venuto al servizio a chiedere aiuto per sé stesso”, riuscendo così a porre le basi per una buona alleanza terapeutica. Durante i colloqui successivi, Michele racconta la propria storia, costellata di traumi ripetuti, alcuni molto gravi, con un'espressione del viso quasi estraniata e un tono di voce piatto e monotono. La prima cosa che mi colpisce è soprattutto la presenza di una forte dissociazione post-traumatica, in cui s'inserisce l'abuso di cocaina in tutte le sue varianti e modalità più distruttive, che mi porta a ipotizzare la presenza di un disturbo post - traumatico da stress di tipo complesso (Liotti, 2011). Com'è noto, la diagnosi di P. T. S. D. Complesso è un costrutto utilizzato per indicare situazioni di stress post-traumatico in caso di traumi o abusi cumulativi e ripetuti, con le relative ripercussioni in termini psichici. I traumi subiti dal paziente sono principalmente, ma non solo, traumi relazionali multipli e protratti nel tempo, quelli “con la t piccola”. Crescere in un ambiente che sia traumatico in modo continuativo conduce, secondo Liotti, a sviluppare un certo tipo di personalità post-traumatica, con tratti peculiari, sia sperimentando profonde delusioni in senso relazionale, che vedendosi rifiutato nei propri slanci di attaccamento. I vissuti di umiliazione e i bisogni frustrati potranno

inoltre portare il bambino a evitare tutto ciò che potrebbe riattualizzare queste fratture relazionali, quindi l'evitamento diventa un tratto del suo carattere che contrasta però con i suoi potenti bisogni di protezione e accudimento. A questo proposito, per quanto riguarda la storia della sua famiglia, della sua nascita e quindi delle circostanze in cui si è sviluppato il suo sistema di attaccamento, Michele ricorda, da quello che gli hanno raccontato, che la madre si era sposata giovanissima perché incinta del primo figlio, molti anni prima, prematuro e morto poco dopo la nascita. Gli hanno anche raccontato della sua nascita come di un'avventura molto difficile, in cui la famiglia ha avuto molti problemi. La sua mamma ha avuto infatti una gravidanza problematica, rischiando più volte di abortire ed anche il parto cesareo in ospedale è stata un'esperienza molto traumatica per entrambi: lui nasce molto cianotico e in sofferenza fetale, la madre rimane in ospedale, grave e in pericolo di vita. Il piccolo Michele neonato viene quindi affidato alle nonne, che "lottano" tra loro per il "possesso del bambino". La nonna paterna, forte del "diritto del nome", vorrebbe affidarlo alla propria figlia, senza figli né allora né dopo, dicendole che sarebbe stata lei la sua mamma perché la madre di Michele sarebbe morta, questo davanti alla nonna materna angosciata per la sorte di sua figlia, che era ancora ricoverata. Dopo un periodo abbastanza lungo la mamma di Michele esce dall'ospedale e recupera il proprio posto in famiglia.

Nei colloqui familiari condotti all'inizio del percorso terapeutico, la signora riferisce di aver dovuto sempre lottare con la cognata per questo figlio, anche se sembra che in realtà lo lasciasse molto spesso con lei. Michele stesso, infatti, non ha ricordi di aver mai giocato con la madre e dice di non avere mai avuto un rapporto di "coccole" con lei. Crescendo, quindi, il bambino evitante imparerà a disattivare i comportamenti di attaccamento, pur sperimentandone il bisogno. Nel corso dello

sviluppo, la gestione della rievocazione delle memorie traumatiche avviene attraverso la messa in atto di “strategie di controllo”, funzionali cioè a mantenere il controllo sul sistema di attaccamento che, se stimolato, potrebbe attivare emozioni incontrollate e collegate a vissuti traumatici e di rifiuto. Le strategie di controllo si realizzano per mezzo di una distorsione del normale comportamento di attaccamento da parte del bambino, in modo che non si trovi mai a dipendere dal *caregiver*. Questo comportamento sarà quindi o punitivo/autoritario/tirannico o seduttivo, in senso non sessuale, verso la figura di attaccamento, o eccessivamente accudente verso il genitore, come abbiamo visto nel caso di Michele. Egli stesso racconta di avere sempre avuto un atteggiamento protettivo verso gli altri e non verso sé stesso e anche in terapia, come abbiamo visto, lui “si è concesso” la possibilità di accedere alla relazione terapeutica solo dopo aver ottenuto che la madre fosse in qualche modo presa in carico. Nel migliore dei casi, le strategie controllanti precocemente sviluppate da questi bambini diverranno, con la loro crescita, tratti di personalità stabili e in qualche modo adattativi.

Altre volte invece, quando non ben compensate o mal regolate, troveranno spazio nelle più comuni griglie diagnostiche in senso psicopatologico. A questo proposito, ancora Liotti sottolinea come andrebbero ripensate alcune sindromi, in relazione alla messa in atto di alcune di queste strategie di controllo in un quadro post-traumatico, e come la presenza stessa di un disturbo post-traumatico sia grandemente sottovalutata e andrebbe sempre ricercata nella storia di qualunque paziente arrivi all’ascolto di uno psicoterapeuta/psichiatra. Quindi, se sospetta la presenza di un P. T. S. D. c., il clinico indagherà la presenza di strategie controllanti nello stile di attaccamento del paziente e nella gestione della sua emotività. L’importanza del lavoro di Liotti è di aver messo in discussione le consuete procedure per fare diagnosi, sottolineando come sia fondamentale indagare se al di là dei sintomi eclatanti portati dal paziente, come potrebbe essere ad esempio un abuso di

sostanze, non esista un disturbo nucleare con caratteristiche post-traumatiche. Come abbiamo visto, nel caso di Michele possiamo quindi parlare di uno stile di attaccamento di tipo evitante, ma anche molto accudente nei confronti della madre.

Per quanto riguarda le caratteristiche post-traumatiche, inoltre, queste si manifestano in varie aree: quella dell'attaccamento/accudimento, quella dello sviluppo sessuale e quella delle relazioni tra pari, compresi anche quegli aspetti legati alla sensorialità e alla comprensione sociale, evidenziati più tardi nel corso della psicoterapia e che lo hanno fatto sentire sempre “diverso da tutti”. Proprio per le caratteristiche formative e di supervisione dei nostri Seminari, prima di passare ad analizzare nello specifico alcuni degli argomenti suggeriti dalla ricchezza del materiale offerto da questo caso, è utile accennare brevemente a qualche riferimento teorico in psicotraumatologia, che ha avuto notevoli ripercussioni nella pratica terapeutica (Van der Hart et al., 2011). Al centro della problematica psicotraumatologica c'è la questione delle memorie traumatiche, che possono essere immagazzinate o in un contesto di “trauma ripetuto/cumulativo”, detto anche “con la t minuscola”, o di “grande trauma subito”, detto anche “con la T maiuscola”. Le memorie traumatiche stazionano come pietre dure nel flusso dei ricordi, non intaccate dal tempo, suscitando ripercussioni a livello sintomatologico sul paziente e facendogli rivivere continuamente il trauma come se il tempo non fosse passato. L'accesso alla coscienza delle memorie traumatiche provoca una riattualizzazione del vissuto originario che fa rivivere il trauma in tutta la sua potenza, primariamente attraverso il corpo in termini di attivazione neurofisiologica, più o meno intensa a seconda di come venga rivissuto e percepito lo stressor/memoria traumatica. Sono spesso presenti, infatti, sintomi come aumento della sudorazione, tachicardia, tensioni muscolari, come se tutto l'organismo si posizionasse in un atteggiamento di difesa. Il “contenitore” delle memorie

traumatiche è, secondo Van der Hart, il “luogo psichico dissociato” prodottosi in seguito al trauma o alla serie di traumi vissuti dal paziente. Il meccanismo che separa la parte “apparentemente sana” dalla parte “dissociata”, contenente le memorie traumatiche, è di tipo scissionale. È una tipologia di difesa verticale, in cui le memorie relative al trauma vengono relegate in una zona chiusa dello spazio psichico senza essere elaborate, cioè senza essere svuotate del loro potere attivante sul piano emotivo/psicofisiologico. Esistono dei *trigger* che, per usare la terminologia usata dall'autore, hanno il potere di “evocare” il trauma e che possono appartenere sia al mondo esterno che a quello interno al paziente. Questi *trigger* sono come degli “indizi” relativi al trauma, che ne evocano alcuni aspetti, diventando quindi, metaforicamente, come dei “buchi” nella difesa messa in atto per allontanare il trauma dalla coscienza, attraverso cui il suo ricordo passa e ritorna “in superficie”. Il tentativo di evitare il contatto con questi *trigger* conduce la persona a un comportamento di evitamento fobico prima di tutto nella propria realtà esterna, poi anche sul piano del pensiero, dando luogo ad un fenomeno psichico che è stato definito “fobia degli stati interni”. Questo comportamento di evitamento porta a una lenta e progressiva modificazione delle abitudini della persona, tanto da crearle l'impressione che esista un “prima” e un “dopo” il trauma, tale è la portata delle modificazioni del suo vissuto quotidiano prodotte dal fronteggiare lo stress post-traumatico. Van der Hart ipotizza che, nel momento in cui un trauma irrompe nella vita di una persona, all'interno della sua personalità possano prodursi fratture dissociative di diversa entità a seconda del tipo di trauma e della sua durata, creando sostanzialmente due parti distinte: una “parte apparentemente normale”, cioè la parte della personalità che si occupa di fare in modo che l'individuo possa continuare a lavorare e a sopravvivere adattandosi al proprio contesto; e una “personalità emotiva”, ovvero la parte della personalità che rimane congelata al tempo del trauma e ne porta i segni in termini di

sintomi vissuti sul piano psicologico. È questa la parte che viene rimessa in gioco quando viene riattivato il trauma, se evocato dai trigger. L'autore, in linea con altri studiosi di questo settore, descrive la fenomenologia del trauma psichico focalizzandosi principalmente sulle ricadute che questo può avere sul soggetto in termini di coerenza del Sé e integrità della coscienza. La difficoltà con questi pazienti sarà quella di promuovere una dinamica di integrazione delle parti dissociate, in modo che la parte emotiva possa essere rimessa in gioco dalla persona senza per forza attivare i sintomi neurovegetativi e le veementi emozioni ad essi associate. Naturalmente, questo rappresenta un aspetto molto delicato e particolare nel caso di persone in cui tali sintomi si manifestino con gravi e prolungate ricadute nell'abuso di sostanze.

Durante il lavoro terapeutico con Michele, infatti, anche se andiamo molto lentamente e lavoriamo principalmente sulle risorse via via individuate, a volte proseguire nei colloqui può far aumentare il livello emozionale, con una conseguente probabilità di dissociazione e quindi di *craving* verso la sostanza, con il conseguente rischio di pericolosa ricaduta e di successiva fase down, altrettanto pericolosa. La novità è che adesso ne parla con qualcuno che lo sa capire, contenere e indirizzare, anche trovando insieme dei campanelli d'allarme e delle risorse di protezione. La psicoterapia con Michele, tuttora in corso, è quindi proseguita così, affrontando le varie aree che si andavano presentando, tenendo naturalmente conto dell'esigenza primaria di individuare, installare e stabilizzare risorse, che potessero quindi costituire degli strumenti condivisi nel nostro protocollo terapeutico, soprattutto nell'affrontare i traumi "con la T maiuscola" legati all'area della sessualità e degli atti di bullismo subiti (Mosquera, 2017). Appena si sente sicuro nella relazione terapeutica, inoltre, Michele porta un problema molto importante per lui, che gli ha sempre dato un forte senso di insicurezza riguardo la propria identità. Si sente

“strano” e, riflettendoci insieme nel corso delle sedute terapeutiche si rende conto che in realtà si era sentito un diverso fin da piccolo, al di là della propria omosessualità di cui si era comunque reso conto verso la fine delle elementari, si sentiva diverso anche tra i gay, non sapeva né come né perché e questo gli faceva e gli fa tuttora molta paura. Abbiamo quindi ricostruito insieme durante i colloqui le varie situazioni e modalità in cui si sentiva “strano”.

Queste risultavano essere sempre collegate sia con la comprensione delle regole sociali, divenuta via via più difficile con il passare dall’infanzia all’adolescenza e all’età adulta, che con una sorta di ipersensibilità sensoriale. Il fatto stesso di poterne parlare tranquillamente e diffusamente gli ha dato coraggio e speranza, oltre alle “parole per dirlo” (Cardinal, 2001), quindi ha iniziato autonomamente a cercare in rete situazioni simili, ritrovandosi nella “comunità aspie”, cioè di persone con diagnosi, più o meno conclamata, di sindrome di Asperger. A questo punto, sia in seduta che nel Seminario, ho proposto una rilettura della fiaba cui ho accennato all’inizio della presentazione del caso di Michele, quella del “Brutto Anatroccolo”, che trovo assolutamente perfetta per rappresentare questa situazione in un registro più narrativo.

Questa fiaba è una di quelle rare storie che «incoraggiarono successive generazioni di outsiders a non darsi per vinte» perché «il ghiaccio deve essere rotto e l’anima tolta dal gelo ... Fate come l’anatroccolo. Andate avanti, datevi da fare. In linea di massima, ciò che si muove non congela. Muovetevi dunque, non smettete di muovervi» (Pinkola Estès, 2016). La storia del Brutto Anatroccolo, piccolo cigno nato per errore in una comunità di anatre, è infatti una fiaba capace di evocare significati profondi. Nella rilettura che ci offre Clarissa Pinkola Estes, psicoanalista junghiana esperta di fiabe di tutto il mondo, diventa un simbolo delle sofferenze legate alla costruzione di una sana immagine di sé, alle relazioni e alle tante forme di dipendenza. Il nostro eroe, infatti, è destinato a pagare duramente per la sua diversità subendo

la derisione, lo scherno, le umiliazioni, fino all'esilio dalla comunità natia. Anche colei che lui pensava fosse sua madre e che all'inizio aveva tentato di proteggerlo, finirà per allontanarlo. Nel suo peregrinare alla ricerca di qualcuno che lo accolga, il cucciolo cercherà riparo presso esseri umani, presso altri animali e in altri luoghi: ogni volta i suoi sforzi si tradurranno in dolorosi fallimenti. Viaggerà a lungo, rischiando più volte di morire, fino a ritrovarsi, per caso e con suo notevole stupore, trasformato e accolto con riconoscimento e affetto dai suoi propri simili, degli splendidi e maestosi cigni.

Il nucleo principale di questa fiaba è certamente l'esilio della diversità: è la storia di una diversità sofferta, sulla quale pesano come macigni delle colpe attribuite al protagonista dall'esterno. «Non cedete. Troverete la vostra strada. Questo è dunque il lavoro finale della persona in esilio che si ritrova accettare la propria individualità, l'identità specifica, ma anche accettare la propria bellezza ... la forma della propria anima». Un altro nucleo importante di questa fiaba è la costante ricerca di amore nei posti sbagliati, che porta il cucciolo a rischiare più volte la propria vita, per il semplice fatto di "bussare alle porte sbagliate". Del resto, «è difficile immaginare come una persona possa riconoscere la porta giusta, se non ne ha ancora mai trovata una». È qui evidente l'assonanza con quella straziante ricerca di amore, a volte ripetuta in modo ostinato e inconsapevole, che comporta l'acuirsi della ferita originaria anziché la sua cicatrizzazione. Questo ci riporta anche, indirettamente, a ricordare la figura del "Testimone Soccorrevole", di cui abbiamo parlato nel primo Seminario, e che "fa la differenza" nella vita di molte persone in difficoltà. Si tratta, in effetti, della necessità di riempire il vuoto interiore con le cose più disponibili o più facilmente reperibili: le "medicine sbagliate", che siano compagnie pericolose o eccessi malsani. L'anatroccolo perciò continua a vagare, rischia la morte ma non rimane nella comunità che gli è ostile, né si

adagia: decide di continuare a cercare. Qualcosa in lui riesce a temprarsi durante quell'esilio che, sebbene in parte imposto e fortemente doloroso, gli permetterà di diventare molto più forte e bello, un vero cigno. A quest'ultimo aspetto si collega, infatti, l'approdo finale dell'anatroccolo nella sua comunità naturale che sembra rinvigorire tutto il suo essere, colmandolo di nuove energie e di slancio vitale, in una sorta di "riappropriazione del sé" che lo pone in una condizione di rinascita, di gioia e di vitalità. Le stesse che si avvertono profondamente quando si sperimenta il senso di appartenenza e di condivisione naturale tra esseri affini, valore fondante del nostro stesso essere.

La presentazione dell'esperienza terapeutica con Michele mi ha permesso, inoltre, di riflettere insieme con gli specializzandi anche su alcune considerazioni più generali, ma non per questo meno profonde, ispirate principalmente dal lavoro di un medico italiano, il dottor Roberto Keller, quando dice che «avvicinarsi al mondo dell'autismo richiede di aprire la mente a un'esperienza esistenziale completamente nuova» (Keller, 2016). Dove troviamo, da un lato, aspetti di sofferenza, che coinvolgono anche e profondamente i familiari, ma anche aspetti di eccellente creatività e talento prezioso. Sarebbe infatti più corretto parlare di autismi, tante e diverse sono le forme con cui si manifesta questa condizione umana, da situazioni con associata disabilità intellettiva e disturbi del linguaggio a forme con funzionamento intellettivo anche molto elevato (sindrome di Asperger), ma con presenza di difficoltà nella relazione, interazione e comunicazione sociale. L'importante, per chi vuole avvicinarsi a questo modo di "essere-nel-mondo", è incontrare le persone autistiche senza pregiudizio, senza il desiderio di etichettarle e, soprattutto, "normalizzarle". Un approccio errato e pseudoscientifico (può) portare a danni importanti per le persone autistiche e le loro famiglie. È necessario quindi «... andare al di là delle categorie diagnostiche e a cercare invece con le persone che si mostrano autistiche, e le loro famiglie, un profondo e autentico contatto

interumano, per vedere quanto di prezioso portano nel mondo» (Keller, 2016).

Conclusioni

[...] Della cultura non si dà ricetta: ma, poiché la cultura non è l'erudizione, cultura diviene solo quella che, entrando a far parte della conoscenza, accresce la coscienza [...] (Brandt, 1963).

135

I “fili conduttori” di questo lavoro sono di spessori e colori diversi, ma hanno contribuito tutti, ciascuno con una trama e un disegno propri, alla tessitura di vari scampoli, tasselli di un patchwork particolare creato dalla condivisione di esperienze e riflessioni attraverso seminari, supervisioni e chiacchierate informali. Questi Seminari sono stati per me una preziosa occasione per riflettere, sia da sola che con gli altri, sui miei percorsi culturali e professionali che variamente accostati e intrecciati tra loro hanno fornito il tessuto per creare alcune feconde metafore e molti spunti operativi. Poiché il nostro gruppo è costituito principalmente da psicoterapeuti in formazione, il primo di questi “fili” riguarda proprio uno spunto di riflessione sulla relazione terapeutica e le emozioni del terapeuta, che ha punteggiato qua e là sia i Seminari che le supervisioni. Si tratta di un concetto piacevole e soprattutto molto utile, quello di “felicità”, introdotto dallo psicoanalista Giampaolo Lai, che a questo proposito scrive:

[...] Sono soprattutto interessato a un buon andamento, a un andamento felice della conversazione. Evidentemente, secondo criteri soggettivi miei, non potendo certo sapere qual è, per il mio interlocutore del momento, una buona conversazione, una conversazione felice. ... E dal mio punto di vista, la convivenza che mi interessa, che mi va bene, è quella nella quale mi trovo ad essere il più felice o, bisogna pur sapersi accontentare, il meno infelice possibile.

Quanto al mio interlocutore, se, mentre si trova con me che cerco di star bene con lui, ci prova a sua volta, a star bene, il meglio possibile, il meno peggio possibile, può darsi che a lui vada bene così. A me andrebbe benissimo [...] (Lai, 1985).

Come abbiamo più volte condiviso tra noi, capita frequentemente in terapia di chiederci: “Cosa posso fare per stare meglio, per stimolare la mia curiosità e creatività?”. In effetti, questo concetto di “felicità” del terapeuta è molto importante in quanto, in modo forse banale ma molto realistico, un terapeuta contento ha maggiori possibilità di aiutare una persona piuttosto che un terapeuta triste, annoiato o frustrato. Se il concetto di empatia è stato analizzato in modo profondo ed esaustivo dagli psicoanalisti, quello di visione positiva, insieme a quello strettamente collegato di connotazione positiva, ha caratterizzato la ricerca e la pratica della terapia familiare, portando i terapeuti a focalizzare l’attenzione sulle risorse più che sui deficit del paziente. A questo si aggiunge, da parte del gruppo di Milano (Selvini Palazzoli et al., 1988), la connotazione positiva di tutti i comportamenti, sintomatici e non, di tutti i membri della famiglia. La connotazione positiva e la connessione di tutti i comportamenti ha l’effetto di dare un senso alle relazioni familiari e, in particolare, ai sintomi presentati, visti come espressioni di un problema esistenziale più che di malattia. Vengono così notevolmente aumentate le possibilità di impegno da parte della famiglia e parallelamente se ne riducono le eventuali resistenze.

Un altro importante segnale dell’importanza del linguaggio in terapia si evidenzia anche nello strumento linguistico, oltre che concettuale, della “depatologizzazione”, tesa anche a evitare che un linguaggio clinico eccessivamente tecnico abbia l’effetto di deresponsabilizzare il soggetto, favorendo i cosiddetti vantaggi secondari della malattia. Si tratta di usare un linguaggio non patologico, che offra maggiori possibilità di liberare il soggetto dal ruolo di “diverso” e faccia emergere descrizioni, storie, che aprano

percorsi evolutivi di “normalità”. In realtà, una visione positiva e un dialogo depatologizzante sono solo aspetti di un atteggiamento più generale di accettazione del paziente, cioè il nostro secondo “filo”, del suo mondo e dei suoi problemi, delle sue risorse e delle sue prospettive future. Come abbiamo anche osservato nelle situazioni presentate nei Seminari, e penso in particolare a Fabrizio anche se vale un po’ per tutti, tra le principali fonti dell’ansia, dell’insicurezza e dei loro equivalenti sintomatici, troviamo relazioni presenti e passate in cui modalità di squalifica, di disconferma e di negazione da parte degli altri significativi abbiano condotto a una parziale o totale delegittimazione del soggetto.

Un terzo “filo conduttore” può essere rintracciato nella ricerca costante e spesso faticosa di un “metalinguaggio”, che permetta a noi operatori di lavorare con le nostre differenze, rispettandoci reciprocamente con tutti gli altri che lavorano con noi, dai colleghi, anche di altri servizi e del privato sociale con cui lavoriamo in costante sinergia, ai pazienti: anche la loro voce, infatti, ha una dignità pari, se non maggiore, a quella delle voci dei vari esperti, e dovrebbe essere da loro ascoltata.

Ed eccoci al robusto quarto “filo”, formato dalle connessioni tra i miei vari aspetti formativi e personali e che è in realtà quello che attraversa e connette saldamente tutti i pezzi del patchwork. Per accennare a descriverlo sono molto utili le parole di Bateson: «quanto meglio un organismo “conosce” qualcosa, tanto meno esso diviene conscio di questa conoscenza; esiste cioè un processo per cui la conoscenza (o “abitudine”, non importa se di azione, di percezione o di pensiero) scende nella mente a livelli sempre più profondi. Questo fenomeno, che è fondamentale per la disciplina Zen ... è altresì importante per ogni arte e per ogni abilità tecnica» (Bateson, 1972). Se potesse essere analizzato esaurientemente il “non detto”, infatti, i tratti apparentemente più idiosincrasici

di un terapeuta potrebbero essere ricondotti alla complessità della sua formazione personale e professionale.

Quindi, anche una parziale esplicitazione del “non detto” si dimostra coerente con una prospettiva epigenetica, nella quale ogni cambiamento teorico o pratico viene a connettersi nel tempo a quelle esperienze precedenti che si sono dimostrate utili. Il racconto di queste connessioni punteggia tutto il lavoro, e viene variamente approfondito sia nelle presentazioni delle varie situazioni cliniche, che nelle descrizioni di altri “fili” creati da intrecci culturali e metaforici.

Il quinto “filo conduttore”, ampiamente trattato durante ciascun Seminario, è la metodologia del lavoro d’équipe, specifica dei Servizi per le Dipendenze e che in genere costituisce un’interessante novità per i colleghi specializzandi. Il primo dei “fili” nati dagli intrecci culturali e metaforici sopra accennati, è derivato da una miscela di formazioni, classica e professionale. È quello tra l’interesse per la storia dell’arte, con le varie teorie e tecniche che si occupano del restauro, e alcune teorie e tecniche della psicoterapia, con una particolare attenzione a quella della “psicoeducazione”, spesso applicata con successo anche in modo integrato con altre professioni. La realizzazione del “restauro” di un’opera d’arte, infatti, è un ottimo esempio di un’attività multifattoriale, perché per riuscire bene deve comprendere l’integrazione sinergica di molte azioni: manutenzione, recupero, ripristino e conservazione. Nel restauro, inoltre, sono fondamentali sia le caratteristiche intrinseche dell’oggetto che la struttura culturale della persona che con esso si confronta. Il riconoscimento del valore di ciascun oggetto diventa così propedeutico all’attività stessa del restaurare. Allo stesso modo, poiché ognuno di noi ha un valore fondamentale universalmente riconosciuto, il pensiero alla base della teoria e della tecnica psicoeducativa, inserita in un percorso psicoterapeutico, punta a rendere consapevole un individuo, che tra le proprie caratteristiche ha anche un disturbo psichico, e il suo contesto familiare, circa la

natura della patologia di cui è sofferente e i mezzi per poterla fronteggiare. Si tratta, infatti, di un pensiero organizzato come un insieme di interventi integrati basati sulle evidenze scientifiche, con informazioni sia sul disturbo psichico e la sua diagnosi, che sulle modalità di trattamento, psicologiche, psicosociali e farmacologiche, e sulle abilità specifiche necessarie per la gestione del disturbo stesso.

Rimanendo sempre nell'ambito della stessa metafora, una delle tecniche di restauro più interessanti dal punto di vista qui considerato è quella del tratteggio. Il tratteggio, o "rigatino", è una tecnica utilizzata in alcune tipologie di restauro e consiste nel trattare attraverso una trama rigata le superfici "aggiunte" per reintegrare un manufatto artistico o architettonico, dipinti, affreschi e superfici murarie. Lo scopo di tale tecnica è di rendere possibile la leggibilità delle parti aggiunte all'opera oggetto di restauro, rispettando così i moderni criteri di distinguibilità. Tale tecnica, tuttavia, essendo rivolta solo al trattamento delle superfici aggiunte, non ostacola la veduta d'insieme dell'opera artistica o architettonica, che viene così percepita nella sua unità volumetrica e stilistica. È evidente la correlazione con le tecniche terapeutiche qui considerate che, senza perdere la visione olistica della persona, mirano a costruire un ponte ben visibile tra il nucleo del Sé "potenzialmente sano" e il mondo esterno, con il fine di potenziarlo e far evolvere le risorse interne sclerotizzate e mortificate dall'esperienza della malattia mentale nella sua accezione più ampia e dalle sue conseguenze: disabilità, stigma sociale, stigma interno, autosvalutazione, passiva accettazione.

In questi tempi di globalizzazione e integrazione culturale, si è assistito all'affermarsi di un'altra metafora del trattamento delle "ferite dell'anima", quella offerta da una tecnica artigianale proveniente dall'Oriente, il Kintsugi, che letteralmente significa "riparare con l'oro". È una pratica giapponese che consiste nell'utilizzo principalmente di oro

liquido o lacca con polvere d'oro per la riparazione di oggetti in ceramica, soprattutto vasellame, saldandone insieme i frammenti e creando così un oggetto nuovo e originale, valorizzato dall'intreccio di linee dorate e reso unico ed irripetibile dalla casualità con cui la ceramica può frantumarsi. Questa pratica nasce dall'idea che da imperfezioni e ferite possano nascere nuove forme di bellezza, sia estetica che interiore ed è perciò che l'arte del Kintsugi viene spesso citata come simbolo e metafora di resilienza. In effetti, quando si ha tra le mani un oggetto realizzato con il Kintsugi, come una ceramica andata in frantumi, che prende nuova vita e si trasforma senza perdere però la propria integrità originaria, questa filosofia diventa qualcosa di concreto, cui riferirsi nei momenti più difficili. Ogni crepa rappresenta una ferita, una cicatrice che deve essere valorizzata per non perdere di significato, che racconta una storia, che fortifica e simboleggia l'opportunità positiva che la vita offre. Questo accade senza che venga a mancare né l'integrità dell'oggetto, né l'identità stessa della persona, ferita sì, ma guarita e resa più forte e più bella, anche se non diversa nella sua sostanza più profonda. È stata perciò anche chiamata "l'arte di abbracciare il danno" e interpretata come un modo per non vergognarsi delle proprie cicatrici, anzi usandole per essere migliori, proprio come le persone resilienti che riescono a risorgere, fronteggiando con coraggio e forza le avversità e spesso raggiungendo mete importanti. La resilienza, infatti, può essere considerata come una funzione psichica che si modifica nel tempo in rapporto all'esperienza, al vissuto e, soprattutto, al modificarsi dei processi mentali che ad essa sottendono. È una capacità che può essere appresa in età evolutiva o più tardi nel corso della vita, in situazioni particolari.

Si collega qui un altro "filo", quello legato al trauma, alla psicotraumatologia e all'EMDR, tecnica psicoterapeutica che prevede anche una specifica fase di psicoeducazione, che permette così anche di apprendere la resilienza anche in età adulta, in

ambienti di vita e in contesti educativi e terapeutici che sappiano promuovere l'acquisizione di comportamenti resilienti. Queste considerazioni mettono in evidenza un altro "filo conduttore", quello con la *recovery* e il supporto tra pari. Per *recovery* s'intende un processo di cambiamento, attraverso il quale gli individui migliorano il proprio stato di salute e di benessere, vivono una vita auto-diretta e cercano di esprimere il proprio pieno potenziale (Samsha, 2011). Il modello orientato alla *recovery*, sviluppato inizialmente nei paesi anglosassoni, in Italia è attuato in diversi programmi di intervento nei dipartimenti di salute mentale e nel terzo settore, insieme all'idea che possa essere favorito dal supporto tra pari. Si tratta di un sostegno emotivo e pratico offerto da persone, i Peer Supporter, che hanno vissuto una condizione di malattia o di dipendenza. Trovandosi ora in una fase avanzata di recupero, o *recovery* appunto, conoscono bene le difficoltà connesse con la malattia e lo stigma, che hanno affrontato attraverso i propri percorsi terapeutico- riabilitativi individuali e i gruppi di auto-mutuo aiuto, nei quali diventano così un punto di riferimento positivo e a cui aspirare.

Un esempio molto significativo di questo percorso è quello rappresentato dalla storia di Fabrizio, raccontata nel nostro secondo Seminario, che evidenzia un altro modo di intrecciare i vari fili. L'utilizzazione della psicoeducazione in psicoterapia, infatti, potrebbe essere vista anche come una possibilità "maieutica" di portare ciascuno a trovare i propri strumenti, spesso cercati e assemblati insieme a lui, per aiutarlo a costruire una sua *tool box* personale, da aggiornare al bisogno, che possa permettergli di contribuire in misura crescente e sempre più autonoma al restauro della propria stessa opera. Questo significa stimolare la persona a impegnarsi attivamente nel tentativo di ripristinare un certo grado di controllo sulla propria vita e di recuperare potenzialità e aspettative di realizzazione di sé, nonostante la persistenza del rischio di ricadute e quindi la

necessità di prevedere meccanismi di protezione. Molti pazienti dicono infatti: «...ciò che mi ha più aiutato a stare meglio è essermi sentito preso sul serio». Un altro filo legato al versante metaforico e culturale è la rilettura di una fiaba classica presentata nell'ultimo Seminario.

Per concludere, *last but not least* nel mio variopinto intreccio, mi sembra molto adatto e significativo quanto dice R. Keller in riferimento al proprio incontro con le persone autistiche, soprattutto togliendo l'aggettivo e lasciando solo il sostantivo "persone", che implicitamente ne potrebbe sottintendere anche un altro, "paziente":

[...] L'importante, per chi vuole avvicinarsi a questo modo di "essere-nel-mondo", è incontrare le persone [...] senza pregiudizio, senza il desiderio di etichettarle e, soprattutto, "normalizzarle" [...] andare al di là delle categorie diagnostiche e a cercare invece con le persone [...], e le loro famiglie, un profondo e autentico contatto interumano, per vedere quanto di prezioso portano nel mondo [...] (Keller, 2016).

Astract: Through the narration of some the training seminars held in the Ser.D. (Servizi.Dipendenze/Addiction Services in Public Health), during the internships of postgraduates in psychotherapy, the experience conducted in the field of clinical psychology of addictions, within the public services of a health company, is presented. In addition to the clinical and methodological aspects, a reflection and at the same time a testimony is proposed, on the historical path that the psychologists of the SERD have taken to affirm the meaning of the psychotherapeutic approach, in taking charge of the personality with a diagnosis of pathological addiction.

Key words: Clinical Psychology of Addictions; Professional Identity; Training seminars; Clinical cases; Transfer of skills.

Riassunto: Attraverso la narrazione di alcuni dei seminari formativi svolti nel SERD, nel corso dei tirocini degli specializzandi in psicoterapia, viene presentata l'esperienza condotta nell'ambito della psicologia clinica delle

dipendenze, all'interno dei servizi pubblici di un'azienda sanitaria. Oltre agli aspetti clinici e metodologici, si propone una riflessione e allo stesso tempo una testimonianza, sul percorso storico che gli psicologi dei SERD hanno compiuto per affermare il significato dell'approccio psicoterapeutico, nella presa in carico della personalità con una diagnosi di dipendenza patologica.

Parole chiave: Psicologia Clinica delle dipendenze, identità professionale, seminari formativi, casi clinici, trasmissione di competenze.

Bibliografia

- Attwood T. (2018), *Guida completa alla sindrome di Asperger*, (nuova edizione a cura di D. Moscone e D. Vagni), Edizioni Edra, Milano.
- Baron-Cohen S. (1995), *Mind Blindness: An Essay on Autism and Theory of Mind*, MIT Press, Cambridge MA.
- Bateson G. (1972), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 2000.
- Brandi C. (1963), *Teoria del restauro*, Edizioni di Storia e Letteratura, Roma.
- Butwicka A. et al. (2017), Aumento del rischio di problemi legati all'uso di sostanze nei disturbi dello spettro autistico: uno studio di coorte basato sulla popolazione, in *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 47, 80 – 89.
- Cardinal M. (2001), *Le parole per dirlo*, Bompiani, Milano.
- Cloitre, M., Courtois, C.A., Ford, J.D., Green, B.L., Alexander P., Briere, J., Herman, J.L., Lanius, R., Stolbacj, B.C., Spinazzola, J., Van der Kolk, B.A., Van der Hart, O. (2012), *The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults*. Retrieved from [http:// www.istss.org/](http://www.istss.org/)

- Hilmann, J. (1983), *Le storie che curano*, Freud, Jung, Adler, Adelphi, Milano, 2021.
- Keller R. (2016), *I disturbi dello spettro autistico in adolescenza e in età adulta*, Erikson, Trento.
- Lai G. (1985), *La conversazione felice*, Il Saggiatore, Milano.
- Laing R. (1969), *L'io diviso*, Einaudi, Torino.
- Liotti G., Farina B. (2011), *Sviluppi Traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano.
- Luber M. (2015), *I protocolli terapeutici dell'EMDR. Condizioni di base e specifiche*, Giovanni Fioriti, Roma.
- Lyons- Ruth K (2012), *Il trauma latente nel dialogo relazionale dell'infanzia*, Borla, Roma.
- Miller A. (2005), *La rivolta del corpo. I danni di un'educazione violenta*, Raffaello Cortina, Milano.
- Mosquera D. (2017), *Diamanti Grezzi. Manuale psicoeducativo del trattamento del disturbo di personalità borderline. Programma strutturato per professionisti vol.1*, Mimesis, Milano.
- Mosquera D., Gonzalez Vazquez A. (2016), *EMDR e dissociazione. L'approccio progressivo*, Giovanni Fioriti, Roma.
- Pinkola Estes C. (2016), *Donne che corrono coi lupi*, Pickwick, Milano.
- Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (1988), *I giochi psicotici nella famiglia*, Raffaello Cortina, Milano.
- Shapiro F. (2019), *Emdr: il manuale. Principi fondamentali, protocolli e procedure* (nuova edizione), Raffaello Cortina, Milano.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA), "Working Definition of Recovery," 2011.

<http://blog.samhsa.gov/2011/08/12/recovery-defined-%E2%80%93-give-us-your-feedback>.

- Van der Hart O., Nijenhuis E. R.S. Steel K. (2011), *Fantasmî nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione*, Raffaello Cortina, Milano.

Bibliografia generale di riferimento

145

- Aliprandi M.T., Pelanda E., Senise T. (1990), *Psicoterapia breve di individuazione*, Feltrinelli, Milano.
- American Psychiatric Association, edizione italiana a cura di Biondi M. (2014), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali - Quinta Edizione (DSM-5)*, Raffaello Cortina, Milano.
- Amici AA, 12 Passi e 12 Tradizioni, <https://www.amiciaa.org/12-passi-e-12-tradizioni>.
- Andolfi M., Angelo C., Menghi P., Nicolò-Corigliano A.M. (1982), *La famiglia rigida. Un modello di psicoterapia relazionale*, Feltrinelli, Milano.
- Andolfi M. (1994), *Il colloquio relazionale*, Leggere, Roma.
- Antonelli T. (2017), *EMDR e dipendenze patologiche. Storia e modelli d'intervento individuali e di gruppo*, Ferrari Sinibaldi, Milano.
- Barbieri L., Boggian I., Lamonaca D. (2008), *Problem solving nella riabilitazione psichiatrica*. Guida pratica, Erickson, Trento.
- Bion W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma.
- Blume H. (1998), *Neurodiversity*, The Atlantic, <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/1998/09/neurodiversity/305909/>

- Boscolo L., Bertrando P. (1996), *Terapia sistemica individuale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Boscolo L., Bertrando P. (1993), *I tempi del tempo. Una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Boszormenyi-Nagy I., Framo J. (1969), *Psicoterapia intensiva della famiglia*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Bowlby J. (1982), *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Raffaello Cortina, Milano.
- Bowlby J. (1989), *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina, Milano.
- Canali S. (2017), *Cervelli, menti, persone. Per una filosofia e neuroetica delle dipendenze*, Mondadori, Milano.
- Cancrini L. (1982), *Quei temerari sulle macchine volanti: studio sulle terapie dei tossicomani*, NIS, Firenze.
- Casciani O., De Luca O. (2018), *Il Trattamento Psicologico e Psicoterapeutico del Disturbo da Gioco d'Azzardo in una prospettiva multidisciplinare*, Edizioni Publiedit, Roma.
- Corlito G. (2006), *Alcolologia e salute mentale*, Erickson, Trento.
- Fabbri M. (2009), Empowerment e nuove tecnologie. Nuove sfide per la prevenzione e la riabilitazione della dipendenza, in *Ricerche di pedagogia e didattica*, (2009), 4, 2.
- Falloon I. R. (1992), *Intervento psico-educativo integrato in psichiatria*, Erickson, Trento.
- Faretta E. (2014), *Trauma e malattia. L'EMDR in psiconcologia*, Mimesis, Milano.
- Fernandez I., Maslovaric G., Veniero Galvagni M. (2013), *Traumi psicologici, ferite dell'anima. Il contributo della terapia con EMDR*, Liguori, Napoli.

- Folgheraiter F. (2000), *L'utente che non c'è. Lavoro di rete e empowerment nei servizi alla persona*, Erikson, Trento.
- Giannantonio M. (2006), *Psicotraumatologia e Psicologia dell'Emergenza*, Ecomind, Salerno.
- Gurman S., Kniskern D.P. (1995), *Manuale di Terapia della Famiglia*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Haley J. (1963), *Le strategie della psicoterapia*, Sansoni, Firenze.
- Haley J. (1976), *Terapie non comuni*, Astrolabio, Roma.
- Holmes J. (1992), *La teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina, Milano.
- Hudolin W. (1992), *Manuale di Alcolologia*, Erikson, Trento.
- Jervis G. (1975), *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano.
- Kohut H. (1980), *La guarigione del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Laing R. (1973), *La politica della famiglia*, Einaudi, Torino.
- Lai G. (1985), *La conversazione felice*, Il Saggiatore, Milano.
- Linehan M.M. (2011), *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico*, Raffaello Cortina Editore.
- Linehan M.M. (2011), *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. I gruppi di skills training*, Raffaello Cortina, Milano.
- Lollini A. (2015), *Il concetto di neurodiversità*, in Una Città, 218/2015.
- Maone A., D'Avanzo B. (2015), *Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Marzocchi G. (1989), *L'intervento con il tossicodipendente: terapia familiare o approccio*

ecologico?, in Ugazio V. (1991), *Emozioni soggetto sistemi*, Vita e Pensiero, Milano.

- Miller A. (2005), *La rivolta del corpo. I danni di un'educazione violenta*, Raffaello Cortina, Milano.
- Minuchin S. (1977), *Famiglie e Terapia della Famiglia*, Astrolabio, Roma.
- Mosquera D., Gonzalez Vazquez A. (2016), *EMDR e dissociazione. L'approccio progressivo*, Giovanni Fioriti, Roma.
- Nicolò G., Pompili E. (2012), *Manuale di psichiatria territoriale*, Pacini, Pisa.
- Piaget J. (1971), *L'epistemologia genetica*, Laterza, Bari-Roma.
- Rigliano P. (2004), *Doppia diagnosi. Tra tossicodipendenza e psicopatologia*, Raffaello Cortina, Milano.
- Rogers C.R. (1951), *Client-centered therapy: its current practice, implications and theory*, Houghton Mifflin, Boston.
- Santini C. (2018), *Kintsugi - L'arte segreta di riparare la vita*, Rizzoli, Milano.
- Scarnecchia M. (1999), *Oltre le colonne d'Ercole. Psicoterapia psicoanalitica della tossicodipendenza*, Franco Angeli, Milano.
- Schuwerk T., Vuori M., Sodian B. (2015), *Implicit and explicit theory of mind reasoning in autism spectrum disorders: the impact of experience*, in *Autism* 19 (4), 459-468.
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. (1975), *Paradosso e controparadosso*, Feltrinelli, Milano.
- Shapiro F. (2013), *Lasciare il Passato nel Passato. Tecniche di auto-aiuto nell'EMDR*, Astrolabio, Roma.

- Van der Hart O., Nijenhuis E. R.S. Steel K. (2011), *Fantasmî nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione*, Raffaello Cortina, Milano.
- Van der Kolk B. (2015), *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*, Raffaello Cortina, Milano.
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1971), *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma.
- Watzlawick P., Weakland J.H., Fisch R. (1974), *Change*, Astrolabio, Roma.
- Winnicott D.W. (1970), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma.
- Winnicott D.W. (1981), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze.

MUTISMO SELETTIVO: QUANDO A PARLARE, È IL SILENZIO

Selective Mutism: when silence speaks

S. Battisti³⁷, V. Battisti³⁸, M. Marcelletti³⁹

150

Il neuroscienziato statunitense Joseph LeDoux nel suo libro intitolato “Il cervello emotivo” (1996), scrive: *«Immaginate di essere un piccolo mammifero, un cane delle praterie per esempio, uscite dalla tana e andate in cerca del pranzo: cominciate a esplorare i dintorni e all'improvviso avvistate una lince rossa, vostra ben nota nemica. Vi immobilizzate del tutto, utilizzate il regalo che vi ha fatto l'evoluzione senza dover soppesare la vostra decisione. Capita e basta. La percezione visiva o uditiva della lince rossa arriva direttamente alla vostra amigdala e la reazione conseguente è l'immobilità»*, in queste poche righe viene descritto chiaramente il valore adattivo di un'emozione come la paura, essa, infatti, si attiva come risposta arcaica innescata dall'amigdala, un nucleo del cervello che attiva la difesa dell'individuo in caso di pericolo. Oltre alla **paura**, anche la felicità, la rabbia, il disgusto, la tristezza e la sorpresa, sono emozioni primarie, presenti già nei primi mesi di vita. Nel caso della paura, lo scopo principale è quello di allertare l'organismo affinché possa prepararsi alla difesa, all'attacco o alla fuga (Milosevic e McCabe, 2015.) Il Sistema Nervoso dell'organismo, compreso il Sistema Nervoso

³⁷Psicologa e psicoterapeuta, docente interna e didatta IRPPI.

³⁸Psicologa e psicoterapeuta, direttrice IRPPI.

³⁹Psicologa, specializzanda IRPPI.

Autonomo, in questo caso adatta la propria reazione alle esigenze della situazione del momento. Una risposta diversa può essere l'attacco o la fuga o anche gridare se si è impossibilitati a fuggire. Lo stato di *freezing*, dunque, si ha quando l'organismo s'immobilizza per restare il più possibile nascosto a un potenziale nemico/predatore. Uno stato emotivo e comportamentale che prevede diversi gradi d'inibizione dei movimenti, dei comportamenti e della vocalizzazione. C'è anche da dire che nel momento in cui sarà interrotto il *freezing*, il "motore" per la lotta o la fuga, sarà già al massimo dei giri pronto ad attaccare in caso di bisogno. Le emozioni, infatti, sono un insieme di risposte chimiche e neuronali che formano uno schema distintivo. A. Damasio (2005) l'ha definito "*marcatore somatico*"; con questo nome si riferisce al fatto che disponiamo tutti di un'impronta emotiva che ci fa reagire, che ci influenza al momento di evidenziare certe condotte o di mettere in moto determinate decisioni piuttosto che altre. Le emozioni, dunque, precederebbero i sentimenti. Un esempio: camminando per strada, all'improvviso sentiamo un grido. Sperimentiamo subito una reazione fisica: il nostro battito cardiaco che accelera, restiamo come paralizzati, le nostre pupille che si dilatano e proviamo immediatamente una sensazione di allerta, di paura. Le emozioni, per Damasio, appartengono al corpo, scatenano, infatti, determinate alterazioni chimiche e organiche.

Dopo le emozioni, arrivano i sentimenti, i quali hanno una relazione più profonda con i pensieri.

Possibili relazioni tra questo tipo di risposte e i disturbi del linguaggio più sensibili all'attivazione emotiva, sono già state indicate in letteratura sia per la balbuzie (Alm, 2004; Jones et al., 2014) sia per il Mutismo Selettivo (Lesser-Katz, 1986; Shreeve, 1991; Shipon-Blum, 2007). Questo stato di paralisi e

immobilizzazione, descrive al meglio i soggetti con i segni più gravi del Mutismo Selettivo (Shipon-Blum, 2007), in quanto accanto all'assenza di comunicazione verbale di un bambino che non reagisce e non prende l'iniziativa nel parlare, si osservano anche, a livello non verbale, l'immobilità, la mancanza di espressione e la rigidità, in una sorta di stato di "congelamento" che coinvolge tutto il corpo. Adattando il modello di Clark e Wells (Wells et al., 1995), riferito alla fobia sociale, si può ipotizzare che questa reazione di *freezing* prevalga rispetto a quella di fuga poiché presentandosi nell'infanzia, il bambino ha meno possibilità di sottrarsi fisicamente ad una situazione temuta, soprattutto se si sente poco capace di affrontare l'ambiente. Il bambino, dunque, metterà in atto una risposta comportamentale inibitoria molto forte che gli permetterà di tenere sotto controllo la componente ansiosa, riducendo momentaneamente il disagio dovuto all'ansia nei momenti di confronto sociale. In questo modo, egli si sottrarrà volontariamente all'interazione sociale portando anche i coetanei a mettere in atto comportamenti di evitamento; ciò produce nell'immediato una sensazione di sollievo, come se fosse protetto dal suo mutismo, ma, allo stesso tempo, questa protezione confermerà le sue credenze di diversità e inadeguatezza sociale, rinforzando la probabilità di sperimentare emozioni secondarie spiacevoli, come tristezza, ansia e rabbia che potrebbero a loro volta ostacolare lo sviluppo di abilità sociali importanti, contribuendo all'alimentazione di questo "circolo vizioso". Questo stato di *freezing* è meno riconoscibile però quando accanto al mutismo, si osservano comportamenti che lasciano intravedere un minimo di iniziativa come, ad esempio, l'indicare, scrivere messaggi con biglietti, picchiettare sulla spalla di qualcuno per richiamarne l'attenzione, fare brevi gorgheggi o suoni, se non addirittura la partecipazione a giochi e attività di gruppo, dando segni di benessere e divertimento, continuando tuttavia a mantenere il silenzio. Diventa ancora meno riconoscibile

quando il bambino mostra una forte volontà comunicativa articolando comunque parole riconoscibili, sebbene senza suono.

Da elettivo a selettivo: un po' di storia

Il termine mutismo venne coniato per la prima volta nel 1877 da Adolf Kussmaul, uno psicofisiologo tedesco, che lo definì come una condizione di “aphasia volontaria”, ovvero chi, selezionando situazioni e persone, sceglie di parlare o richiudersi in un risoluto silenzio. Alcuni anni più tardi, fu coniato il termine di “mutismo elettivo” dallo psichiatra tedesco M. Tramer nel 1934, per indicare quei bambini che sono taciturni nelle occasioni di tutti i loro rapporti interpersonali, fatta eccezione per un ristretto gruppo di parenti e amici intimi. Nel 1983, lo psicofisiologo tedesco Hasselman lo denominò “mutismo selettivo”. Egli evidenziò la volontarietà del bambino ad esprimersi in selezionate circostanze, ma in risposta ad un ambiente che percepisce come ostile e inadeguato. L'ICD 10 (World Health Organization, 2016) tratta di Mutismo Selettivo in termini di rifiuto del soggetto a verbalizzare, inserendolo, di fatto, nella categoria dei disturbi del funzionamento sociale con esordio specifico nell'infanzia e nell'adolescenza, identificando come nucleo disfunzionale principale l'area relativa al funzionamento sociale, dove l'ipersensibilità al giudizio e al cambiamento, l'opposizione e le relazioni sociali costituiscono i fattori di fragilità. Il DSM IV e il DSM IV-TR (APA, 2007) rappresentano una vera e propria ridefinizione del disturbo con l'obiettivo di superare l'originale accezione di “rifiuto” con il concetto d'incapacità. Questo cambiamento porta al passaggio da condizione consapevole e determinata, a un comportamento selettivo agito dal bambino solo in particolari contesti e in particolari ambienti. Questa incapacità di parlare e comunicare in modo efficace in determinate situazioni

sociali percepite come minacciose è stata riconfermata dall'ultima edizione del DSM (APA, 2015), in cui il mutismo selettivo è elencato tra i disturbi d'ansia.

Eziologia e sintomi

Il mutismo selettivo è un disturbo relativamente raro; con un'incidenza nella popolazione tra 0.71 – 2% (Bergman et al., 2002). La prevalenza, comunque, non sembra variare in base al sesso o all'etnia di appartenenza (DSM-5). Insorge in genere in età precoce, a 3 o 4 anni di età (Kristensen, 2000; Cunningham et al., 2004; Garcia et al., 2004). Possono capitare casi tardivi, tra 6 e gli 8 anni (Black e Uhde, 1992; Bergman e al., 2002; Steinhausen et al. 2006; Sloan, 2007) e in casi più rari presentarsi in età adolescenziale. I sintomi, infatti, potrebbero non rendersi manifesti fino all'inizio della scuola, dove si ha un aumento dell'interazione sociale e dei compiti prestazionali (APA, 2015). Riguardo alla durata della sua manifestazione, essa deve essere di almeno 1 mese (non limitata al primo mese di scuola). Il disturbo ha generalmente una durata di 8 anni dopo i quali i sintomi chiave tendono ad affievolirsi o a scomparire totalmente. Nonostante ciò, diversi studi hanno dimostrato che bambini che hanno sofferto di mutismo selettivo continuano ad avere, soprattutto in età adulta, problemi di comunicazione, basse performance a scuola o al lavoro e un'alta probabilità di sviluppare disturbi psichiatrici (Remschmidt, et al., 2001; Steinhausen, et al., 2006). Ovviamente ciò spinge alcuni verso lo sviluppo di capacità notevoli e voglia di perfezionismo e riuscita, per sopperire alla frustrazione vissuta negli anni. Diversi studi concordano per un'ipotesi multifattoriale (Sharon et al., 2006; Freeman et al., 2004) che vede alla base dell'eziologia del disturbo molto probabilmente l'interazione tra molteplici fattori, tra quelli più prettamente biologici/costituzionali

(primariamente temperamentali) e quelli ambientali, più nello specifico, socio-culturali e familiari (livello culturale basso, scarsa socializzazione della famiglia, famiglie ansiose e chiuse, irretimento genitore-bambino, dipendenza genitoriale). Nel DSM 5, si specifica anche che questi soggetti sono spesso presi in giro o usati come capro espiatorio dai coetanei. Sebbene, come abbiamo evidenziato sopra, questi bambini abbiano generalmente normali capacità di linguaggio, occasionalmente può esservi un Disturbo della Comunicazione associato (ad esempio Disturbo della Fonazione, dell'Espressione del Linguaggio o Disturbo Misto dell'Espressione e della Ricezione Linguaggio) o una condizione medica generale che causa anomalie dell'articolazione, Disturbi d'Ansia (soprattutto Fobia Sociale), Ritardo mentale, Ospedalizzazione o gravissimi fattori psicosociali stressanti possono essere associati con questo disturbo. Tra le caratteristiche associate troviamo eccessiva timidezza, imbarazzo sociale, isolamento, ansia sociale, negativismo, ansia da prestazione, perfezionismo, eccessi di collera e comportamenti oppositivi, difficoltà scolastiche e occasionalmente difficoltà di comunicazione. Studi recenti pongono l'attenzione sul peculiare temperamento e comportamento del bambino che sviluppa un mutismo selettivo (predisposizione temperamentale), che sembra coerente con il quadro dell'ansioso, timido, diffidente e riservato. Non è raro che i genitori riferiscano la presenza di difficoltà di alimentazione, del sonno, irrequietezza nella prima infanzia dei loro bambini (Capozzi et al., 2013; Krysansky, 2003).

Area cognitiva

Il bambino con mutismo selettivo cerca di spingere l'altro a sostituirsi a lui e a comunicare al suo posto (Capozzi et al., 2013). L'altro assume un ruolo importante perché aiuta il bambino a dare voce ai suoi pensieri assolvendo ad alcuni dei suoi bisogni fondamentali come per esempio: regolare lo stato emotivo del bambino e aiutarlo ad affrontare situazioni che il bambino percepisce come minacciose. Si osserva una stretta relazione tra linguaggio e abilità neuropsicologiche e socio-affettive. A tal proposito, in un articolo di M. Capobianco (2009) del Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica dell'Università La Sapienza, viene citata un'interessante ricerca di Kristensen e Oerbeck (2006) dove vengono evidenziate alcune difficoltà in età scolare nei compiti di memoria verbale, a fronte di una buona memoria visuospatiale. Importante precisare che l'intelligenza di questi bambini è di solito nella norma e non sembrano esserci deficit importanti nei compiti cognitivi.

156

Area emozionale

La prima cosa che appare è il comportamento manifesto del bambino al cui silenzio vengono spesso fatte attribuzioni, come per esempio: “*Non parla perché è timido, ma poi con il tempo gli passerà*” (Kumpulainen et al., 1998) oppure “*lo sta facendo apposta*” o ancora “*non è interessato*”. Spesso queste etichette e attribuzioni di significato, date al comportamento del bambino silenzioso, rendono ancora più difficile la comprensione del suo vissuto emotivo in situazioni che lui percepisce come difficili e minacciose. Il bambino potrebbe manifestare comportamenti di isolamento, evitamento dello sguardo dell'altro, di silenzio persistente, e non lo fa per attirare l'attenzione di chi lo circonda, ma, al contrario, chiede

proprio quell'attenzione che lo supporterebbe nella gestione dello stato ansioso in cui è intrappolato. Le relazioni familiari diventano, dunque un elemento da tenere in considerazione. Il Mutismo Selettivo è inserito all'interno della categoria dei disturbi di attaccamento presentata nell'ICD 10 come una problematica caratterizzata da comportamenti disfunzionali in specifiche aree del funzionamento sociale ed evidenziando alcune componenti comportamentali correlate ad essa: ansia nelle relazioni sociali, chiusura, ipersensibilità al giudizio e oppositività. L'emozione prevalente è la vergogna per l'esposizione di sé al giudizio dell'altro; a ciò si aggiunge anche la paura di mostrare la propria vergogna agli altri (metaverogna). Il bambino esposto a situazioni sociali esterne sperimenta un'attivazione costante di disagio, si sente minacciato dal giudizio altrui, inadeguato e incompetente.

Il sistema familiare

Per comprendere ancora meglio il decorso dei sintomi del Mutismo Selettivo è importante analizzare la famiglia e la qualità delle relazioni al suo interno. I genitori tendono a volte a sottovalutare il mutismo del proprio bambino in età prescolare attribuendolo a caratteristiche del temperamento, a semplice timidezza e comunque ad uno stato transitorio che con il crescere dell'età tenderà a scomparire (Kumpulainen et al., 1998; Kearney e Vecchio, 2006)). Per questo motivo ci potrebbero essere difficoltà di diagnosi precoci di Mutismo Selettivo in parte spiegate dal fatto che alcuni comportamenti nei bambini vengono meglio tollerate e accettate nei primi anni della scuola materna sia dai genitori sia dagli insegnanti. Quando si inizia a considerare l'inserimento nelle scuole elementari, la persistenza del comportamento mutacico inizia ad allarmare comprensibilmente famiglia e scuola, anche per la disparità con i compagni della stessa età, le difficoltà

d'integrazione e tutti quegli aspetti legati all'apprendimento e alla performance scolastica. Le famiglie di questi bambini, inoltre, sono generalmente molto isolate sul piano sociale, con poche relazioni esterne al nucleo familiare. I genitori di questi bambini sono spesso descritti come persone schive, eccessivamente timide e con tratti depressivi (Kristensen e Torgensen, 2001). Non è infrequente che uno o entrambi i genitori di bambini con mutismo abbiano alle spalle una storia familiare di timidezza patologica (se non proprio diagnosi pregressa di mutismo), un disturbo d'ansia o una fobia sociale. Tale associazione suggerisce la presenza di una familiarità ad un temperamento particolarmente timido e ansioso che predispone e contribuisce allo sviluppo di una sintomatologia mutacica, in presenza di specifici fattori ambientali (Sloan 2007). Generalmente, i bambini con Mutismo Selettivo sviluppano con i propri genitori e in particolare con la madre uno stile di attaccamento insicuro di tipo dipendente, come spesso avviene nelle famiglie con disturbi d'ansia. Lo stato emotivo ansiogeno del genitore alla base del legame di dipendenza sviluppa gradualmente nel bambino una paura verso la realtà sociale esterna non familiare (quale ad esempio la scuola), senso di incapacità e inefficacia, per cui la presenza del caregiver diventa necessaria nell'affrontare qualsiasi situazione. L'atteggiamento del genitore eccessivamente protettivo e ansioso con il bambino è controllante e schivo verso il mondo esterno, infatti, non permette al bambino una graduale separazione-individuazione mediante i normali processi esplorativi e relazionali (Tatem e Del Campo, 1995; Capobianco, 2009; Cunningham et al., 2006).

Una rassegna delle ricerche condotte tra il 1943 e il 2003, ad opera di Compare, Gorla e Molinari (2006) hanno evidenziato che nelle famiglie invischiate, i genitori non leggono i sintomi del mutismo selettivo in termini di comportamento ansioso. Ricordando che, nella prospettiva

sistemico-familiare (Minuchin, 2018), la famiglia invischiata è caratterizzata da un iper-coinvolgimento dei membri e da confini non definiti, è possibile ipotizzare che i pattern di queste famiglie tendano al mantenimento della sintomatologia in età evolutive. Infatti, questa tipologia di stile familiare, oltre a non promuovere l'indipendenza dei membri, può non permettere ai genitori di mantenere la distanza necessaria per comprendere gli stati mentali dei bambini affetti da Mutismo Selettivo. Infine, tra i bambini con Mutismo Selettivo, il 47% dei genitori aveva problemi matrimoniali e l'84% faceva parte di famiglie in cui lo stile genitoriale viene definito "deviante o insufficiente" (Viana, Beidel, Rabian, 2009). Un dato interessante riguarda la relazione tra psicopatologia genitoriale e Mutismo Selettivo. In uno studio di follow-up, il 60% delle madri e l'87% dei padri di bambini con Mutismo Selettivo hanno manifestato sintomi di depressione, mancanza di desiderio, alcolismo, ritiro sociale, estrema timidezza, irritabilità e disturbi di personalità (Remschmidt et al., 2001). Tuttavia, l'analisi di quest'ultimo studio non ha considerato né il gruppo di controllo né la possibile differenza tra psicopatologia materna e paterna. Prendendo in considerazione proprio quest'ultimo aspetto, infatti, sono state trovate differenze significative: i padri dei bambini con Mutismo Selettivo presentavano un tasso più elevato di ansia, depressione, disturbi psicosomatici e un'immagine di sé negativa, rispetto alle madri (Alyanak et al., 2013). Nonostante ciò, lo studio ha evidenziato come la gravità dei problemi emotivi e comportamentali dei bambini con Mutismo Selettivo sia correlata alla psicopatologia materna e non a quella paterna.

Il contesto scolastico

Luogo importante dove poter evidenziare i sintomi, i segnali deboli, i comportamenti sociali e scolastici. Nei primi mesi di scolarizzazione, molti bambini possono manifestare una marcata inibizione e la paura di parlare è spesso frequente nei bambini con disturbi della comunicazione o della fonazione, come accade ai balbuzienti dove la limitazione è strettamente legata all'evitamento strumentale per nascondere un linguaggio poco estetico. In altri casi l'atteggiamento restio alla comunicazione verbale deriva da una forte determinante ambientale, come in situazioni di importanti differenze socioculturali tra i bambini e il contesto sociale. Ne sono un esempio chiaro gli immigrati o i bambini socialmente e culturalmente molto svantaggiati, abituati ad esprimersi con uno stile esclusivamente dialettale. Altro caso particolare sono i bambini bilingui o esposti a più lingue oltre quella di origine. In tal caso Toppelberg et al. (2005) sottolineano che è possibile fare diagnosi di mutismo nei casi di bilinguismo solo se il comportamento mutacico persiste per almeno sei mesi e si manifesta in entrambe le lingue (nativa e non nativa). È importante sottolineare, dunque, che seguendo questo approccio basato sulla qualità delle relazioni familiari, la presa in carico di un bambino con questa problematica non potrà escludere la valutazione delle specifiche dinamiche familiari in cui è inserito.

Intervento psicologico e psicoterapeutico

L'obiettivo principale (o almeno iniziale), non sarà, dunque, "far parlare a tutti i costi il bambino", ma facilitare in lui/lei una graduale fiducia con il terapeuta e, di conseguenza, con il contesto e gli adulti che lo circondano. Tutto ciò evidenzia come sia fondamentale mettere l'accento, oltre che sulla riduzione

dell'ansia del bambino, anche sull'importanza di aumentare la fiducia in sé stesso e l'autostima, e di promuovere la comunicazione nelle situazioni sociali. Lavori recenti suggeriscono l'importanza, soprattutto per alcuni casi, di prediligere un approccio di tipo integrato che favorisca sia l'espressione emotiva, sia il miglioramento di relazioni affettive equilibrate e sicure. Anche l'elemento dell'approccio multimodale diventa importante, nell'ottica di favorire una combinazione di diverse tipologie d'intervento che possano includere tecniche cognitive e comportamentali, la psicoeducazione genitoriale, la terapia familiare, specifiche strategie della moderna psicoanalisi (Moldan, 2005; Jackson et al., 2005; Sloan, 2007). Diventa fondamentale un approccio che coinvolga la scuola e i genitori e sarà fondamentale fin dalle prime fasi.

Spesso si tende ad inquadrare il Mutismo Selettivo come un atteggiamento di sfida o, in ogni caso, come un comportamento intenzionale, ciò porta ad assumere atteggiamenti arrabbiati e punitivi nei confronti di questi bambini (Capobianco, 2009). Altre volte, invece, ci si può sentire impotenti e si possono mettere in campo delle strategie che, sperando di incoraggiare e sollecitare la comunicazione del bambino (es. promettendogli regali o supplicandolo di parlare), sortiscono l'effetto opposto, sottoponendolo a inutili e controproducenti pressioni che aumenteranno il livello di ansia.

Bisognerà, al contrario, creare un ambiente che faccia sentire il bambino a proprio agio, permettendogli di esprimersi attraverso gli altri canali comunicativi (linguaggio non verbale, movimenti del corpo, espressioni facciali, scrittura etc.) (Maggiolini e Perazzi, 2014). Il contributo sia degli insegnanti che del gruppo classe è molto importante nell'affiancare il bambino con difficoltà nel suo inserimento graduale nei contesti e nelle situazioni che richiedono interazioni verbali. Un ruolo importante, infine, è rivestito dall'intermediario verbale che ha lo scopo di permettere il passaggio del linguaggio dal canale non

verbale a quello verbale. Si tratta spesso di un genitore che può rimanere a scuola insieme al bambino, o di un oggetto, come un peluche o una marionetta, a cui il bambino può sussurrare ciò che vorrebbe dire.

La possibilità di migliorare e modificare la sintomatologia per un bambino con Mutismo Selettivo è, dunque, strettamente legata a diverse variabili. Da una parte sembrano avere un ruolo importante l'età della diagnosi, l'intervento precoce e mirato alle specifiche caratteristiche del disturbo. Dall'altro la collaborazione tra genitori, insegnanti e terapeuti negli ambiti di vita sociale del bambino che sembrano indispensabile per ottimizzare gli effetti di un programma terapeutico. In molti casi, inoltre sono necessari cambiamenti negli stili e/o nelle aspettative genitoriali rispetto al problema del bambino e prevedere, se necessario, terapie individuali o di coppia (Tatem e DelCampo 1995).

Alcune terapie come la Pet Therapy, ippoterapia ed altro sono risultate utili per contenere l'ansia, così come è importante comunque la predilezione per attività sociali e sportive. Secondo l'approccio della PPI (Psicoterapia Psicodinamica Integrata), si deve tener conto che esistono passaggi di sviluppo che il bambino deve superare, con l'aiuto dell'adulto, al fine di completare il processo di mentalizzazione, che consente lo sviluppo del pensiero e del linguaggio e che non può essere visto unicamente a partenza cognitiva. Il raggiungimento della funzione riflessiva, tra il quarto ed il quinto anno di vita permette la rappresentazione interna ed esterna della realtà, accettate nella loro diversità: la realtà esterna non è più equiparata o dissociata da quella interna, ma convalida il sé e l'altro da sé (Fonagy e Target, 2005). Per questo l'atteggiamento empatico del terapeuta, che segue un bambino con MS deve essere capace di creare il clima adatto affinché si instauri una relazione di sicurezza che permetta al paziente (in questo caso in età evolutiva) di aprirsi ad espressioni anche non verbali, ma di gioco e di rappresentazione,

senza la pressione che può essere derivata dagli altri contesti di vita del bambino e che permettano i collegamenti delle due realtà (interna ed esterna), riconoscendoli e convalidandoli. Attraverso l'interazione terapeutica si creeranno dei significati che produrranno il linguaggio come azione corporea, ossia vocalizzo, suono, segno, cioè manifestazione *protomentale* di emozioni e affetti. L'intenzionalità del gesto diventa intenzionalità del senso, in seguito anche verbale (ma non solo), al fine di raggiungere di esercitare il pensiero anche attraverso la parola (Lago, 2016). Successivamente attraverso le rappresentazioni si può giungere ad un livello di riflessione (adattato all'età) che porta al superamento del blocco verbale. Per far questo è necessario coinvolgere il sistema familiare, ove opportuno, per lavorare sugli aspetti disfunzionali e per comprendere la storia, eventualmente conoscendo e trattando elementi traumatici vissuti e integrando i vari interventi. Lo psicoterapeuta PPI come *case manager* favorisce la comunicazione tra gli attori coinvolti nell'aiuto al bambino, dando senso alla relazione con la realtà sentita ed accettata da lui.

Abstract: This article discusses selective mutism, describing its symptoms, related psychological implications, and possible treatment indications. Selective mutism is a multidimensional childhood disorder that typically affects children entering school age. It is characterized by the persistent failure to speak in select social settings despite possessing the ability to speak and speak comfortably in more familiar settings. However, the child is still able to communicate in environments where he or she feels safer, such as at home or with certain people in particular. An early intervention is important with an integrated and multidisciplinary approach, including the full involvement of the family and school. Selective mutism is not widespread; nevertheless, its occurrence has a strong impact on the family. It can occur in all contexts frequented by the child, often putting a strain on the family. Parents sometimes tend to underestimate this mutism, attributing it to temperament, simple shyness, and otherwise a transient state that will tend to disappear as the child gets older. The term mutism, was coined by Kussmaul in 1877, who described

it as the voluntary condition of those who choose to speak or lock themselves in mute-silence. Denomination later declined to selective mutism by Hasselman, in 1983. The disorder generally has a duration of 8 years after which key symptoms tend to fade or disappear altogether.

Key words: Selective mutism, Etiology, Psychotherapy integrated psychodynamic approach, Family system.

Riassunto: Questo articolo tratta del mutismo selettivo, descrivendone i sintomi, le implicazioni psicologiche ad esso correlate e le possibili indicazioni di trattamento. Il mutismo selettivo è un disturbo multidimensionale dell'infanzia che colpisce tipicamente i bambini in età scolare. È caratterizzato dal persistente fallimento di parlare in specifiche situazioni sociali, nonostante la capacità di parlare. Infatti, il bambino è in grado di comunicare ma in ambienti in cui si sente sicuro, come a casa o con alcune persone in particolare. È importante intervenire tempestivamente, con un approccio integrato e multidisciplinare che preveda il pieno coinvolgimento della famiglia e della scuola. Il mutismo selettivo non è molto diffuso; tuttavia, il suo verificarsi ha un forte impatto sulla famiglia. Può verificarsi in tutti i contesti frequentati dal bambino, mettendo spesso a dura prova la famiglia. I genitori a volte tendono a sottovalutare il silenzio del bambino, attribuendolo al temperamento, alla semplice timidezza e, in caso contrario, a uno stato transitorio che tenderà a scomparire con l'avanzare dell'età del bambino. Il termine mutismo, fu coniato da Kussmaul nel 1877, che lo descrisse come la condizione volontaria di coloro che scelgono di parlare o di chiudersi in un muto silenzio. La denominazione in seguito cambiò in mutismo selettivo da parte di Hasselman, nel 1983. Il disturbo ha generalmente una durata di circa 8 anni dopo i quali i sintomi principali tendono ad affievolirsi o scomparire del tutto.

164

Parole chiave: Mutismo selettivo, eziologia, psicoterapia, approccio psicodinamico integrato, sistema familiare.

Bibliografia

- Alm, P. A. (2004), *Stuttering, emotions, and heart rate during anticipatory anxiety: A critical review*. Journal of fluency disorders, 29(2), 123-133.

- Alyanak, B., Kılınçaslan, A., Harmancı, H. S., Demirkaya, S. K., Yurtbay, T., & Vehid, H. E. (2013), *Parental adjustment, parenting attitudes and emotional and behavioral problems in children with selective mutism*. Journal of anxiety disorders, 27, 9-15.
- American Psychiatric Association (2007), *Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-IV TR*, Masson, Issy-les-Moulineux.
- American Psychiatric Association (2015), *Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-5*, Raffaello Cortina, Milano.
- Bergman, R. L., Piacentini, J., & McCracken, J. T. (2002), *Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41(8), 938-946.
- Black, B., & Uhde, T. W. (1992), *Case study: elective mutism as a variant of social phobia*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31(6), 1090-1094.
- Capobianco, M. (2009), *Il Mutismo Selettivo: diagnosi, eziologia, comorbidità e trattamento*, Cognitivismo clinico, 6(2), 211-228.
- Capozzi F., Manti F., Sirchia V., Piperno F., (2013), *Il mutismo selettivo*, Giovanni Fioriti, Roma.
- Cohan, S. L., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2006), *Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990–2005*. Journal of child Psychology and Psychiatry, 47(11), 1085-1097.
- Compare, A., Gorla, C., Molinari, E. (2006), *Famiglia e mutismo selettivo: aspetti relazionali e psicopatologici*. Psicologia clinica dello sviluppo, 10(2), 225-240.

- Cunningham, C. E., McHolm, A., Boyle, M. H., & Patel, S. (2004), *Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1363-1372.
- Cunningham, C. E., McHolm, A. E., & Boyle, M. H. (2006), *Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls*. *European child & adolescent psychiatry*, 15(5), 245-255.
- Damasio, A. (2005), *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos*, Crítica, Barcelona.
- Fonagy, P., Target, M., (2005), *Psicopatologia evolutiva*, Raffaello Cortina, Milano.
- Freeman, J. B., Garcia, A. M., Miller, L. M., Dow, S. P., & Leonard, H. L. (2004). Selective mutism. In T. L. Morris & J. S. March (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 280–301), The Guilford Press, New York.
- Garcia, A. M., Freeman, J. B., Francis, G., Miller, L. M., & Leonard, H. L. (2004), Selective mutism. In T.H. Ollendick & J.S. March (eds), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*, (pp. 433-455), University Press, Oxford.
- Jackson, M. F., Allen, R. S., Boothe, A. B., Nava, M. L., & Coates, A. (2005), *Innovative analyses and interventions in the treatment of selective mutism*. *Clinical Case Studies*, 4(1), 81-112.
- Jones, R., Choi, D., Conture, E., & Walden, T. (2014), *Temperament, emotion, and childhood stuttering*. In *Seminars in speech and language*, 35(2), 114-131.

Thieme Medical Publishers, New York.

- Kearney, C. A., & Vecchio, J. (2006), *Functional analysis and treatment of selective mutism in children*. The Journal of Speech and Language Pathology–Applied Behavior Analysis, 1(2), 141.
- Kristensen, H., Torgersen, S. (2001), *MCMI-II personality traits and symptom traits in parents of children with selective mutism: A case-control study*. Journal of Abnormal Psychology 110, 648-652.
- Kristensen H., Oerbeck B. (2006), *Is selective mutism associated with deficits in memory span and visual memory?: an exploratory case-control study*. Journal of Anxiety Disorders 22 (2008), 548–55.
- Krysanski, V. L. (2003), *A brief review of selective mutism literature*. The Journal of Psychology, 137(1), 29-40.
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H., & Somppi, V. (1998), *Selective mutism among second-graders in elementary school*. European child & adolescent psychiatry, 7(1), 24-29.
- Lago G. (a cura di) (2016), *Compendio di psicoterapia*, Franco Angeli, Milano.
- LeDoux, J. E. (1996), *Il cervello emotivo: alle origini delle emozioni*, Baldini & Castoldi, Milano, 2014.
- Lesser-Katz, M. (1986), *Stranger reaction and elective mutism in young children*. American Journal of Orthopsychiatry, 56(3), 458-469.
- Maggiolini, S., & Perazzi, M. (2014), *Il Mutismo Selettivo: possibili orientamenti educativi*. Scuola materna per l'educazione dell'infanzia, (Maggio), 9-11.,
- Milosevic, I., & McCabe (2015), *Phobias: The Psychology of Irrational Fear: The Psychology of*

Irrational Fear. ABC-CLIO.

- Minuchin, S. (2018), *Families and family therapy*. Routledge, London.
- Moldan, M. B. (2005), *Selective mutism and self-regulation*. *Clinical Social Work Journal*, 33(3), 291-307.
- Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K., & Gutenbrunner, C. (2001), *A follow-up study of 45 patients with elective mutism*. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 251(6), 284-296.
- Sharon L. Cohan, Denise A. Chavira, Murray B. Stein (2006), *Practitioner Review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990–2005*. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(11), 1085-1097.
- Shipon-Blum, E. (2007), *When the words just won't come out: Understanding selective mutism*. Retrieved March, 11, 2008.
- Shreeve, D. F. (1991), *Elective mutism: Origins in stranger anxiety and selective attention*. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55(4), 491.
- Sloan, T. L. (2007), *Family therapy with selectively mute children: A case study*. *Journal of marital and family therapy*, 33(1), 94-105.
- Steinhausen, H. C., Wachter, M., Laimböck, K., & Metzke, C. W. (2006), *A long-term outcome study of selective mutism in childhood*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7), 751-756.
- Tatem, D. W., & DelCampo, R. L. (1995), *Selective mutism in children: A structural family therapy approach to treatment*. *Contemporary Family Therapy*, 17(2), 177-194.

- Toppelberg, C. O., P. Tabors, D. Alissa Coggins, D. K., & Burger, C. (2005), *Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44(6), 592.
- Viana, A. G., Beidel, D. C., & Rabian, B. (2009), *Selective mutism: A review and integration of the last 15 years*. Clinical psychology review, 29(1), 57-67.
- Wells, A., Clark, D. M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A., & Gelder, M. (1995), *Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs*. Behavior Therapy, 26(1), 153-161.

SOGGETTIVITA' E CORPOREITA' NEL VISSUTO ONIRICO

Subjectivity and bodyness in the dream living

Nicola Zippel⁴⁰

170

“Either the well was very deep, or she fell very slowly, for she had plenty of time as she went down to look about her and to wonder what was going to happen next. [...] ‘Well!’ thought Alice to herself, ‘after such a fall as this, I shall think nothing of tumbling down stairs! How brave they’ll all think me at home! Why, I wouldn’t say anything about it, even if I fell off the top of the house!’ (Which was very likely true.)”

Lewis Carroll, *Alice’s Adventures in Wonderland*

Neurofisiologia del sogno incarnato

Grazie alle maggiori scoperte degli ultimi 70 anni sull’esperienza onirica, è stato possibile gettare una luce anche sugli elementi fisici del sogno, rispetto ai quali lo stesso Freud confessò apertamente le sue lacune conoscitive (Freud, 1977). Ci riferiamo specialmente alla scoperta del sonno REM (Rapid Eyes Movement) nel 1953 da parte di Aserinsky e Kleitman e a un numero di rilevanti studi che lo riguardano. Sulla base di questi studi, possiamo spiegare anche i processi fisiologici o, per meglio dire, neuro-fisiologici che determinano questo stato peculiare del corpo durante il sonno.

All’interno del processo onirico il corpo riveste un interesse particolare, tanto che è possibile parlare di due tipi di corpi coinvolti nel

⁴⁰Ricercatore e docente di filosofia, docente esterno IRPPI.

sogno: il corpo sognato e il corpo sognante. Stiamo prendendo in considerazione le due forme di corpi che corrispondono ai due livelli del contenuto sognato e della mente sognante, là dove nel primo troviamo il corpo sognato, mentre identifichiamo il corpo sognante con quello del sognatore. Ciononostante, considerata la stretta interrelazione tra le due dimensioni di ciò che è sognato e ciò che è sognante, la motilità del corpo sognato è sempre in relazione con la motilità della sua controparte sognante, ossia il corpo del sognatore. Detto in termini più semplici: le condizioni neurofisiologiche del corpo sognato, ad esempio quello di Freud incollato alle scale nel cosiddetto “sogno della nudità” (Freud 2011, 246 sgg.), sono le stesse delle condizioni neurofisiologiche del corpo sognante di Freud, incollato al letto. In questo senso, è possibile parlare di “sogno incarnato” inteso come fenomeno omogeneo.

171

La stretta connessione tra i due corpi, quello sognato e quello sognante, può essere spiegata sulla base della summenzionata ricerca sul sonno REM. Nel loro famoso articolo, Dement e Kleitman osservano che “durante gli esperimenti è stato notato che i periodi di movimento oculare rapido spesso iniziavano subito dopo una serie di movimenti corporei e che un movimento corporeo spesso coincideva con la loro fine, mentre il soggetto sognante sembrava relativamente calmo durante questo stesso periodo di movimento oculare.” Lo studio dell’EEG chiarisce “l’incidenza del movimento corporeo nei termini di inizio e fine dei periodi REM”. Il grafico proposto da Dement e Kleitman mostra “la tendenza del movimento corporeo a crescere fino all’inizio dei movimenti oculari, momento in cui esso diminuisce drasticamente e riprende alla fine del periodo di attività oculare.” (Dement and Kleitman 1957, 682).

Nel suo libro fondamentale sull’attività onirica del cervello, Allan Hobson dedica alcune pagine illuminanti alla questione della motilità corporea. Riferendosi agli studi di David Hubel e Edward Evarts, Hobson afferma che “i sogni sono caratterizzati da una sensazione di movimento continuo e i neuroni coinvolti nel movimento si attivano intensamente durante il sonno REM” (Hobson 1990, 171). Questa “sensazione” (*sense*) di muoversi, ossia la presenza pervasiva di motilità

nei nostri sogni, è così strettamente legata con il movimento oculare caratterizzante il sonno REM, che “il cervello vede e si muove nel sonno REM” (Hobson 1990, 171). La fonte neurofisiologica di questa sensazione di muoversi può essere identificata nelle onde del ponte-genicolo-occipitale (PGO) che stimola il sonno REM, là dove il ponte (P) dà inizio alle onde che si dirigono verso il corpo laterale genicolare del talamo (G) e i lobi occipitali (O). Hobson basa questa descrizione sulla sua ipotesi di una struttura fisiologica che rende possibile il processo onirico e che lo studioso americano ha elaborato a partire dagli anni settanta definendolo sia “l’ipotesi della sintesi-attivazione” (Hobson and McCarley 1971; Hobson 1990), sia, sulla scorta delle nuove scoperte scientifiche, “il modello AIM” (Hobson 2009).

172

L’assunto fondamentale di questa ipotesi è la “genesi neurale” (Hobson and McCarley 1971, 1346) dello stato onirico, che comporta l’*attivazione* del prosencefalo e, più nello specifico, del ponte del tronco encefalico. Questo processo, interamente endogeno, provoca il rilascio dei neuroni reticolari, vestibolari e oculomotori, che interagiscono fra di loro dando vita a un duplice e *simultaneo* effetto di inibizione ed eccitazione; questo, a sua volta, unisce *sinteticamente* diversi elementi sensoriali, motori ed emozionali. È proprio questo processo di elementi contrastanti fra di loro che Hobson ha esaminato a fondo nei suoi studi successivi all’articolo del 1971, giungendo a parlarne nei termini di “AIM model”, una nuova versione dell’ipotesi originaria, secondo cui l’attivazione (A) è pensata insieme a un processo di “input-output” (I) che inibisce sia gli stimoli interni che quelli esterni dell’attività motoria, e alla “modulazione” (M), ossia il peculiare equilibrio chimico di depotenziamento aminergico e iperpotenziamento colinergico. Questo complesso meccanismo fisiologico, comprendente tanto le aree visuali quanto quelle motorie, è all’origine della formazione delle immagini oniriche e della sensazione di muoversi durante il sogno.

La sensazione di muoversi, come fenomeno puramente fisiologico, implica che non siamo in grado di muoverci volontariamente mentre sogniamo; questo significa che il corpo sognato, per esempio nel sogno di Freud il corpo che salta precipitosamente sulle scale, non è messo in

moto da alcuna volontà di muoversi, ma si muove in base a un'attività neurale inconscia⁴¹. Tuttavia, se si guarda con attenzione a questa situazione, bisogna riconoscere che *nessun corpo* si sta muovendo. Durante il sonno REM, il corpo reale, cioè quello sognante, è completamente fermo, paralizzato; quello che si sta muovendo è infatti il corpo sognato, che sta saltando su per le scale o, per esempio, che sta volando per aria (Schönhammer 2004). D'altra parte, però, essendo il corpo sognato il prodotto dell'attività neurale, ossia di un'attività che si svolge interamente nel cervello, nessun corpo, nè reale nè irreale, si sta muovendo. Questa condizione è quella che Hobson chiama un "curioso stato del rapporto mente-cervello", in cui "i sistemi motori agiscono indipendentemente dall'input e dall'output. Dal momento che l'output è bloccato dall'inibizione, l'operato dei comandi motori centrali non subisce nessuna conseguenza in termini di movimento" (Hobson 1990, 171). Questo significa che qui si ha a che fare con il movimento, ossia con l'attività, del cervello e non del corpo. E tuttavia questo movimento e la relativa sensazione di muoversi riguardano anche il corpo, poiché il corpo non solo è strutturalmente coinvolto dal processo onirico, ma è altresì *determinato* da questo processo. Per quanto possa apparire paradossale, tutto il movimento che avviene a livello cerebrale si esprime attraverso l'immobilismo del corpo. Questa condizione di immobilità corporea ha a che fare con il modo in cui l'individuo dormiente si rapporta al mondo esterno. Come aveva già osservato Freud, il distacco dal mondo e la sospensione di qualunque attività mondana che caratterizzano lo stato onirico sono correlate alla paralisi corporea del sonno REM (per quanto ai tempi di Freud non fosse ancora stato scoperto). Essere staccati dal mondo esterno non significa però essere interiormente spenti, come se il sonno fosse uno stato di morte, ma, al contrario, l'attività interna al cervello che dorme – e sogna – è così ricca da non avere bisogno di entrare in relazione con la realtà

⁴¹Qui ci riferiamo solo a quei sogni in cui non c'è un coinvolgimento attivo del sognatore nel controllo del sogno, ovvero quella condizione affascinante e complessa nota come "sogni lucidi", per cui rinviamo agli studi ormai classici di LaBerge (LaBerge 1985; LaBerge and Rheingold 1990).

esterna. Il cervello dormiente e sognante crea da sé il proprio mondo. Questa condizione peculiare del corpo, che Hobson definisce “attivo interiormente ma disconnesso sensorialmente” (Hobson 1990, 206), impedisce al corpo di stabilire una relazione con l'esterno, in modo da restare fermo per tutta la durata del sonno REM⁴².

Questa coesistenza di due processi contrastanti è dovuta sempre a uno stato neurale davvero particolare: da una parte, al livello superiore del sistema motorio, alcuni neuroni reticolari inviano i comandi di muoversi, che di solito provocano il movimento; dall'altra parte, altri neuroni reticolari stanno inviando, *nello stesso momento*, dei comandi opposti di non muoversi. Si crea così la situazione che Hobson chiama “un gioco a somma zero”, in cui “sono generati dei comandi motori interni, ma la loro attivazione esterna viene di fatto annullata da segnali inibitori concomitanti.” (Hobson 1990, 206). Questo complesso meccanismo di attivazione/inibizione, che avviene sia a livello del midollo spinale che del tronco encefalico, mostra come la *sensazione* di muoversi non implica la *realizzazione* del movimento.

Se il cervello è il luogo d'origine di questo processo interamente mentale, il corpo ne è il protagonista, poiché esso *percepisce* il gioco conflittuale tra neuroni restando in uno stato di forzata immobilità. Il conflitto è percepito in maniera vivida dal corpo in quei sogni in cui prova a muoversi, per esempio per fuggire, senza riuscirci. Al livello dei processi cerebrali, il corpo sognato cerca di muoversi secondo i comandi “vai!”, ma il corpo sognante, l'unico reale, non è in grado di seguirlo a causa dei comandi “fermo!” che si attivano simultaneamente. Ognuno di noi conosce molto bene il risultato di questa situazione che Hobson descrive con chiarezza, riferendosi alle sue condizioni neurofisiologiche: “Quando il bisogno o il desiderio di scappare diventa più intenso e gli sforzi di seguirlo aumentano, il sistema muscolare non riesce a rispondere al comando. Mentre sogniamo, facciamo esperienza di questa

⁴²Qui stiamo chiaramente parlando dello stadio “fasico” del sonno REM, che è il tratto caratteristico dell'attività ponto-genicolo-oculare; non stiamo quindi prendendo in considerazione lo stadio “tonico”, caratterizzato invece da uno stato di quiete oculare.

inibizione del sistema motorio quando sentiamo le gambe pesanti.” (Hobson 1990, 171).

Modalità anomale di vivere il corpo: l’esperienza extra-corporea e la paralisi del sonno

In questo paragrafo, tratteremo alcuni modi molto peculiari di fare esperienza del proprio corpo, che ci permetteranno di mettere in rilievo il coinvolgimento del sé nel processo onirico sulla base della sua relazione con il corpo. Inoltre, la natura anomala di queste esperienze ci aiuterà a capire le diverse modalità in cui si entra in relazione non solo con il corpo proprio, ma anche con il proprio sé *in rapporto* al corpo proprio. Avremo così l’opportunità di porre in evidenza l’unità di sé e corpo, in base all’idea del “sé incarnato” di cui parleremo nell’ultimo paragrafo in riferimento alla filosofia fenomenologica.

Il corpo umano può essere soggetto a situazioni mentali davvero peculiari e bizzarre, come la cosiddetta esperienza extra-corporea (*out-of-body experience*, da qui in avanti OBE), che rappresenta un argomento discusso in diversi studi neuroscientifici recenti. L’OBE può essere descritta come “l’esperienza in cui una persona crede di essere sveglia e vedere il proprio corpo e il mondo da una posizione esterna al suo corpo fisico” (Blanke et al. 2004, 243). Un’esperienza strettamente connessa all’OBE è l’autoscopia, “che è caratterizzata dall’esperienza di vedere il proprio corpo in uno spazio extrapersonale” (Blanke et al. 2004, 243). La differenza principale tra i due tipi di esperienze è che “durante l’OBE, il soggetto crede di ‘vedere’ se stesso e il mondo da una posizione diversa dal suo corpo fisico (secondo una prospettiva visuo-spaziale parasomatica), mentre durante l’autoscopia il soggetto rimane all’interno dei confini del corpo fisico (secondo una prospettiva visuo-spaziale fisica)” (Blanke et al. 2004, 244).

Lo studio focalizza l’attenzione sia sulla posizione del corpo reale e di quello immaginario, sia sulle prospettive visuo-spaziali, sia infine sulle emozioni associate alle sensazioni motorio-vestibolari. Nelle loro

considerazioni di carattere più teorico, gli autori trattano la questione dei disturbi dell'unità rappresentazionale di sé: "Ipotizziamo che, durante l'autoscopia, l'integrazione dell'informazione propriocettiva con quella tattile e visiva del corpo fallisce a causa della discrepanza tra le rappresentazioni dei diversi sistemi sensoriali. Questo fenomeno può condurre all'esperienza di vedere il proprio corpo o parti di esso in una posizione che non coincide con la posizione percepita" (Blanke et al. 2004, 255)⁴³.

Sebbene le loro osservazioni riguardino i pazienti in stato di veglia e non abbiano a che fare con lo stato onirico, in un passaggio dell'articolo Blanke e suoi collaboratori scrivono: "E' interessante notare come la maggior parte delle tecniche utilizzate per indurre l'OBE volontariamente, suggeriscono di mettere il soggetto *in posizione supina e rilassata*" (Blanke et al. 2004, 254, corsivi nostri). Abbiamo messo in rilievo il riferimento alla posizione assunta dai partecipanti all'esperimento del gruppo di ricerca di Blanke, perché corrisponde alla *stessa* posizione che assume chi dorme nella fase REM, soprattutto durante quella fase del sonno REM che precede il risveglio e può prendere le forme di una paralisi del sonno (*sleep paralysis*, da qui in avanti anche SP). Questa similarità tra la posizione corporea che si ha sia nell'OBE che nel sonno è stata colta da Allan Cheyne e Todd Girard (2009, 203), che dedicano uno studio molto accurato all'interrelazione tra le allucinazioni vestibulo-motorie, le esperienze extra-corporee e la paralisi del sonno. Cheyne e Girard definiscono la SP in questi termini: "Essa si riferisce a un breve periodo all'inizio o alla fine del sonno, durante il quale una persona è incapace di muoversi o parlare mentre rimane sveglio e conscio dell'ambiente che lo circonda. In accordo con l'ipotesi che la SP rappresenta un'intrusione dello stato REM nella coscienza vigile causata da una coordinazione difettosa delle fasi sonno-veglia e REM-nonREM, gli studi polisonnografici mostrano una

⁴³Il disturbo del sé corporeo implica il disturbo del sé spaziale, che sembra essere la condizione di esperienze parasomatiche. Vedi Blanke et al. 2004, p. 255 e 256. L'interazione tra dimensione spaziale e psicologica nei fenomeni autoscopici e la loro relazione con il sé corporeo sono state messe in rilievo da Brugger 2007.

mescolanza di componenti REM e della veglia a livello elettroencefalografico durante gli episodi di SP. [...] La SP è frequentemente accompagnata da diverse e spesso vivide allucinazioni” (Cheyne and Girard 2009, 201)⁴⁴.

Queste allucinazioni assumono forme differenti che comportano non solo l’OBE, ma anche il fenomeno della presenza fittizia (*felt presence*, da qui in avanti anche FP), sensazioni corporee negative e movimenti illusori. Riferendosi al concetto di “neuromatrice” coniata da Ronald Melzack (Melzack 2001), Cheyne e Girard affermano che “l’OBE, al pari dell’esperienza dell’arto fantasma, possono riflettere la mancata integrazione tra le esperienze tattile, propriocettiva, vestibolare, motoria e visiva del sé corporeo, che presumibilmente coinvolgono importanti regioni delle cortecce parietale, temporale e frontale. [...] In sostanza, sosteniamo che l’OBE rappresenta un fallimento del tratto distintivo neurale (*neurosignature*), ossia del modello di attivazione della neuromatrice che indica che il corpo è intatto” (Cheyne and Girard 2009, 202).

Nel loro studio, basata sull’interazione tra SP e OBE, Cheyne e Girard presentano varie ipotesi per spiegare questa relazione, concludendo che i diversi stati implicati in essa provocano una sensazione generale di alienazione corporea insieme con un disturbo parallelo del processo di identità corporea.⁴⁵ Ai fini della nostra riflessione, i risultati della loro indagine mostrano una stretta connessione tra esperienza corporea e senso del sé, da cui si può evincere che sia il corpo che il sé possono essere compresi solo nella loro correlazione reciproca. Tale correlazione emerge in modo affascinante nello stato onirico, soprattutto nei peculiari fenomeni corporei di cui ci stiamo occupando.

Ulteriori implicazioni neurologiche di queste scoperte spiegano come “l’ipoattivazione delle aree vestibolari corticali durante la SP possono

⁴⁴Qui sembra trattarsi di una condizione ibrida molto simile a quella del sogno lucido, in cui il confine tra veglia e sogno diventa incerta (Voss et al. 2009). Questa incertezza tra i due stati mentali avvicina il sogno lucido anche all’esperienza extra-corporea. Vedi Metzinger 2009, 133 sgg.

⁴⁵Sul rapporto tra SP e OBE sono tornati di recente Jalal e Ramachandran (2017).

rendere queste aree incapaci di gestire le informazioni contrastanti che provengono da fonti sensoriali diverse così come l'attività potenzialmente accresciuta dei centri vestibolari subcorticali. In generale, questo dimostra che le aree parietali sono coinvolte nella generazione delle immagini oniriche vestibolari e, per esteso, nelle allucinazioni vestibolo-motorie durante la SP” (Cheyne and Girard 2009, 209). In uno studio precedente, Cheyne aveva già messo in rilievo il legame tra la SP e l'attività onirica, intendendo in particolare le esperienze allucinatorie alla stregua di un incubo. (cfr. Cheyne 2003).

La base concettuale dell'ipotesi di Cheyne e Girard è la succitata nozione di “neuromatrice” formulata da Melzack, che la presenta in questi termini: “Il sostrato anatomico del sé corporeo è un'ampia e diffusa rete neurale che consiste di circuiti tra il talamo e la corteccia così come tra la corteccia e il sistema limbico. Possiamo definire questa rete come una neuromatrice (*neuromatrix*)” (Melzack 2001, 1379). La neuromatrice produce una sintesi ciclica degli impulsi nervosi che Melzack chiama “tratto distintivo neurale” (*neurosignature*). A queste strutture, Melzack ne aggiunge altre due, ossia “il centro senziente neurale (*sentient neural hub*), che trasforma il flusso dei tratti distintivi neurali nel flusso di coscienza”, e “l'attivazione di una neuromatrice che fornisce il *modello* dei movimenti per raggiungere l'obiettivo desiderato” (Melzack 2001, 1379).

Ciò che è davvero interessante nella proposta di Melzack è l'assunto filosofico, secondo cui il senso del sé è concepito come il *risultato* di processi neurofisiologici che costituiscono quell'esperienza corporea *per mezzo della quale* ci si può percepire, oltre che come un corpo, *anche* come un sé. In qualche modo, questo concetto rappresenta il rovesciamento della prospettiva cartesiana, quando Melzack scrive: “La neuromatrice, distribuita lungo tutte le molteplici aree del cervello, comprende una rete diffusa di neuroni che genera modelli, processi informativi che fluiscono attraverso essa e, *da ultimo*, produce il modello percepito come un intero corpo che possiede il senso di sé” (Melzack 2001, 1380).

Seguendo lo schema di Melzack, Cheyne e Girard osservano che “il disturbo della neuromatrice può colpire diversi processi corporeo-sensoriali che coinvolgono i sistemi vestibolare, motorio e propriocettivo. Questo disturbo può a sua volta produrre un’esperienza corporea anomala e contribuire all’interruzione del tratto distintivo neurale, soprattutto quando l’integrazione centrale è compromessa” (Cheyne and Girard 2009, 210).

Fenomenologia del sé incarnato: l’aspetto soggettivo del corpo sognante

179

In quest’ultimo paragrafo presenteremo un’interpretazione del corpo nel sogno, basandoci sulla prospettiva della filosofia fenomenologica di Edmund Husserl, che ci permette di definire concettualmente la sfera soggettiva del processo onirico.

Secondo la fenomenologia, qualsiasi atto mentale è caratterizzato come “intenzionale”, che indica la natura dell’atto soggettivo di essere diretto (*intentio*) verso un oggetto e, nel fare questo, conferire un senso all’oggetto. Il processo fondamentale della “intenzionalità” può essere spiegato brevemente in questi termini: ad ogni atto che compie un’intenzione corrisponde un oggetto in quanto “intenzionato”. Alcuni esempi concreti possono aiutare la comprensione di questo meccanismo coscienziale: in una percezione, si ha il “percipiente” (ossia il soggetto che realizza l’atto della percezione) e il “percepito” (ossia l’oggetto cui è diretta la percezione); in un ricordo, si ha il “ricordante” (ossia il soggetto che realizza l’atto del ricordo) e il “ricordato” (ossia l’oggetto cui è diretto il ricordo). Può dirsi lo stesso di qualsiasi atto della vita mentale, come l’attesa, l’immaginazione e, appunto, il sogno.

All’interno di questa struttura generale, gli atti di coscienza ricevono un’ulteriore divisione tra 1) gli atti “presentanti”, ossia gli atti che presentano un oggetto, che conferiscono senso a un oggetto che è a sua volta presente, contemporaneo all’atto di coscienza. Secondo la forma basilare della “presentazione” (*Gegenwärtigung*), posso percepire solo qualcosa di presente. Questo significa che la percezione e il percepito

sono simultanei. 2) gli atti “presentificanti”, ossia gli atti che “rendono qualcosa presente”, qualcosa che al momento dell’atto non è attualmente presente. Il ricordo, l’attesa e l’immaginazione sono le forme basilari di quella che Husserl chiama la “presentificazione” (*Vergegenwärtigung*): posso ricordare, aspettare o immaginare solo qualcosa che *non* è presente. Questo significa che il ricordo, l’attesa e l’immaginazione operano su un duplice livello di temporalità: come atti mentali accadono nel presente, ma i loro oggetti (l’oggetto ricordato, atteso o immaginato) appartengono alla dimensione irreali – ossia non attuale, non presente – e in questo senso sono “presentificati”, “resi presenti”, come chiarisce anche la radice latina del verbo “facere”.

180

Contrariamente a quanto sostiene Husserl (Husserl 1980), e basandoci invece sulle riflessioni del suo allievo Eugen Fink (Fink 2010), riteniamo che anche il sogno sia una presentificazione⁴⁶. Nel caso del sogno, infatti, questa relazione tra il duplice livello di coscienza è ancor più peculiare: il primo livello è quello del dormire, in cui non c’è attività conscia, mentre il secondo livello, quello della presentificazione, è il livello del sognare, in cui *neanche* c’è attività conscia. Mentre dormiamo, rendiamo presente (presentifichiamo) qualcosa senza esserne coscienti, come avviene invece nel caso dell’immaginazione o del ricordo, in cui siamo consapevoli del contrasto tra la dimensione mentale dell’atto immaginativo o memorativo e la dimensione del presente percettivo.

Attraverso la fenomenologia, possiamo mettere in evidenza non solo la coesistenza di differenti atti mentali che caratterizzano lo stato onirico inteso come un processo di presentificazione, ma anche l’intreccio corpo-mente che sottende tale processo. Mentre sogniamo, il sé e il suo corpo fanno esperienza di livelli mentali e fisici che dovrebbero essere realizzati in ambiti diversi della vita di coscienza. Quando ricordiamo o immaginiamo, il livello presentante (percettivo) e quello presentificante,

⁴⁶Per una indagine più ampia sul concetto di sogno nella fenomenologia, ci permettiamo di rinviare a Zippel 2011; 2016.

per quanto sovrapposti, non hanno lo stesso grado di validità né confondono i rispettivi ambiti di validità.

Se sono seduto in un bar a bere un caffè e mi guardo intorno e inizio a ricordare un evento passato, mantengo i due livelli di coscienza, la percezione dell'ambiente circostante e il ricordo del passato, ben distinti. Quando sogno, invece, il livello della presentazione (il dormire) è inconscio, mentre il livello della presentificazione (il sognare), per quanto anch'esso inconscio, contiene una serie di presentazioni (ad esempio il vedere, sentire, toccare *sognati*) che sono ritenuti come realmente esistenti e a cui è associata una serie di movimenti corporei. Il risultato è che il dormire è un'attività fondamentalmente presentante attraverso, però, una sequenza di atti presentificanti.

Mediante i concetti di presentazione e presentificazione e della loro interazione, la fenomenologia può offrire una descrizione concettuale dello stato onirico inteso non soltanto come un processo neurofisiologico o psicologico, ma anche intenzionale. Il linguaggio concettuale della descrizione permette di riconoscere le strutture fondamentali di questo processo, mentre il costante riferimento al soggetto degli atti mentali (*io* dormo, *io* sogno, *io* percepisco nel sogno ecc.) permette di ancorare il gioco complesso di interrelazione tra i diversi livelli di coscienza alla sua dimensione personale, la dimensione del sé.

Conclusioni. Il sogno come intreccio di corporeità e soggettività

In quello che precede si è proposta un'idea di un approccio interdisciplinare alla questione del sogno e degli stati di coscienza in generale, ossia un approccio in cui non c'è un pensiero dominante inteso come *primus inter pares*, ma ogni ambito di ricerca contribuisce alla spiegazione complessiva del fenomeno studiato⁴⁷.

⁴⁷Negli anni, sono emerse diverse interessanti proposte di applicare il metodo fenomenologico allo studio della coscienza in una prospettiva interdisciplinare. Si vedano, a titolo di esempio, Marbach (1993; 2006; 2010), Giorgi (2009; 2012), Kuiken (Kuiken et al. 1989).

Dal punto di vista della fenomenologia, questa può trovare nelle ricerche neuroscientifiche non solo quei dati empirici che mancano in un'indagine puramente filosofica, ma anche un modo affascinante di descrivere la vita di coscienza in un linguaggio differente, ma non per questo meno suggestivo, di quello filosofico. Pur nella diversità linguistica, infatti, i fraintendimenti possono essere evitati se si considera che sia la fenomenologia che la neuroscienza trattano la stessa questione, “che cos'è la coscienza?”, adottando però diverse modalità di approcciare ad essa. Proprio rispetto a questo, la neuroscienza può trovare nella fenomenologia una chiarezza concettuale che rende le sue affermazioni teoricamente più solide e coerenti.

Come hanno dimostrato le considerazioni e le ricerche sul corpo che sogna, la centralità del sé, inteso come soggetto intenzionale della vita di coscienza, non porta a concepire un'anima disincarnata o un corpo potenzialmente esanime, ma conduce a teorizzare un ego incarnato – una persona -, ossia un ego che può essere compreso solo riferendosi al corpo e al sé come a una *totalità*⁴⁸.

Per concludere, vorremmo proporre quattro brevi osservazioni, che non rappresentano un punto d'arrivo, bensì la base per nuove possibili indagini sui processi onirici: 1) nel sogno sono riscontrabili due strutture, il sé e il corpo, comuni sia alla descrizione neurobiologica che a quella fenomenologica dell'esistenza; 2) il sogno è un'esperienza mentale estremamente affascinante e complessa, che può essere spiegata senza ricorrere a un'idea di soggettività metafisica o fisicalista, ma quella di *soggettività incarnata*; 3) la descrizione fenomenologica offre un apparato concettuale che consente di individuare le strutture essenziali del sogno come processo mentale e 4) diventa così possibile recuperare e interpretare la validità oggettiva dei risultati

⁴⁸Cfr. Merleau-Ponty 2003. In una nota illuminante della *Traumdeutung*, Freud mette in esplicita relazione soggettività e corporeità all'interno del processo onirico: “Quando sono in dubbio dietro quale dei personaggi del sogno devo cercare il mio io, mi attengo a questa regola: il personaggio, che nel sogno è soggetto a un'emozione che io provo come dormiente, è il personaggio che nasconde il mio io.” (Freud 2011, 326, n. 2).

neuroscientifici secondo una prospettiva che mira a comprendere il livello soggettivo degli atti mentali radicati nella loro esistenza corporea.

Abstract: The dream state represents a very peculiar condition of bodily experience: in REM sleep one undergoes the paralysis of her own body, coupled with a vivid mental process. Precisely by the inability to move, the embodied self experiences such a rich mental performance as an alienating dimension of herself, since the body becomes an inactive though often invoked part of the dream. On the other hand, being the motionless counterpart of the frantic activity of the dreaming mind, the body, as it were, is outside the dream events.

This complex neurophysiological situation is extremely interesting from a phenomenological perspective, for it offers the opportunity to consider the condition of the subject as regards the unaware mental process of dreaming. As a general goal, the paper aims at showing the basic features of the relationship between the dreaming self and his/her own body in the light of the most significant empirical dream's research findings.

More in particular, the paper will deal with the very peculiar state of the out-of-body-experiences which will be considered in conjunction with both sleep paralysis and vestibular-motor hallucinations. As a conclusion, I will stress the relevance of the notion of the self as embodied selfhood, which can represent a fruitful meeting point of phenomenology, neuroscience, and psychology in dream research.

Key Words: Dreaming Self, Out-Of-Body Experience, Sleep Paralysis, Bodily Selfhood

Riassunto: Lo stato onirico rappresenta una condizione peculiare di esperienza corporea: nel sonno REM il corpo è paralizzato, mentre la mente è estremamente attiva. Proprio l'incapacità di muoversi porta il sé incarnato a fare esperienza di una dimensione alienante, dato che il corpo non può muoversi, sebbene venga spesso coinvolto nella trama narrativa del vissuto onirico. Dall'altra parte, essendo la controparte immobile della frenetica attività della mente sognante, il corpo, per così dire, è esterno agli eventi onirici.

Questa complessa situazione neurofisiologica è estremamente interessante da una prospettiva fenomenologica, perché offre l'opportunità di studiare la condizione del soggetto rispetto al processo inconscio del sogno. Come obiettivo generale, questo articolo mira a mostrare le strutture fondamentali della relazione tra il sé sognante e il suo corpo, alla luce di alcune tra le più significative scoperte scientifiche.

Più nello specifico, verrà trattato il caso delle esperienze extra-corporee, che saranno analizzate in relazione alla paralisi del sonno e alle allucinazioni vestibolo-motorie.

Come conclusione, sarà messa in risalto la nozione del sé come soggettività incarnata (*embodied selfhood*), che può rappresentare un fecondo punto di incontro tra fenomenologia, neuroscienze e psicologia nel campo delle indagini sul sogno.

Parole-chiave: sé sognante – esperienze extra-corporee – paralisi del sonno – soggettività incarnata

Bibliografia

184

- Blanke, O., Landis, T., Spinelli L., Seeck, M. (2004), Out-of-body experience and autoscopia of neurological origin. *Brain* 127, 243-25.
- Brugger, P. (2002), Reflective mirrors: Perspective-taking in autoscopic phenomena. *Cognitive Neuropsychiatry* 7 (3), 179-194.
- Cheyne, A., Girard, T. (2009), The body unbound: Vestibular-motor hallucinations and out-of-body experiences, *CORTECX* 45, 201-215.
- Cheyne A. (2003), Sleep paralysis and the structure of waking nightmare hallucinations. *Dreaming* 13, 163–179.
- Dement, W., Kleitman, N. (1957), Cyclic Variations in EEG during Sleep and their Relation to Eye Movements, Body Motility, and Dreaming. *Electr. Clin. Neurophy.* 9, 673-690.
- Fink, E. (2010), Presentificazione e immagine, in *Studi di fenomenologia 1930-1939*, 47-140. Lithos, Roma.
- Freud, S. (1977), *Progetto di una psicologia*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud, S. (2011), *Die Traumdeutung*. Frankfurt am Main, Fischer.
- Giorgi, A. (2009), *The Descriptive Phenomenological Method in Psychology*. Pittsburgh, Duquesne University Press.

- Giorgi, A. (2012), The Descriptive Phenomenological Psychological Method. *Journal of Phenomenological Psychology* 43/2, 3-12.
- Hobson, J.A., McCarley, W.R. (1971), The Brain as a Dream State Generator: An Activation-Synthesis Hypothesis of the Dream Process. *The American Journal of Psychiatry* 134:12, 1335-1348.
- Hobson, J.A. (1990), *The Dreaming Brain*. Penguin Books, London.
- Hobson, J.A. (2009), REM sleep and dreaming: towards a theory of protoconsciousness. *Nature Reviews/Neuroscience* 10 (11), 803-13.
- Husserl, E. (1980), *Phantasie, Bildbewusstsein, Erinnerung. Zur Phänomenologie der anschaulichen Vergegenwärtigungen. Texte aus dem Nachlass (1898-1925)*, «Husserliana» XXIII, Hrsg. von E. Marbach, The Hague, Nijhoff.
- Jalal, B., Ramachandran, V. (2017), Sleep Paralysis, “The Ghostly Bedroom Intruder” and Out-of-Body Experiences: The Role of Mirror Neurons. *Frontiers in Human Neuroscience*, online 28 febbraio 2017.
- Kuiken, D., Schopflocher, D., Wild. T.C. (1989), Numerically aided phenomenological method. A demonstration. *Journal of Mind and Behavior* 10, 373-392.
- LaBerge, S. (1985), *Lucid Dreaming. The Power of Being Awake and Aware in Your Dreams*. Ballantine, New York.
- LaBerge, S., Rheingold, H., (1990), *Exploring the World of Lucid Dreaming*. New York, Ballantine.
- Marbach, E. (1993), *Mental Representation and Consciousness. Towards a Phenomenological Theory of Representation and Reference*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.
- Marbach, E. (2006), “Wie sich Bewusstsein mit Hilfe der Husserlschen Phänomenologie in die (Neuro-)

Wissenschaft einbeziehen last,” in *Interdisziplinäre Perspektiven der Phänomenologie*, ed. D. Lohmar, D. Fonfara. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 203-234.

- Marbach, E. (2010), “Towards a Formalism for Expressing Structures of Consciousness,” in *Handbook of Phenomenology and Cognitive Science*, eds. S. Gallagher and D. Schmicking. Dordrecht, Springer, 57-81.
- Melzack, R. (2001), Pain and the Neuromatrix in the Brain. *Journal of Dental Education*, 65/12, 1378-1382.
- Merleau-Ponty, M. (2003), *Fenomenologia della percezione*. Bompiani, Milano.
- Metzinger, T. (2009), *The Ego Tunnel: The Science of the Mind and the Myth of the Self*. Basic Books, New York.
- Schönhammer, R. (2004), *Fliegen, Fallen, Flüchten. Psychologie intensiver Träume*. Verlag, Tübingen.
- Voss, U., Holzmann, R., Tuin, I., Hobson, J.A. (2009), Lucid Dreaming: A State of Consciousness with Features of Both Waking and Non-Lucid Dreaming. *SLEEP* 32 (9), 1191-1200.
- Zippel, N. (2011), Fenomenologia e sogno. *Mente e Cura*, 1, 33-54.
- Zippel, N. (2016), Dreaming Consciousness: A Contribution from Phenomenology. *Rivista Internazionale di Filosofia e Psicologia*, 7 (2), 180-201.

CONSEGUENZE PSICOLOGICHE DI SITUAZIONI EPIDEMICHE E DEI PROVVEDIMENTI DI DISTANZIAMENTO SOCIALE

Psychological consequences of epidemic
situations and social distancing features

187

Flaminia Bramati⁴⁹

L'attuale condizione pandemica

Nel marzo del 2020 una nuova epidemia⁵⁰ globale ferma il mondo, il suo nome è Covid-19 o morbo da coronavirus 2019; questa malattia infettiva respiratoria ha origine zoonotica e la sua principale modalità di trasmissione nell'uomo è tramite l'inspirazione delle goccioline che evaporano al respiro o che si emettono starnutando. La prima comunicazione dell'esistenza del nuovo virus è avvenuta a fine dicembre 2019, ma già dall'inizio del mese erano noti casi di pazienti con malattia sintomatica.

La pandemia è scoppiata tra la fine del 2019 e l'inizio del 2020, epicentro della diffusione: Wuhan, Cina. Il primo caso registrato a novembre 2019 è un cinquantenne della provincia di Hubei, ma il

⁴⁹Psicologa e allieva al III anno della scuola IRPPI; graduato dell'Esercito Italiano impiegato nell'UOS Psichiatria e Consultorio Psicologico dell'Ospedale Militare di Roma, Celio.

⁵⁰ Epidemia s. f. [dal lat. mediev. epidemia, gr. ἐπιδημία, dall'agg. ἐπίδημος, propr. «che è nel popolo», comp. di ἐπί «sopra» e δῆμος «popolo»]. Manifestazione collettiva di una malattia (colera, tifo, vaiolo, influenza, ecc.) che rapidamente si diffonde, per contagio diretto o indiretto, fino a colpire un gran numero di persone in un territorio più o meno vasto, e si estingue dopo una durata più o meno lunga. - Lessico Universale Italiano - Enciclopedia Treccani Vol.VII ELF-FIN pag. 131.

virus non viene identificato; in seguito, a dicembre, vengono registrati a Wuhan sette nuovi casi, e classificati con diagnosi di ‘nuovo coronavirus’. Nel gennaio 2020 si registravano più di 5000 casi di contagio confermati in tutto il mondo e già a febbraio i dati erano aumentati dieci volte tanto, oltre 50.000, con migliaia di decessi.

A partire dal 23 gennaio 2020, Wuhan è stata messa in quarantena con la sospensione di tutte le attività ed i trasporti pubblici in entrata e in uscita dalla città. Le misure di quarantena vengono man mano estese a tutte le città adiacenti, agli stati, ai continenti, ma il virus continua a diffondersi sino alla chiusura delle frontiere nazionali di ogni paese coinvolto.

Il 30 gennaio 2020 l'OMS ha dichiarato l'epidemia di Coronavirus in Cina ‘Emergenza internazionale di salute pubblica’ e l'11 marzo il suo direttore generale, Tedros Adhanom Ghebreyesus, ha definito la diffusione del Covid-19 non più una epidemia confinata ad alcune zone geografiche, ma una **pandemia** diffusa in tutto il pianeta.

A marzo 2020 l'Europa stava diventando gradualmente il nuovo epicentro della pandemia. I pazienti accusano sintomi simili all'influenza, febbre, tosse secca, stanchezza e difficoltà di respiro; nei casi più gravi, spesso riscontrati in soggetti già affetti da precedenti patologie, si sviluppa polmonite, insufficienza renale acuta, sino ad arrivare al decesso.

La storia si ripete e osservando il passato sappiamo che questa non è la prima pandemia a cogliere il mondo impreparato. Le grandi epidemie della storia hanno avuto grandi costi a livello globale, sia per la perdita di vite umane che nell'esistenza quotidiana comune. Osserviamole effettuando un veloce excursus storico.

Le grandi epidemie della storia⁵¹

La peste di Giustiniano (VI sec. 541 d.C.), che colpì anche l'imperatore, è la prima epidemia di peste di cui si è a conoscenza. La malattia, e con essa la paura e l'isteria, si diffusero velocemente a Costantinopoli e da lì in tutto l'Impero. Al termine, la capitale imperiale aveva perso quasi il 40% della sua popolazione e ciò segnò l'indebolimento dell'Impero bizantino, il tramonto dell'Antichità e la nascita del Medioevo.

La peste nera (XIV sec. 1346-1353), epidemia già nota in passato le cui cause e trattamento erano completamente sconosciute; questo, insieme alla velocità di diffusione, l'hanno resa una delle più grandi pandemie della storia. Si stima che la popolazione europea passò da 80 a 30 milioni di persone. Solo cinque secoli più tardi venne scoperta la sua origine zoonotica dai ratti, che nel Medioevo vivevano nelle grandi città e si spostavano con gli stessi mezzi di trasporto degli uomini, diffondendo il virus.

Il virus del vaiolo, è conosciuto da almeno 10.000 anni, il suo nome fa riferimento alle pustole che comparivano sulla pelle di chi ne soffriva, era una malattia grave ed estremamente contagiosa che decimò la popolazione mondiale. Si espanse diffusamente nel nuovo mondo quando i conquistatori iniziarono ad attraversare l'oceano; in Europa si diffuse nel corso di tutto il XVIII secolo, infettando e sfigurando milioni di persone. Solo nel 1796 E. Jenner sintetizzò il primo vaccino anti vaiolo, permettendo all'uomo di debellare la malattia.

L'influenza spagnola (1918), il primo caso fu registrato verso la fine della Prima Guerra Mondiale in un ospedale degli Stati Uniti; questo violento ceppo del virus dell'influenza fu così battezzato perché la Spagna rimase neutrale durante la guerra e diffondeva le informazioni sulla pandemia, a differenza degli altri

⁵¹ Dossier Storica National Geographic online: https://www.storicang.it/a/le-grandi-pandemie-della-storia_14759/2.

paesi coinvolti nella guerra che ne occultavano i dati. La sua diffusione in tutto il mondo andò di pari passo agli spostamenti delle truppe sui fronti europei. Si stima che in tutto il mondo morirono fra 20 e 50 milioni di persone.

L'influenza asiatica (1957), nota come virus influenzale A/H2N2, di origine zoonotica aviaria è comparso per la prima volta nella penisola di Yuhuan, in Cina e in meno di un anno si diffuse in tutto il mondo causando più di un milione di morti in tutto il pianeta.

L'Influenza di Hong Kong (1968), fu, a distanza di 10 anni, una variazione dell'influenza asiatica; come la precedente, raggiunse tutto il mondo con sintomi molto simili e causando numericamente le stesse vittime.

Il virus dell'Immunodeficienza umana (HIV), noto come AIDS, è una delle più gravi e recenti pandemie conosciute dalla società odierna; i primi casi documentati sono comparsi negli anni '80, ma già da allora il virus era diffuso in tutto il mondo. Si ipotizza che la sua origine sia zoonotica, tra i suoi effetti vi è un forte indebolimento del sistema immunitario, che di per sé non è letale, ma lo sono le sue conseguenze, perché lasciano l'organismo inerme a fronte delle altre malattie. L'iniziale ignoranza del passato ha permesso che si diffondesse molto rapidamente ed i primi pazienti sieropositivi si trovarono in una situazione clinica impreparata, di pubblico biasimo e vennero completamente isolati socialmente. Si stima che l'HIV abbia causato circa 25 milioni di morti in tutto il mondo, ma ad oggi il progresso scientifico consente ai contagiati di vivere una vita più normale e longeva possibile grazie a nuove cure mirate ed una maggiore informazione sulla natura e la diffusione di questo virus con cui ad oggi abbiamo imparato a convivere.

Da quanto esposto risulta chiaro che le conseguenze di queste malattie hanno avuto un enorme peso sulle popolazioni e sulle diverse categorie di persone che si sono trovate ad affrontarle: dagli imperatori dell'antichità, a commercianti ed esploratori dei

nuovi mondi, sino ad eserciti in guerra; nessuno sfuggiva alla loro diffusione. Oggi come ieri, nessuno può sottrarsi al contagio, ma oggi, a differenza del passato, possiamo riconoscere tra gli individui coinvolti, gruppi di persone più fragili ed esposte nel subire le conseguenze negative della pandemia sia a livello fisico che psichico.

Attualmente possiamo riflettere sulle diverse modalità di tutelare ed intervenire su questi gruppi, a partire dai contagiati stessi, a chi gli presta assistenza, ai familiari dei malati ed anche a tutti coloro che subiscono le conseguenze secondarie della diffusione della pandemia: l'isolamento ed il distanziamento sociale.

Conseguenze del distanziamento sociale durante le pandemie

Il coronavirus coglie impreparate, non solo la Cina e l'Asia, ma con loro tutti i paesi nei quali si diffonde gradualmente il virus, dal continente Europeo, a quello Americano sino in Africa e Oceania; la prima misura che viene adottata nella maggioranza dei paesi è la quarantena obbligatoria, con la chiusura di ogni genere di servizio pubblico e privato ed in seguito il divieto di spostamento e la tassativa proibizione di oltrepassare le frontiere.

Vige l'obbligo per il singolo di restare chiuso nella propria casa, isolato dagli altri. Viene introdotto nel lessico comune il termine americano 'Lockdown', che significa letteralmente isolamento, chiusura, detenzione e confinamento; parola che stride fortemente con il greco 'Zoòn Politikòn' aristotelico, quando parla di un uomo 'animale politico e sociale', che ha la necessità di associarsi con gli altri individui.

Ma cosa accade quando questa possibilità viene meno? A differenza della scelta di monaci ed eremiti l'uomo comune, se forzatamente isolato, può essere soggetto a diversi disagi fisici e psichici.

I comuni cittadini, uomini, donne, bambini, costretti improvvisamente ad abbandonare tutte le attività del proprio quotidiano hanno dovuto adattarsi ad una nuova vita scandita da nuovi ritmi imposti dalle contingenze del mondo esterno; e pensando alla diversa capacità di adattamento dei singoli a tale situazione è intuitivo immaginare l'eterogeneità delle reazioni psichiche conseguenti all'obbligo di distanziamento sociale: stress, paura, ansia, ritiro, depressione, disturbi del sonno, ipocondria.

Le categorie colpite dall'obbligo di distanziamento sociale

La predisposizione allo sviluppo di diversi disturbi psichici ha determinato in categorie più a rischio di altre l'emergere di forti disagi o l'aggravarsi e consolidarsi di disturbi in nuce in singoli individui già problematici. Il pensiero globale si rivolge alla collettività: all'infanzia, all'adolescenza, ai giovani adulti, agli anziani ed alle grandi difficoltà causate dalle restrizioni dovute dalla pandemia.

I **bambini** di oggi, abituati ad essere attivi, fuori casa, tra scuola e attività pomeridiane, ed incontri con i coetanei, essendo giovani 'nativi digitali', sono paradossalmente quelli che si sono adattati con maggiore facilità all'approccio compensativo del 'contatto virtuale' offerto dalle tecnologie che sono state attivate per proseguire la didattica e gli incontri ludici anche da casa.

È comunque importante tutelare l'infanzia ed adeguare il livello di esposizione dei più piccoli alle notizie allarmanti dei network e dagli allarmismi irrazionali **degli adulti**, evitando loro la visione di immagini sociali angoscienti e di pericolo, come ad esempio gli scaffali vuoti dei supermercati, le tende da campo fuori dagli ospedali e le statistiche catastrofiche.

L'atteggiamento che si è rivelato più proficuo è stato mantenere un senso di normalità: fare i compiti a casa, partecipare alla vita domestica e mantenere, per quanto possibile, i contatti con gli affetti più vicini; impedendo così il generarsi di forti angosce e

paure che trovano terreno fertile nel fantasioso e suggestionabile immaginario infantile.

Diversamente dai piccoli, molti **adolescenti e giovani adulti** hanno vissuto l'isolamento come una segregazione fra le mura domestiche e le conseguenze di costrizioni e divieti hanno dato spazio all'emergere di un ampio ventaglio di disturbi e reazioni: dalle 'Addiction', dipendenze da internet, videogiochi, alcol, droghe e dal gioco d'azzardo, al totale ritiro sociale assimilabile all'hikikomori giapponese, che indica un fenomeno sociale generale caratterizzato dalla scelta di ritirarsi dalla vita sociale cercando livelli estremi di isolamento e confinamento. Questa rosa di disturbi ha colpito anche quota parte del target adulto, sia uomini che donne.

Le due categorie riconosciute come le più vulnerabili durante i periodi pandemici sono gli **anziani** e gli individui già affetti da **patologie preesistenti** fisiche e/o psichiche. Nella popolazione anziana generalmente i disturbi riguardano lo spettro depressivo ed è ovvio che in tale situazione di isolamento questo disagio si è fortemente esacerbato.

Un fattore fortemente penalizzante è stata la poca dimestichezza con i mezzi tecnologici, come l'uso di internet o degli smartphone, e questa è una delle cause che ha determinato la loro quasi totale esclusione dalla possibilità di avere un aggiornamento costante delle notizie diffuse dai media in rete, o il conforto di una videochiamata coi propri cari; un altro grande ostacolo è stata la restrizione ai servizi pubblici, che ha determinato la costruzione di una barriera d'accesso alle strutture sia di cura che di supporto sociale.

L'accesso limitato e la chiusura delle strutture di assistenza, ha fortemente inciso anche sulla vita di coloro che soffrono di **patologie acute o croniche** sia fisiche che psichiche; la diffusione della paura collettiva di infettarsi ha inoltre inibito questa categoria di persone ad accedere a strutture sanitarie per sottoporsi a visite mediche, esami e terapie.

I pazienti in psicoterapia per diversi disturbi psichici e psichiatrici, che necessitavano supporto emotivo, si sono improvvisamente trovati soli con sé stessi, nel potenziale rischio di rimuginare sui loro pensieri disfunzionali.

Il disorientamento causato dai periodi di isolamento ha un forte impatto emotivo a livello globale, ma ciò che sicuramente ha scosso più profondamente il nostro animo è la mancanza di contatto umano e in questo periodo storico possiamo verificare con amarezza che le uniche interazioni ‘di contatto’ autorizzate sono quelle tra persone bisognose di assistenza per la propria salute fisica e gli **operatori sanitari**; questa categoria è stata indubbiamente la più coinvolta nell’attuale condizione di emergenza in quanto è stata chiamata ad assistere un’utenza che numericamente andava ben oltre quella disponibile del personale ospedaliero.

Medici, infermieri, operatori nei reparti Covid, hanno effettuato un lavoro straordinario, che va ben oltre la lunga durata dei loro turni; al di là da alla cura e del supporto dei pazienti ricoverati, hanno assistito quotidianamente alla morte di molti di loro, hanno dovuto sopperire alla mancanza di comunicazione delle strutture ed essere coinvolti personalmente nei contatti con i familiari. Loro stessi si sono contagiati, e la malattia ha avuto un esito fatale su molti.

Le conseguenze del lavorare quotidianamente in prima linea, sotto pressione, ha determinato un accumulo di stress continuo che ha ed avrà conseguenze che perdureranno nel tempo, come probabilmente anche l’esistenza di una malattia con cui dovremmo imparare a coesistere. È bene dunque studiarne le conseguenze e le nostre possibilità di intervento.

Disturbi psichici e conseguenze del distanziamento sociale

E' stato osservato come la maggior parte degli individui in questo periodo abbiano sviluppato in primo luogo **disturbi del sonno**⁵². Tra le cause: il continuo flusso di pensieri e l'iperattività mentale dati dalle preoccupazioni per la propria salute e per quella dei propri cari, l'isolamento ed il timore dell'impatto globale post pandemia; una nuova routine alterata e l'incapacità di mantenere un ritmo circadiano equilibrato sono altri fattori del disturbo in quanto un'attivazione psichica e motoria ridotta determinano una **minore stanchezza e di conseguenza la propensione ad una prolungata attivazione nell'arco della giornata**.

La minore esposizione alla luce naturale, la chiusura all'interno delle mura domestiche con conseguente uso e abuso dei dispositivi elettronici a scopo 'sociale', di intrattenimento ma anche scolastico e lavorativo, determina un'iperstimolazione cerebrale che rende la mente carica ed incapace di rilassarsi a fine giornata.

Diversi studi dimostrano inoltre che la luce blu prodotta dai dispositivi elettronici può compromettere la produzione di melatonina, l'ormone che facilita il sonno. A contribuire alla carenza di sonno è anche il bombardamento mediatico incentrato sulla pandemia: l'esposizione continua a testate dei giornali, notiziari televisivi, informazioni catastrofiche diffuse tramite internet, potrebbero provocare 'l'Headline Stress Disorder', un disturbo da stress legato alla costante lettura o all'ascolto di notizie che affrontano esclusivamente problematiche inerenti emergenza sanitaria in atto.

Nonostante i tentativi di razionalizzare l'uomo spesso si fa travolgere dalle emozioni e reagisce agli eventi in maniera istintiva, in questo caso provando una delle emozioni primarie e

⁵²www.hsr.it/news/2020/aprile/coronavirus-come-dormire-bene

fondamentali per la nostra sopravvivenza: la paura⁵³; l'incapacità di gestirla ed essere sopraffatti da essa può portare a comportamenti impulsivi, frenetici e irrazionali che rischiano di essere controproducenti.

Dunque il passo è breve nel cadere preda di **attacchi di panico** o nel sentirsi soffocare dall'**ansia generalizzata**, che si espande a macchia d'olio in ogni situazione percepita come rischiosa o allarmante. Non siamo abituati a vivere in costante allerta e se in passato tali condizioni di stress potevano essere affrontate, con l'attacco o con la fuga, attualmente non è possibile né fuggire, pena l'ulteriore diffusione del virus, né attaccare un nemico intangibile che si diffonde nell'aria.

Nell'attuale situazione di chiusura un altro rischio effettivo per alcuni individui è lo scatenarsi di esagerate **reazioni ipocondriache**, con eccessive preoccupazioni per il proprio stato di salute e la percezione di ogni sintomo come un segnale di inequivocabile contagio. Tra le direttive diramate dal Ministero della Salute vengono diffuse regole di buona condotta: lavarsi spesso le mani, igienizzarle quando si toccano oggetti o superfici potenzialmente infetti, utilizzare guanti in lattice, indossare mascherine igieniche per filtrare l'aria e mantenere un adeguato distanziamento fisico dalle altre persone.

Queste misure sono state parimenti adottate in maniera sia esagerata che superficiale da molti cittadini e va da sé pensare che, come diceva Manzoni, la virtù si trova 'nel giusto mezzo', ma la capacità di resistere e provare ad affrontare la situazione contingente con moderatezza mettono alla prova la resistenza e la resilienza di ognuno in modo continuativo.

Un disturbo comune che ha colpito medici e operatori sanitari è la **sindrome da burn-out**, caratterizzata da depersonalizzazione, derealizzazione ed esaurimento emotivo; su questo terreno si innestano con la loro gravità disagi tipici delle **situazioni**

⁵³www.auxologico.it/approfondimenti/psicologia-coronavirus

catastrofiche che possono perdurare nel tempo ed evolversi in **disturbo da stress post-traumatico**.

La condizione che vivono i soccorritori in situazioni di emergenza richiede uno specifico addestramento nell'agire in circostanze critiche, capacità di adattamento rapido alle richieste dell'ambiente e prontezza nell'agire; ma è lecito chiedersi, a monte dei loro interventi, chi si occupa di loro?

Emerge una saggia riflessione dal lavoro di Luigi Ranzato ed Elvira Venturella, che nel Manifesto di Carcassonne⁵⁴, raccomandano 'il soccorritore deve prendersi cura di sé stesso': è infatti responsabilità di chi assiste avere tutela anche della propria persona, cosa che nell'attuale ed improvvisa emergenza è stata trascurata da molti al fine di offrire un'assistenza continuativa a chi ne aveva bisogno.

Il concetto di resilienza, 'hardiness', è stato approfondito negli studi di Maddi, Kobasa e Bartone⁵⁵ all'inizio degli anni '80; questo termine fa riferimento alla resistenza psicologica allo stress, indica un tratto della personalità associato alla capacità dell'individuo di gestire e rispondere ad eventi di vita stressanti con strategie di coping che trasformano le circostanze potenzialmente dannose in opportunità di apprendimento.

L'incrementare la capacità di affrontare le difficoltà tramite addestramenti specifici è un obiettivo auspicabile per gli anni venturi, al fine di tutelare non solo i soggetti coinvolti nelle situazioni di emergenza; tuttavia laddove viene a mancare prevenzione primaria e secondaria si può comunque intervenire a posteriori in supporto ai singoli, con interventi funzionali in base alle diverse richieste di aiuto.

⁵⁴www.psicologiperipopoli.it/Vision.html

⁵⁵Association for Psychological Science "A Short Hardiness Scale: Updated" 2007
<https://www.hardiness-resilience.com>

Interventi psicologici e test

Stress, ansia, depressione, insonnia, comportamenti di abuso, burn-out, sono tutti disturbi caratteristici di situazioni che portano i cittadini a richiedere l'aiuto di professionisti; la domanda a questo punto sorge spontanea: come richiedere supporto psicologico a distanza? Le ASL e gli ospedali territoriali pubblici e privati hanno messo a disposizione un servizio telefonico di supporto psicologico accessibile a tutti; ma quando si opera in emergenza non è possibile offrire servizi di psicoterapia e terapia continuativi, dunque si attuano singoli interventi specifici utili ad abbassare la soglia di stress e aiutare a metabolizzare l'accaduto nell'immediato. Ma questo non sempre basta.

Molti psicologi e psicoterapeuti, avendone la possibilità, hanno messo a disposizione le loro competenze tramite piattaforme di videoconferenza online come Skype, Zoom e Google Meet; in questo modo le persone che già seguivano un percorso psicologico hanno potuto proseguire la propria terapia online e chi desiderava un supporto che avesse continuità ha avuto la possibilità di accedervi.

Il contatto visivo, seppur solo tramite videochiamata, è stato fortemente ricercato, ed è stato fonte di conforto per molti; pensando che questo stato d'emergenza avrà uno spazio di tempo tutt'ora indefinibile, è bene pensare che tali modalità di intervento sono fra le più agevoli e sicure per accedere al servizio e che forse in tale contingenza è il caso di mostrare un po' di flessibilità adattandoci anche a queste novità. In affiancamento ai colloqui, i professionisti del settore, possono avvalersi di validi strumenti da cui ottenere informazioni sullo stato di salute psichica delle persone che richiedono aiuto, e per ogni disturbo causato dalla contingenza in essere esistono batterie di test mirati a rilevare il livello gravità delle diverse situazioni:

• Al fine di misurare in maniera mirata il livello d'**ansia**, Zung (1970) ha elaborato una veloce scala di autovalutazione; per indagare l'isolamento e il ritiro dovuto all'**ansia sociale**, il CEDAS di Firenze sta effettuando la traduzione e validazione della Liebowitz Social Anxiety Scale (1987) che valuta, separatamente, l'ansia, la paura legata alla situazione descritta ed il grado di evitamento di essa.

• Un valido strumento per la valutazione del livello di **stress e burn-out**, è il Maslach Burnout Inventory (MBI), elaborato da Christina Maslach e Susan Jackson (1981); un questionario che misura in maniera indipendente le 3 dimensioni principali della sindrome: esaurimento emotivo, depersonalizzazione, realizzazione personale.

• Lo strumento più conosciuto e diffuso per lo screening di problemi legati al **gioco d'azzardo** è il South Oaks Gambling Screen o SOGS di Lesieur & Blume (1987, traduzione Italiana C. Guerreschi e T. Carlevaro, 2000): un questionario a risposte multiple che può essere anche autosomministrato.

• il monitoraggio del **disturbo da stress post traumatico** può essere seguito utilizzando il protocollo CAPS (ed. Italiana: Bedin, Castelli e Sbattella, 2011): un'intervista strutturata che valuta nel tempo il DSPT; è composta da 30 item, che corrispondono ai criteri diagnostici del DSM IV.

• La Scala resilienza, Dispositional Resilience Scale, DRS, di Bartone, (2007), misura la **resilienza** in termini di resistenza psicologica, tenendo conto di qualità emotive, cognitive e comportamentali. È uno strumento autocompilativo, breve e affidabile; ne esiste una versione italiana⁵⁶, studiata e validata da Massimo Biondi ed altri professionisti del settore, in collaborazione con l'autore stesso.

Con la graduale riapertura ad un vissuto quotidiano 'più consueto', gli esperti già si stanno dedicando alla creazione di

⁵⁶www.rivistadipsichiatria.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=1128&id=12446

nuovi questionari e test per indagare ed intervenire sui rischi psicologici causati da questo spaventoso periodo pandemico che passerà alla storia. Tra i primi tentativi, il **Coronavirus Survey 2020**⁵⁷, un questionario messo a punto dal Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica dell'università La Sapienza di Roma e coordinato dalla dott.ssa Patrizia Velotti. Il fine di tale indagine, che include, oltre l'Italia, il Belgio, la Francia e La Spagna, è capire gli effetti che ha causato l'isolamento sulle persone, per organizzare progetti di intervento mirati al loro supporto.

Conclusioni

Il Covid-19 ha evidenziato le nostre *vulnerabilità* e *fragilità* e ci ha ricordato quanto noi esseri umani siamo interconnessi gli uni agli altri. I diversi aspetti della vita quotidiana di ognuno di noi sono stati stravolti da questa pandemia in maniera stabile e nonostante la graduale riapertura di molte attività alcune persone continuano a mantenere un atteggiamento ansioso anche solo nel fare la spesa o nell'uscire a fare una passeggiata.

Si stanno verificando anche fenomeni opposti ed estremi dovuti alla reazione di molti alla ripresa delle attività post-isolamento; i giovani si aggregano numerosi nelle piazze privi di dispositivi di protezione, gli esercizi commerciali non rispettano le norme di sicurezza dettate dal Ministero della Salute e un'intensa reazione distruttiva e violenta ha preso piede in gruppi giovanili che vagano per la città danneggiando beni pubblici o privati dei singoli.

Al di là di tali reazioni negative c'è anche chi ha avuto la capacità di uscire rinnovato e rafforzato da quest'esperienza pandemica; gli individui che in maniera più flessibile hanno saputo cogliere nuove occasioni per approfondire passioni sopite o nel cimentarsi in nuove prove, sperimentandosi in campi che a

⁵⁷Il Coronavirus Survey può essere compilato a questo link:
<https://ec.europa.eu/eusurvey/runner/coronavirusITA>

loro erano sconosciuti, hanno scoperto nuove potenzialità in sé stessi, dimostrando di avere una grande capacità evolutiva : quella di sapersi adattare al meglio anche alle situazioni più difficili, traendone ciò che di positivo si possa trovare.

È ragionevole pensare che ci dovremo abituare a questa situazione in quanto conviverà con noi per un lungo periodo ancora ed è intuitivo pensare che il modo più efficiente per tornare a vivere serenamente non sia tornare alla normalità passata, ma adattarci ad una nuova modalità di convivenza pronta anche a fronteggiare al meglio, alla luce dell'esperienza che stiamo passando, nuove ed eventuali emergenze future.

Abstract: This article was written in the beginning of 2020, to compensate an internship that couldn't been carried out because of pandemic Covid-19; history teaches us that other epidemics in the past have marked human existence and their consequences have had the same implications today: closure of all activities, isolation of the individual, a huge number of victims. The focus of this observation is about categories of people at risk and the psychological consequences of social distancing; the evaluation of intervention attempts, the not always wise use of telematic support, and the new skills generated facing the difficulties that 'strengthen the mind'. With the eyes of who, at the beginning of the pandemic, had no idea of what the future would bring, today's reflection is adressed to a world that has shown, despite the past historical experiences, that human being is fallacious but he's also the only species who is adaptable to harmful environmental changes that often are made by him.

Key words: Pandemic, Isolation, Psychological Consequences, Adaptability

Riassunto: Questo articolo è stato redatto ad inizio 2020, a compensazione di un tirocinio che non si è potuto svolgere a causa della pandemia da Covid-19. La storia ci insegna che altre epidemie in passato hanno segnato l'esistenza umana e le loro conseguenze hanno avuto gli stessi risvolti odierni: chiusura di ogni attività, isolamento delle persone, un alto numero di vittime. Il focus di questa osservazione sono le categorie di persone a rischio e le conseguenze psicologiche causate dal distanziamento sociale; la valutazione dei diversi tentativi di intervento, l'uso non sempre saggio del supporto telematico e le nuove capacità generate a fronte delle difficoltà 'che rafforzano la mente'. Con gli occhi di chi allora, ad inizio pandemia, non aveva cognizione di ciò che il

futuro avrebbe portato, l'odierna riflessione è rivolta a un mondo che dimostra, a prescindere dalle esperienze storiche del passato, che l'essere umano è fallace ma è anche l'unica specie in grado di adattarsi ai cambiamenti ambientali dannosi di cui spesso lui stesso è autore.

Parole chiave: Pandemia, Isolamento, Conseguenze Psicologiche, Adattamento

Bibliografia

202

- Bedin A. G., Castelli C., Sbattella F. (2011), *Adattamento italiano della scala 'CAPS Clinician-Administered PTSD Scale*, Giunti Psychometrics, Firenze.
- Blake, D.D., Weathers, F.W. et al. (1995), The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress* 8, 75–90.
- Capitanucci D. e Carlevaro T. (2004), Traduzione italiana SOGS in *Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel Disturbo di gioco d'azzardo patologico*, Hans Dubois Editore, Bellinzona.
- Liebowitz, M. R. (1987), Social Phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*. Basel, Karger, vol. 22, pp. 141-173.
- Lisieur H., Blume S. (1987), The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A New Instrument for the Identification of Pathological Gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144(9): 1184.8.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981), Maslach Burnout Inventory--ES Form (MBI) [Database record], APA PsycTests.
- Picardi A., Bartone P.T. et al. (2012), Development and validation of the Italian version of the 15-item Dispositional Resilience Scale. *Rivista di Psichiatria* 47(3):231-237. .

- Treccani G., Gentile G. et al. (1955-1963) Lessico Universale Italiano - Enciclopedia Treccani Vol.VII, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, Roma.
- Zung W.W.K. (1965), A Self-Rating Depression Scale. *Archives Of General Psychiatry*, 12(1):63-70.

Sitografia

- Bartone, P. T. (2007), A short hardiness scale. Updated 2007' Paper presented at the American Psychological Society Annual Convention (first published 1995), New York - <https://www.hardiness-resilience.com/publication-downloads/>
- Caciccio L. (2018), Ansia sociale: la validazione italiana della Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)' <https://www.stateofmind.it/2018/12/lzas-italiana-ansia-sociale/>
- Castelnuovo G. (2020), Psicologia del coronavirus www.auxologico.it/approfondimenti/psicologia-coronavirus
- Ferini-Strambi L. (2020), Covid-19 e disturbi del sonno: come dormire bene durante la pandemia www.hsr.it/news/2020/aprile/coronavirus-come-dormire-bene
- Melli G. et all. (2015) Gruppo CEDAS, Centro di Eccellenza per i Disturbi d'Ansia Sociale. Firenze <http://www.ansia-sociale.it/>
- Pané G. H. (2020), Dossier Storica National Geographic online: Le grandi pandemie della storia www.storicang.it/a/le-grandi-pandemie-della-storia_14759/2
- Ranzato L. e Venturella E. (2003), Lezioni apprese e raccomandazioni in ambito di psicologia dell'emergenza: Linee di indirizzo [ww.psicologiperipopoli.it/Vision.html](http://www.psicologiperipopoli.it/Vision.html)

www.rivistadipsichiatria.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=112

- 8&id=12446
- Velotti P. (2020), 'Coronavirus Survey 2020'
www.ec.europa.eu/eusurvey/runner/coronavirusITA

Cinema/Movies

a cura di Tiziana Liverani

205

Desideri di individualità, di avere un ruolo nel mondo; ricerca di normalità, liberarsi del passato per trovare la serenità perduta, condivisione: sono le tematiche presenti nelle due pellicole che vi proponiamo in questo numero.

Julie protagonista di *La persona peggiore del mondo* è alla ricerca di stabilità affettiva e professionale che trova nella fotografia, nella possibilità di osservare il mondo con l'obiettivo della camera, da spettatore nell'attesa che si possa concretizzare una nuova possibilità di una rinnovata identità, un nuovo futuro.

Deacon in *Fino all'ultimo indizio* lotta con i fantasmi del passato, cercando nella collaborazione con il giovane collega la possibilità di espiare le proprie colpe passate, rendendo il suo contributo prezioso per le nuove generazioni.

Aspetti, sfaccettature, che rendono i protagonisti veri, autentici, con le proprie paure, ossessioni, desideri, voglia di crescere e misurarsi sempre con se stessi.

T.L.

LA PERSONA PEGGIORE DEL MONDO di Joachim Trier (2021)

Il film si compone di un prologo e di un epilogo. La suddivisione in capitoli sembra trascinarci tra le diverse fasi affrontate dalla protagonista, Julie, per raggiungere lo stato esistenziale illustrato nell'epilogo.

Il prologo sembra anticipare la costante insicurezza ed insoddisfazione della protagonista di fronte alle sue scelte, sia di

natura professionale che sentimentale. Si assiste ad una ricerca impulsiva da parte di Julie della propria vocazione professionale; cambia continuamente percorso universitario, dalla facoltà di medicina a quella di psicologia, infine decide di intraprendere un corso di fotografia per finire poi a lavorare in una libreria. La passione per la scrittura, che si dimostrerà essere anche un talento, non viene coltivata.

La persona peggiore del mondo vuole raccontare, attraverso la storia di Julie, le tipiche fasi esistenziali che sono comuni a molti trentenni di oggi, una generazione impegnata nella ricerca costante di un senso identitario e del proprio posto nel mondo.

Nonostante, durante il trascorrere dei vari capitoli, si possa avere la percezione che Julie sia alla ricerca disperata di stabilità a livello affettivo, si può notare come arrivi ad essere invariabilmente insoddisfatta in ogni relazione che intraprende. Sperimenta rapporti poco profondi e duraturi fino ad incontrare Aksel, con il quale inizia una relazione che sfocia nella convivenza. Aksel ha superato i quaranta, desidera mettere radici ed avere dei figli mentre Julie non ha lo stesso desiderio; la maternità non viene vissuta come una aspettativa sociale alla quale tendere. Queste differenti aspirazioni, riguardanti l'evoluzione della vita di coppia, rappresentano una distanza tra i partner e il preambolo di un allontanamento tra di loro dovuto soprattutto ad una sensazione di frustrazione vissuta da Julie. Infatti la lunga camminata di Julie sulle vie di Oslo sembra l'illustrazione di un momento di introspezione in cui lei appare visibilmente emozionata. La percezione che possiamo avere è quella di una persona che in un momento di riflessione sta facendo i conti con quello che è la sua vita, richiamando una sensazione di nostalgica mancanza di leggerezza accompagnata da insoddisfazione. Infatti, dopo aver provato attrazione verso uno sconosciuto incontrato in una festa di matrimonio in cui si è imbucata, e aver condiviso con questo estraneo aspetti intimi di sé, decide di lasciare Aksel ed inizia una relazione con quest'uomo, di nome Eivind. La relazione

con Eivind viene anticipata da una scena in cui Oslo con tutti i suoi abitanti si arresta per ventiquattrore, lasciando spazio alla passione travolgente degli amanti. Ma il terrore della staticità, il senso di inadeguatezza e di smarrimento conducono Julie a porre fine anche a questa relazione.

La ricerca disperata della propria identità si risolve parzialmente nell'epilogo, dove spinta da quella che sembrerebbe una sensazione di rassegnazione la protagonista sembra aver trovato una, seppur fragile, serenità nella professione di fotografa. La posizione del fotografo, come d'altronde la posizione che assume Julie di fronte alla sua vita, è quella di osservatore, di spettatore che attende l'opportunità di esplorare una nuova possibilità, talvolta in maniera egoistica e narcisistica, senza farsi troppe domande sulle conseguenze delle proprie scelte sull'altro da sé.

Claudia Pisetta

FINO ALL'ULTIMO INDIZIO di John Lee Hancock (2021)

Nella Los Angeles del 1990 lo sceriffo Joe Deacon è chiamato a raccogliere prove indiziarie su un caso nello stesso dipartimento, dove anni prima aveva prestato servizio. Inizia dunque una collaborazione tra Deacon e Jimmy Baxter, un giovane detective di successo, diverso da Deacon ma i due sembrano avere in comune l'ossessione per i casi su cui lavorano. Inizia dunque una collaborazione per la ricerca di un serial killer che uccide giovani donne, una sorta di sfida tra vecchio e nuovo modo di indagare.

Tutto appare semplice, ma improvvisamente la faccenda si complica. Deacon si trova coinvolto in una caccia al killer che sta

terrorizzando la città di Los Angeles e sembra che nessuno sia in grado di fermarlo.

Nella ricerca riemergono alcuni dettagli del suo passato, sepolti ormai da tempo. Riemergono legami che potrebbero coinvolgere Deacon, il quale decide di andare avanti, sia per risolvere il caso in questione ma soprattutto, per ciò che lo coinvolge personalmente in riferimento al suo passato, così da liberarsi definitivamente dei suoi fantasmi.

Da subito i sospetti si concentrano su Albert Sparma, che è una persona fisica, ma sembra rappresentare per Deacon, un fantasma come quello che lo tormenta da anni.

Sfuggente e inarrivabile, Sparma provoca Baxter al punto da farlo esplodere, mettendo in discussione la sua intera personalità, sia dal punto di vista personale che professionale, la qualcosa condurrà Baxter a compiere un gesto impulsivo e uccidere il sospettato con un colpo in testa, similmente a quanto aveva fatto Deacon in passato.

La storia dunque sembra ripetersi. L'errore di Deacon di aver ucciso una delle sopravvissute, nel caso seguito da lui diversi anni prima, era diventata la sua ossessione, portandolo a una spirale autodistruttiva.

Baxter sembra compiere lo stesso errore, vivendo le stesse conseguenze (nelle ultime scene appare dissociato dalla realtà) di Deacon.

E come accaduto al vecchio detective, anche lui avrà un collega che lo aiuterà a coprire le tracce dello sbaglio.

Stessi tormenti interiori, stesse ossessioni che i due si trovano a vivere in momenti diversi. Tormenti che a differenza del caso di Deacon, sono destinati a trovare pace.

Baxter cerca un fermaglio rosso in casa di Sparma, appartenuto alla ragazza assassinata e mancante nella scena del crimine, oggetto che potrebbe essere la prova definitiva della colpevolezza del sospettato. Nel finale del film gli viene recapitata una busta, da parte di Deacon, con dentro un fermaglio rosso.

Baxter a questo punto sembra rilassarsi. Qualche minuto più tardi seguendo le vicende di Deacon, lo spettatore viene a conoscenza della verità: non è il fermaglio rosso che il detective cercava, ma un comune fermaglio, acquistato dal vice sceriffo, spacciato come tale, un ultimo gesto da parte di Deacon per evitare che la nuova generazione non patisca le stesse sofferenze che la vecchia ha già sofferto. Quest'ultimo gesto, pacifica Deacon con la sua storia passata e con il tormento personale, che lo ha ossessionato per tutta la vita.

Tiziana Liverani

Libri/Books

a cura di Bernardino Foresi

210

“Negli ultimi due decenni gli importanti passi avanti compiuti nell’ambito della teoria dello sviluppo, dei processi affettivi nella psicoterapia, della neurobiologia interpersonale del trauma relazionale e della ricerca in psicoterapia hanno generato modelli più efficaci per il trattamento dei disturbi di personalità, precedentemente visti come “refrattari” alle cure” (Allan N. Schore). In particolare, la ricerca e la pratica clinica in questi ultimi anni, si è focalizzata sul trauma e sugli effetti del trauma sul corpo. Tra le tante pubblicazioni e i grandi clinici di fama internazionale che hanno trattato e approfondito questi aspetti, abbiamo scelto il libro di Clara Mucci, *Corpi Borderline*, pubblicato prima in lingua inglese dalla Norton & Company (dicembre 2018) e poi tradotto dalla stessa autrice in italiano per i tipi di Raffaello Cortina (gennaio 2020). La Mucci ci presenta un suo modello integrato e un suo modo personale di approccio, di analisi e di trattamento per questi “pazienti difficili”.

L’altro libro che presento è l’ultimo romanzo di Giuseppe Lago: *La linea spezzata dei sogni* (Robin Edizioni, dicembre 2021). Non nuovo a questi avvicendamenti tra psichiatria e letteratura, l’autore recupera, direi meglio “ricuce”, con il filo “rosso” della fantasia, la linea spezzata dei sogni... linea volutamente spezzata! (come il protagonista spiegherà alla sua misteriosa compagna di viaggio). L’autore recupera più di 20 anni di storia personale (il primo romanzo) e ci trasporta nel tempo e nello spazio, tra presente e passato, tra sogno e realtà, in una storia attuale di due giovani dottorandi che si interseca con quella vissuta da un marinaio

veneziano ai tempi delle prime navigazioni sulle caravelle (prima di Colombo). E' un libro (anzi due in uno) che fa a pezzi i sogni solo per poterli vivere meglio nella realtà... Assicuro che il piacere della lettura è stato reale!

Corpi borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità.

211

Mucci Clara

Raffaello Cortina, Milano 2020; pag. 407.

In questo libro Clara Mucci raccoglie anni di lavoro, di ricerca e di clinica sui disturbi di personalità, in particolare sul disturbo borderline, leggendo quest'ultimo attraverso gli affetti del corpo e gli effetti sul corpo, e "gettando una luce sulla psicopatologia della loro mente inconscia e sulla psicofisiologia dello stress del corpo borderline", come dice Allan Schore nella prefazione all'edizione italiana ("*Borderline bodies*" è uscito prima in inglese poi in italiano). E non è un caso che sia proprio Schore a presentare questo volume, visto che la Mucci è stata sua allieva e stretta collaboratrice, tanto che il lavoro di Schore viene continuamente richiamato a sostegno dell'eziopatogenesi dei disturbi di personalità. Ma non è solo Schore a costituire il fondamento teorico teorico e clinico di riferimento per lavorare con questi "pazienti difficili": il modello di riferimento costante sarà anche agli assunti di altri due eminenti clinici di cui è stata allieva, quali Otto Kernberg, Peter Fonagy, nonché alla rivalutazione del pensiero e della prassi di Sandor Ferenczi.

Il corpo è il primo tramite essenziale nella relazione sé-altro. E il border attacca il corpo, ma anche il sé e l'altro. Per Otto Kernberg determinando la "diffusione dell'identità", primo elemento per fare diagnosi di organizzazione borderline di

personalità. La fondamentale espressione clinica del borderline risiede nelle difficoltà di relazione, ma anche nelle disregolazioni dello stress nel corpo, secondo Schore. Il “corpo” per l’autrice, è anche “il depositario delle trasmissioni intergenerazionali che sono responsabili di una specie di innesto traumatico derivato dal trauma relazionale infantile e della conseguente disregolazione affettiva” (p. X), in linea con quanto sostiene Schore sul principio ontogenetico della psiconeuropatogenesi, per cui è il trauma relazionale infantile a influenzare direttamente e disregolare i sistemi corticali-subcorticali lateralizzati dell’emisfero destro ancora in via di sviluppo. Secondo Schore la maturazione dall’ambiente dell’emisfero destro comincia ancor prima della nascita, negli scambi di cortisolo tra la placenta materna e il feto nell’utero. Fondamentali, però, risultano per la Mucci i primi due anni di vita, in cui i traumi relazionali, come l’abuso e la trascuratezza, influenzano direttamente i comportamenti di attaccamento, così come viene influenzata direttamente l’innervazione dei sistemi regolatori dello stress. Nella interazione tra caregiver e bambino le esperienze di sintonizzazione, o la mancata sintonizzazione, danno forma al potenziale genetico del bambino e quindi agiscono come regolatore, o disregolatore, dei sistemi biologici e psicobiologici.

Schore sostiene che i cambiamenti postnatali nella programmazione epigenetica del corpo-mente-emisfero destro del bambino sono strettamente legati al comportamento della madre e che lo stress dell’ambiente intorno al bambino induce modificazioni epigenetiche nel piccolo. In caso di abusi e traumi, la trasmissione intergenerazionale del trauma rimane iscritta nel corpo del bambino, come pure nella sua mente. Ma è primariamente il corpo, secondo la Mucci, a rimanere il protagonista nei disturbi di personalità, diventando il luogo dove gli affetti non riconosciuti e alienati (il sé alieno) vengono evacuati, producendo forme di autopersecuzione e autoabuso, che

non sono altro che “modi di esternalizzare gli affetti negativi proiettati sul corpo” (p. XIII).

Una precisazione della Mucci, nel primo capitolo, è quella della distinzione dei vari livelli di trauma relazionale infantile: il primo livello è quello del trauma “per mano umana”, cioè quello dovuto alla cattiva sintonizzazione tra madre e bambino (o tra caregiver e bambino); il secondo livello di traumatizzazione è dovuto a maltrattamento, abuso, incesto e *neglet* in generale; vengono esclusi, in un primo momento, i traumi sociali massivi (come eccidi, sterminio, genocidio) e le catastrofi naturali (come terremoti, tsunami, o altre calamità naturali), anche se, in questi casi, i disturbi si possono presentare nelle generazioni successive (terzo livello di traumatizzazione). Nel presentare il proprio modello di patogenesi l'autrice si avvale anche di vignette cliniche, per sintetizzare l'organizzazione borderline di personalità, i tre livelli di traumatizzazione interpersonale, le funzioni degli emisferi destro e sinistro, come viaggiano le informazioni nel cervello e così via, fino ai correlati neurologici dello sguardo materno e al modello eziologico dei disturbi di personalità, per finire con il quadro riassuntivo dell'organizzazione borderline di personalità (Green, Mucci, Schore, Ferenczi, Kernberg). Più precoce è il trauma relazionale, più gravi sono gli effetti a lungo termine sulla personalità: dal disturbo antisociale a quello borderline e narcisistico che si sviluppano da deficit e traumi che hanno avuto luogo in periodi successivi.

Il trattamento

Il modello di trattamento psicodinamico, nei disturbi gravi di personalità, non può non partire dalla centralità del corpo, leggendo la sintomatologia del sé somatico come una traccia nel ricostruire le relazioni precoci traumatiche inscritte nel corpo, in particolare nelle strutture di regolazione del cervello. Nel caso del borderline, la ricostruzione dell'origine della disregolazione, il

comportamento distruttivo e le rappresentazioni negative di sé e dell'altro, sono i punti di partenza del trattamento; la fase iniziale del lavoro consiste nello stabilire un sistema di comunicazione e di regolazione degli affetti all'interno della alleanza terapeutica. Gli scambi peculiari che avvengono tra paziente borderline e terapeuta, sono spiegati dalla Mucci, come *“ripetizione delle modalità di funzionamento dell'emisfero destro, dovuta alle dissociazioni e alle traumatizzazioni relazionali causate dal trauma relazionale con o senza abuso e maltrattamento o deprivazione”* (p. 75). Questo scambio porta ad un *“rispecchiamento affettivo”* degli stati dolorosi non riconosciuti, dissociati o repressi (o comunque relegati) nelle profondità del corpo, ma che alla fine devono essere regolati e arrivare in superficie nella piena consapevolezza del paziente.

Man mano che il trattamento procede la mente del paziente si sposta dalle memorie inconse, incarnate e implicite, alle memorie coscienti, cioè verso la verbalizzazione: ciò facilita il passaggio dall'emisfero destro a quello sinistro, fino ad una ottimale integrazione di entrambi. *“La psicoterapia funzionerà sulla base delle iscrizioni implicite, corporee, le tracce di rappresentazioni internalizzate di relazioni passate, a cominciare dalle tracce sedimentate dall'attaccamento”* (p. 101). Avvertendoci che i pazienti più gravi, come i borderline, *“metteranno in atto una corrente di affetti instabili e violenti che sono per lo più inconsci, nel senso che non possono essere controllati a livello corticale ed equilibrati. Qualsiasi occasione nei limiti del setting terapeutico riattiverà una continua tempesta di acting out (fuori la seduta) e di enactment (dentro la seduta) che, da una parte permetteranno la ripetizione di ciò che non è stato dominato e compreso consapevolmente, dall'altra saranno l'oggetto dell'esplorazione e del continuo processo dialogico mentale e corporeo dell'incontro terapeutico”* (idem). E' quindi il processo che guida il contenuto: il contenuto da solo, come pure l'interpretazione da sola, non possono influenzare il processo. D'accordo con la Mucci su come

debba funzionare la psicoterapia, in particolare nel trattamento del borderline, ma è lei stessa a vederne un limite nel “linguaggio”, inteso come processo relazionale in cui “l’abreazione” (in senso freudiano), la mera purificazione degli affetti “non è abbastanza” (come Ferenczi affermava già nel 1932): *“quello che serve – conclude Mucci - è un reale cambiamento della reiscrizione delle rappresentazioni implicite interiorizzate”* (p. 102).

Ma è con la presentazione dei casi clinici che l’autrice mette in pratica gli assunti teorici della terapia e approfondisce il livello di comprensione e di trattamento dei “corpi borderline”.

215

I casi clinici

Nella presentazione dei casi clinici, l’autrice si avvale di una originale nosologia fornendo una “carta diagnostica” per ciascun disturbo; tale carta definisce una griglia composta da tre assi verticali e due orizzontali: l’asse verticale 1 riguarda l’attaccamento e il trauma intergenerazionale; l’asse verticale 2 riguarda i disturbi di personalità; l’asse verticale 3 riguarda gli attacchi al corpo; l’asse orizzontale 1 riguarda i sogni; l’asse orizzontale 2 riguarda la sessualità e il genere.

Nel primo caso clinico presentato (Ariadna, una giovane donna che avverte un senso di “non esistenza” e non sente il corpo “dal petto in giù”) la terapeuta descrive gli effetti sul sistema corpo-mente-cervello del disturbo isterico di personalità, in cui vi è un trauma relazionale infantile, ma non violenza, maltrattamento o incesto. Un appropriato *mirroring* e una terapia interpersonale sintonizzata facilitano la reintegrazione delle parti corporee disconnesse. Un certo grado di ripetizione delle difficoltà emotive della paziente viene riattivato nelle sedute, così che possa essere regolato grazie ad una esperienza emotiva riparatrice (la ben nota “esperienza emotiva correttiva”). E’ stato fondamentale per la terapeuta risuonare emotivamente con la storia di deprivazione affettiva della paziente e quindi aiutarla a riconoscere verbalmente le parti di sé deprivate ed evacuate nel corpo. E’ quello che

auspicava Ferenczi fin dal 1932: la necessità di rendere la terapia una “forma di testimonianza” del terapeuta per le esperienze di vita del paziente, grazie ad una presenza impegnata, benevola, completa: quello che ora la Mucci chiama *embodied witnessing* (“testimonianza incarnata”). Per poterla praticare con successo è necessario che il terapeuta abbia consapevolezza di quali livelli si attivano nel corpo-mente-cervello di entrambi, per cui è necessaria una lunga formazione personale del terapeuta. Questo caso ha permesso anche la differenziazione tra sintomi di conversione e disturbi psicosomatici: i primi sono possibili in una struttura nevrotica, in cui c’è possibilità di simbolizzazione; nei secondi, presenti in strutture di personalità più gravi, tale possibilità è fortemente ridotta (o inesistente).

Il secondo caso presentato (Bertha, una studentessa universitaria omosessuale, con disturbo borderline e tratti narcisistici ad alto funzionamento) permette alla terapeuta di affrontare un disturbo grave di personalità che presenta difficoltà nella definizione di genere e dell’identità sessuale. Il corpo reca le tracce dell’accettazione o del rifiuto di noi stessi da parte dei caregiver nelle prime relazioni, sia nell’accettazione del proprio sesso che del genere, allineandosi alle richieste culturali e famigliari. Bertha sembra rassicurarsi sulla propria omosessualità considerandola di origine genetica. La ricostruzione della storia di Bertha e della sua crescita in famiglia, dà modo alla terapeuta di individuare i passaggi che hanno portato la paziente ad identificarsi con la posizione della vittima, in un rovesciamento dei ruoli tradizionali di maschile e femminile. Sul tema dell’identità sessuale, la Mucci esprime chiaramente la sua posizione: *“E’ evidente che per me le posizioni di potere precedono le posizioni sessuali biologiche”*, cioè che l’essere maschile o femminile non è tanto dovuto agli aspetti biologici del nostro corpo, ma a *“ben precisi ruoli culturali legati a posizioni di potere sancite socialmente”* (p. 148). Sulla preminenza delle “posizioni di potere” rispetto all’identità sessuale, l’autrice sarà

ancora più esplicita nel capitolo finale (Ipocondria, tratti sociali e perversioni) quando conclude, rispetto alla violenza, umiliazione o sottomissione nelle coppie omosessuali, che *“la struttura del potere è preminente e precede la differenziazione del genere, e il corpo si inserisce dentro le sue forze, dichiarando e rendendo chiara la struttura potenzialmente distruttiva e disumanizzante e potenzialmente mortifera della cultura”* (p. 349). Con Bertha la terapeuta ha dovuto affrontare anche il disturbo alimentare (anoressia e bulimia) e l’autolesionismo (tagli). Sembra sia un senso di scarso controllo sulla propria vita (e sul proprio corpo!) che porta questi soggetti a “violentare” il loro corpo con il vomito per cercare di ripulirsi da un senso di schifo e di vergogna che li attanaglia; nel taglio manifestano la rabbia o sentimenti di abbandono e perdita, oppure si tratta solo di rendere visibile quanto è solo all’interno, di “farsi vedere”: “più mi taglio, più rappresento la mia presenza dolorosa all’altro, più esisto”. La terapeuta considera i comportamenti autolesivi *“forme di regolazione affettiva che includono meccanismi di ripetizione della violenza esperita dal soggetto nel passato in una relazione con un altro, in un meccanismo di identificazione con l’aggressore, per cui la violenza è ora inflitta al proprio corpo che si libera momentaneamente della sofferenza (con la produzione di oppioidi endogeni causati dall’atto)”* (p. 179).

Il terzo caso è quello di Dorothy, una ragazza con grave disturbo borderline (con abuso di alcol e altre droghe, automutilazione, promiscuità sessuale, distimia) e disregolazione affettiva (aggressività e impulsività, shopping compulsivo, oscillazione dell’umore, senso di vuoto). La terapeuta ce ne offre un inquadramento diagnostico, attraverso la griglia degli assi verticali e orizzontali, quanto mai approfondito e prezioso per la comprensione della struttura dissociativa che caratterizza la paziente, *“essendo la dissociazione uno dei principali esiti dell’attaccamento traumatico e dell’abuso”*. Dorothy presenta traumi cumulativi di lunga durata, sia di primo che di secondo

livello, tanto da farla rientrare nel “trauma complesso” (o “Complex PTSD”, come riconosciuto dal PDM-2): come conseguenza di ripetuto maltrattamento e abuso, il futuro “borderline proper” (propriamente detto), adatta il suo comportamento all’ambiente, instaurando una permanente distorsione cognitiva e affettiva e una torsione nella personalità. Il desiderio di fare del male a se stessi è collegato a quello che, sempre Ferenczi, aveva chiamato “identificazione con un aggressore interno”. In presenza di una “scissione di personalità post traumatica” lo scopo della terapia è quello di riunire le parti divise, eliminando questa scissione. Il lavoro terapeutico con Dorothy sembra andare nella direzione auspicata dalla terapeuta e condivisa dalla paziente, fino a quando non arriva una crisi dissociativa e un *enactement* in seduta: solo la risposta empatica, la calma e il contenimento lenitivo della terapeuta ha permesso alla paziente di “rientrare in sé” e di poter continuare la terapia. L’esperienza è stata “totalizzante” anche per la terapeuta: *“Automaticamente, come farebbe un caregiver con un bambino terrorizzato, mi sono presa cura di lei avvicinandomi con il corpo e usando tutti i mezzi della comunicazione non verbale, i toni prosodici della voce e le espressioni del viso. Ho accettato dentro di me e ricevuto l’affetto negativo che l’attraversava contenendolo attraverso i gesti corporei e le parole dolci, da sintonizzazione da emisfero destro: non le ho dato subito un’interpretazione, ma una resa simbolica e un equivalente corporeo di ciò che sentiva – un caldo “bestiale” e incomprensibile, una presenza intrusiva irrazionale”* (p. 198).

A sostegno dell’azione terapeutica, in questo caso come nei precedenti, c’è da sottolineare come la terapeuta abbia sempre preso in considerazione l’aspetto più inconscio delle pazienti, ossia quello espresso nei sogni. Anche gli incubi possono essere visti come elaborazione inconscia di materiale traumatico, o come ripetizioni inconscie di elementi dissociati, riattualizzati dall’azione terapeutica. Per la Mucci, i sogni sono da considerarsi “come

l'inizio o la prima espressione di una attività di verbalizzazione di ciò che fino a quel momento era *protomentale* o, per usare la terminologia di Wilma Bucci, pre-simbolico o da considerarsi come sub-simbolico non verbale, un vero elemento di comunicazione tra i due emisferi o tra ciò che il corpo ha contenuto in forma dissociata e non verbalizzata fino a quel momento" (p. 193, corsivo mio). Il sogno, in questi casi, viene visto come una prima forma di verbalizzazione e integrazione nella direzione della coscienza e di ciò che fino allora era materiale implicito (o "inconscio non rimosso" nel senso di M. Mancia) di memorie traumatiche precoci.

Quando è il momento giusto per una interpretazione con un paziente borderline? Difficile rispondere, ma si può definire quando non è il caso di dare l'interpretazione: quando è troppo presto, nel senso che il paziente non può farla propria e usarla a proprio beneficio, quando è una sorta di intellettualizzazione e può, anzi, rafforzare le difese. La Mucci ricorre allo stato dell'amigdala: *"Il momento giusto per dare una interpretazione è quando l'amigdala è maggiormente regolata, cosicché l'intervento attraverso le parole e le emozioni e l'empatia può essere integrato attraverso i circuiti corticolimbici"* (p. 202).

Disturbo narcisistico di personalità

Al disturbo narcisistico di personalità è dedicato il cap.VII. Perché la patologia narcisistica è diventata così diffusa? In un'epoca come la nostra dove la "cultura del narcisismo" si è imposta a cominciare dagli anni '70 del secolo scorso e "l'invasione sociale del sé" è diventato l'unico modello di riferimento, non c'è da meravigliarsi se i disturbi di personalità siano molto diffusi e che il 30% dei più gravi abbiano a che fare con il disturbo narcisistico di personalità. Tuttavia il costrutto operativo di narcisismo, ai fini diagnostici e di ricerca, ha rischiato di essere cancellato dal DSM-5, a causa della difficoltà di giungere ad una chiara e comune intesa sulla sua definizione. La

soluzione è stata quella di mantenere le categorie delle versioni precedenti ma di aggiungere la “sezione III”, andando verso una diagnosi multidimensionale. Nel riportare le posizioni più note sulla patogenesi del narcisismo (da Kernberg a Kohut, da Schore a McCarty) la Mucci riduce a due i diversi tipi di narcisismo: uno, caratterizzato da vulnerabilità e ipersensibilità verso se stesso; l’altro, principalmente da grandiosità e modalità esibizionistiche, tenendo però conto della differenziazione, operata da Rosenfeld, tra un narcisismo “a pelle spessa” e uno “a pelle sottile”, nonché quella tra narcisismo “covert” (come nel caso di Bertha) e “overt” (come inteso da Cooper).

Per quanto riguarda la diagnosi, il disturbo di personalità narcisistico viene inquadrato secondo lo spettro di gravità indicato da Kernberg, con la precisazione che ciò che Kernberg intende per “temperamento innato”, costituisce per la Mucci *“qualcosa che si forma epigeneticamente, sulla base della neurobiologia interpersonale, a partire dall’utero (se non dal concepimento), attraverso impercettibili scambi tra madre e feto, persino all’interno della placenta”* (p. 216). Su questo supportata da Schore che, sulla base di una approfondita ricerca interdisciplinare, mette in evidenza come il temperamento sia un fattore “modellato epigeneticamente”: come per gli altri disturbi di personalità, il meccanismo epigenetico del narcisismo deriva dalle interazioni tra caregiver e bambino.

Nell’eziopatogenesi del narcisismo bisogna distinguere tra “rimozione” e “dissociazione”: in contrasto con Fairbairn, che parla di rimozione, per la Mucci, la base neurobiologica che sostiene il narcisismo è la dissociazione. La disregolazione degli affetti nel disturbo narcisistico viene, ancora una volta, ricondotta al modello neuroscientifico di sviluppo di Schore (dal disturbo più grave, l’antisociale, al borderline, al narcisista). Per la mancanza di empatia, caratteristica del narcisista, la spiegazione viene dalle ridotte capacità di mentalizzazione: *“il che significa che una buona regolazione orbitofrontale è necessaria per lo sviluppo*

maturò dell'empatia; il deficit di regolazione orbitofrontale è precisamente la causa maggiore di carenza emozionale e cognitiva in tutti i disturbi di personalità" (p. 227). La limitata capacità di relazione oggettuale potrebbe spiegare la presenza di tratti ipocondriaci nel narcisista: l'ipocondria può essere intesa come il livello estremo della relazione del narcisista con il proprio corpo, che è diventato l'unico oggetto (e la relazione con questo oggetto è utilizzata per sciogliere tensioni, angosce e tendenze distruttive). Viene presentato, a questo punto, il caso di Andrea, il cui crollo psicofisico aveva assunto i tratti di una sindrome ipocondriaca.

Nella terapia il ruolo del terapeuta è essenziale: la diade messa in atto nella relazione (di solito vittima-persecutore) costituisce la ripetizione del mondo interno e degli oggetti interiorizzati dal paziente narcisista. Le diadi saranno ripetute con un transfert predominante, ma con un costante scambio di ruoli. La capacità del terapeuta di riconoscere ed empatizzare con queste dinamiche è fondamentale per segnalare al paziente le parti di sé identificate con l'aggressore, e talvolta, con la vittima.

Segue un capitolo sulle tendenze suicidarie in pazienti borderline e narcisisti e sul difficile lavoro del terapeuta nel contenere e rispondere alle minacce di tali pazienti. Come esempio di patologia e di trattamento viene presentato il caso di Fabian. Al di là del singolo caso, la motivazione dell'ideazione suicidaria va cercata nella rete delle connessioni tra gli eventi del passato e il presente: solo in questa rete si può cogliere il vero significato del gesto suicidario. Nella pratica clinica, il terapeuta sarà più utile al potenziale suicida se cercherà solo di capirlo e di analizzare le ragioni che sottendono il gesto, piuttosto che cercare di salvarlo a tutti i costi. Capire che si tratta di un attacco quasi paranoide (psicotico) al proprio corpo, visto come un nemico, un persecutore, per cui morire vuol dire liberarsi di questo corpo estraneo-persecutorio, anche a costo della vita. E' chiaro, per

l'autrice, che *“gli attacchi al corpo sono tracce di esperienze precoci con chi doveva al contrario proteggere e nutrire”* (p. 285).

Nel prendere in esame i disturbi psicosomatici dello spettro narcisistico (cap. IX) bisogna considerare i sintomi come peculiari espressioni degli affetti che hanno superato la soglia dello stress grave e pertanto si esprimono in una forma di disregolazione neurobiologica che attacca il soma, con malattie del metabolismo o del sistema immunitario, o turbando la regolarità del sonno, digestione, battito cardiaco, pressione sanguigna, ecc. Ciò accade come risultato di uno stress cronico emotivo che danneggia i tessuti o colpisce gli organi bersaglio (quelli che già presentavano una vulnerabilità o familiarità). L'origine traumatica di questi disturbi è stata chiarita da Henry Krystal, in particolare con il suo lavoro sui sopravvissuti alla Shoah, mentre Joyce McDougall vede in questi pazienti soprattutto una difficoltà nella relazione con la madre, ma nessun di queste due spiegazioni riconosce il ruolo centrale del trauma e della dissociazione nella formazione della malattia psicosomatica e la sua derivazione da elementi traumatici interpersonali o perfino intergenerazionali.

Dalla letteratura esistente e dalle osservazioni personali, l'autrice propone che il trauma relazionale infantile e le successive traumatizzazioni portino ad avere problemi nel processare affetti ed emozioni e siano pertanto la vera causa del disturbo di conversione e delle psicosomatizzazioni. Si tratta quindi di un'eziopatogenesi traumatica intersoggettiva in entrambi gli ambiti (somatizzazioni e disturbi di conversione) e non più di conflitti intrapsichici, come sosteneva la psicoanalisi. Perciò non serve l'interpretazione del conflitto interno, ma, come negli altri disturbi di personalità, la riparazione può avvenire solo attraverso i cambiamenti impliciti del “qui e ora” della terapia, tra i due soggetti della relazione terapeutica. I livelli interpretativi possono essere raggiunti come conseguenza del lavoro relazionale e affettivo fatto soprattutto in modo implicito, non verbale (rispecchiamento del cervello destro) nella fase iniziale della

terapia. Per i disturbi psicosomatici lo sforzo del terapeuta è diretto a rintracciare, nella particolare storia personale del paziente, il deficit che ha portato a manifestare quei sintomi, con lo scopo di “alleggerire” la struttura del disturbo grave di personalità (borderline) e portarla ad una struttura meno grave (nevrotica).

Anche per il disturbo psicosomatico in personalità narcisistica viene presentato un caso clinico, quello di Elisabeth. Oltre alla diagnosi di disturbo di personalità (struttura narcisistica) Elisabeth presenta gravi tratti masochistici (masochismo morale), alessitimia e gravi sintomi psicosomatici. La particolarità di Elisabeth, pur nella gravità del disturbo, è quella di continuare a sognare, a portare sogni nelle sedute. Per la Mucci, la capacità di sognare è direttamente proporzionale alla capacità di sentire, di esprimere e verbalizzare i sentimenti, quindi inversamente proporzionale all'alessitimia. Elisabeth, non riuscendo ad esprimere le emozioni, avrebbe dovuto avere difficoltà a sognare, invece sogna spesso, con molti sogni durante la notte: sogni in cui si perdeva in infiniti e tortuosi corridoi, sogni in cui doveva pulire e ripulire locali, vestiti, sogni in cui sembrava dovesse purificarsi da un passato in qualche modo inquinato, sporco, persecutorio.

Pur concordando con Green che i sogni nei casi limite (spettro borderline) siano modi di “rappresentare l'attualizzazione di esperienze traumatiche” e che abbiano una funzione puramente evacuatoria, la Mucci non ritiene affatto che, in questo caso, l'analisi dei sogni sia “improduttiva”, anzi, *“i sogni in pazienti gravemente traumatizzati sono un prezioso strumento verso l'elaborazione del materiale traumatico e il segno di un progresso o una fase intermedia verso la possibile simbolizzazione e verbalizzazione”* (p. 304). Questa valorizzazione del sogno, nella psicoterapia con pazienti traumatizzati, mi sembra del tutto sovrapponibile alla concettualizzazione del sogno come un

“processo di secondo ordine” (Lago, 2016)⁵⁸, in quanto riesce a rappresentare il *protomentale* (elementi emotivi non mentalizzati) con un livello mentale più evoluto, come il pensiero inconscio.

Seguendo il pensiero della Mucci, i sogni, nei soggetti vittime di traumi, permettono una riconnessione tra memorie esplicite e memorie implicite, poiché le memorie precoci (fino ai due anni) non possono essere codificate dall'ippocampo come memorie esplicite, ma rimangono come tracce mnesiche corporee (“memorie incarnate”) pronte a essere rivissute attraverso le emozioni del sogno. E quindi possono essere elaborate, nel corso della psicoterapia, se il terapeuta funziona come un testimone che facilita questa riconnessione, o come un intermediario per la prima formazione di un oggetto interno buono, che porterà poi a simbolizzare e verbalizzare le memorie inconse.

Dopo un paio d'anni di terapia, Elisabeth torna a sognare la madre: questa volta è la madre che viene a trovare lei, ancora in convento (come avrebbe tanto desiderato quando era lì). La madre è incinta e prendendo la mano della figlia la appoggia sul grembo, dicendole: “Tu ti prenderai cura del bambino, farai tu da madre al bambino”. Elisabeth sente che è lei ad essere rinata, rigenerata dalla madre e dal sogno, e dalla terapia (dice lei).

Sul tema dell'alessitimia e delle somatizzazioni (usate in modo intercambiabile) Mucci individua un deficit di simbolizzazione (blocco della mentalizzazione?) dovuto alla difettosa formazione oggettuale, a sua volta prodotta da inadeguati scambi interpersonali tra caregiver e bambino, “*cosicché manca l'organizzazione delle funzioni superiori che connettono il sistema limbico e il controllo orbitofrontale, la quale consente lo sviluppo delle qualità superiori che sono privilegio degli umani, in condizioni ottimali di accadimento*” (p. 319).

⁵⁸Lago G. (2016), *Compendio di psicoterapia. Per una psicoterapia senza aggettivi*, Franco Angeli, Milano.

Il cap. X, l'ultimo, tratta dell'ipocondria, dei tratti antisociali e delle perversioni. Ad illustrare queste patologie, vengono presentati due casi di disturbo narcisistico: il caso di John (con sintomi somatici e ipocondria) e quello di Tom (con aree di morte psichica, alessitimia e perversione masochistica).

Ma penso di aver detto abbastanza di questo libro: più che una lettura ne ho fatto uno studio (per l'interesse delle tematiche) e ho cercato di presentarlo, anzi, di "raccontarlo" ai lettori in questo numero della rivista. Lascio volutamente senza commento l'ultimo capitolo, come invito a leggere direttamente dal libro, con le parole, il metodo, i tanti riferimenti e l'esperienza clinica che Clara Mucci è riuscita a trasmettere con la sua scrittura, a vantaggio di chi si occupa dei "corpi borderline".

Bernardino Foresi

La linea spezzata dei sogni

Lago Giuseppe

Robin Edizioni, Torino 2021; 272 pag.

"Guido si svegliò da un sogno madido di sudore": è l'incipit di questo romanzo (il secondo) di Giuseppe Lago. Il ritorno alla realtà dopo aver sognato, anzi, mentre si sta ancora sognando. Il recupero cosciente delle immagini del sogno e delle sensazioni corporee vissute nel sogno. Guido si sveglia, ritrova se stesso e il rapporto con la realtà... Non come Gregor Samsa, che, pur svegliandosi, non esce dal sogno, convinto di essersi trasformato "in un enorme insetto"⁵⁹. Guido Ares si sveglia, magari sudato, ma

⁵⁹Franz Kafka (1915), *Die Verwandlung und andere Erzählungen*, Kurt Wolf, Lipsia. Tr. it., *La metamorfosi*, Garzanti (i grandi libri, 68), Milano, 1980, p. 21.

distingue subito il sogno dalla realtà, anzi cerca di dare un senso a quelle strane immagini che ora ricorda, anche se un po' sfumate, trovando, nell'ultima, il motivo del suo risveglio improvviso. Non solo, trova anche il perché di quelle immagini, un nesso con la sua vita diurna: le tante ore passate a studiare la storia delle caravelle e delle navigazioni precolombiane. *“Guido Ares si fidava molto delle sue intuizioni. Da quando faceva il ricercatore di storia, ossia da cinque anni, si era abituato a trovare un nesso tra ciò che studiava e le immagini oniriche che il sonno gli regalava senza sosta”*. E' il primo nesso tra inconscio e coscienza, tra l'attività diurna e il mondo dei sogni, tra presente e passato, tra la sua storia personale e quella degli uomini ... Guido Ares ritrova tutta la sua realtà: un trentenne che sta preparando la tesi di dottorato in Storia Moderna all'Università, dove da qualche mese ha conosciuto Anna, quasi coetanea, anche lei appassionata di storia, nello specifico, di quella medievale. Si sono subito trovati e innamorati. *“Stare con Anna, per lui che amava così tanto la storia dei viaggi in mare, era come imbarcarsi e vivere in contatto con le onde e le correnti, in un continuum che non permetteva di accorgersi del tempo passato”*. Anche se da una decina di giorni il loro rapporto si è incrinato ...

Arriva la telefonata di Anna, che vuole “ricucire” il rapporto con Guido, ma Guido ha bisogno ancora di tempo e poi deve studiare, finire la tesi. Anche la loro storia personale, la loro storia d'amore, si nutre, si intreccia, si sovrappone non solo alla storia del passato, ma anche alla cultura e all'arte, in un meraviglioso andirivieni tra presente e passato. Nonostante le richieste di Anna, Guido non se la sente ancora di tornare con lei... Adesso deve partire per Lisbona, per le sue ricerche di storia sulla navigazione in Portogallo nel periodo di Enrico il Navigatore...

Sul volo verso Lisbona, un incontro “casuale” sull'aereo, porta Guido ad avere tra le mani un manoscritto del '400, che non può fare a meno di cominciare a leggere: “Sogno 1”: un tuffo nel passato – personale e storico – dove un giovane marinaio

veneziano, Marin Rosso, si imbarca, nel giorno del suo ventesimo compleanno, su una delle due galee in rotta verso ponente. Ma che cos'è? Chi l'ha scritto? E come mai è arrivato proprio a lui?... Nella realtà è l'inizio del primo romanzo di Giuseppe Lago ("Sogni da navigare", Fermenti, Roma 1999) ma recuperato in questo modo, riattualizzato in una storia d'amore e di ricerca storica dei nostri giorni... non importa più sapere chi l'ha scritto e da dove viene: diventa il racconto di un sogno. L'autore del manoscritto lo scopriremo solo alla fine della "linea spezzata dei sogni". Dopo oltre 20 anni, il tempo e la navigazione hanno portato l'autore ad una nuova consapevolezza del sogno e del sognare, ad un nuovo utilizzo del sogno, non più solo materiale inconscio da interpretare, ma materiale inconscio che emerge dalle nostre esperienze di vita e strumento per arricchirla e viverla ancora più intensamente... se però si ha coraggio di fare quello che Guido fa con Alice (la misteriosa, affascinante donna incontrata sull'aereo): *"con te spezzo i sogni... li tolgo dal luogo fantastico dove nascono e li scaravento per terra...spezzandoli ma facendoli vivere, come la vita spezza tutti i nostri progetti... da un momento all'altro... senza preavviso"*. Materiale onirico che deve essere spezzato, più che interpretato, come la vita fa con i nostri progetti. Sembra una visione senza via d'uscita... ma:

«Dobbiamo rialzarci e camminare... credo» iniziò a dire Alice.

«Ancor di più... dobbiamo continuare a sognare senza aver paura che la linea dei sogni sembri spezzata» precisò Guido...

Poteva essere un buon finale (infatti è nella "Conclusione 1"), ma Lago ci regala un ultimo picco, nella sua linea spezzata: la "Conclusione 2", che riguarda gli ultimi anni di vita di Marin Rosso, il protagonista dell'antico manoscritto, che ormai invecchiato, ha raggiunto figlio e moglie ad Amalfi, ospiti in una sontuosa dimora; potrebbe riposare e godersi un po' di pace dopo tante disavventure, ma come per tutti gli uomini di mare (a

cominciare da Ulisse) *“sentiva il richiamo della navigazione in alto mare e della sorpresa piacevole di un nuovo approdo”*. E ripensava ad Elisa, il suo grande amore, e all’infinità di miglia che lo separavano da lei, ora regina delle Isole del Mare (Azzorre). Con la voglia di rivivere quello che aveva già sperimentato: *“E si proiettava ad Ovest, ancora una volta, nel mare oceano, che grazie alle caravelle molti in quel periodo si proponevano di navigare, correndo il rischio di spezzare i propri sogni, come aveva fatto lui, percorrendo nuove rotte, nuovi mondi, nuove vie”*.

La linea spezzata dei sogni ci porta lontano, un tempo su una caravella, oggi a bordo di un aereo, ma sempre sulle ali della fantasia dell’autore, fantasia inconscia e pensiero cosciente insieme: la bellezza della scrittura, la sorpresa dell’intreccio magico delle storie, dei personaggi, delle vicende storiche e di quelle solo immaginate: la linea spezzata dei sogni è come quella della vita reale, con gli alti e i bassi, con le separazioni e il ritrovarsi, con l’amore e il dolore, la condivisione e la solitudine, con il senso del tempo e della vita che Marin Rosso ci regala prima di andarsene di nuovo: *“La ruota del tempo gira incessante come quella di un mulino di fiume, che porta con sé parte del flusso nelle pale per poi farlo cadere, dopo averlo innalzato un momento. Quanto a me, non ho fretta di arrivare alla foce ma non rimpiango il percorso antico del mio fiume. Qualcosa mi dice che altre acque, altre turbolenze mi aspettano e tengo stretta la pagaia e allontano il mio legno dalla roccia aguzza.”*

Un saluto a Marin Rosso. Un grazie a Giuseppe Lago per aver scritto e raccontato (forse anche un po’ sognato?) questa storia, e aver ricucito 20 e più anni di storia. E un invito a tutti a leggerla e gustarla.

Congressi/Congres Report

a cura di Valentina Battisti

Convegno “*Malattie Infiammatorie croniche intestinali 2022: Approccio Multidisciplinare*”

229

Roma 09 Aprile 2022 – Aula Anfiteatro Policlinico Tor Vergata.

Ha avuto luogo l’interessante evento in oggetto, accreditato ECM, organizzato dall’associazione AMICILazio onlus (Associazione Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali, www.amicilazio.org), che si è avvalso per la prima volta del contributo di psicoterapeuti **IRPPI** (Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata), in un approccio psicobiologico importante e nella visione integrata dell’individuo per cui si può superare la visione esclusivamente medicalista. Gli interventi, la discussione, le domande e la partecipazione sono stati notevoli ed hanno aperto spunti di riflessione e di ricerca per il futuro.

Dopo i saluti di **Stefania Canerecci**, Presidente AMICILazio onlus e della dott.ssa **Livia Biancone** (UOC di Gastroenterologia dirigente medico in Diagnostica e Terapie mediche delle Malattie Intestinali, Policlinico Ospedaliero Tor Vergata, Roma), responsabile scientifico dell’evento, hanno avuto seguito i saluti del dott. **A. Chiriatti** della FIMMG (Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale, specialista di Gastroenterologia), che ha illustrato il resoconto degli ultimi due anni di pandemia e le conseguenza nella gestione del paziente, ove spesso uno dei quesiti che ci si pone è dove inviare il paziente con dei sintomi in

questione. L'invito è quello di sviluppare modelli di approccio sociofamiliare.

Apri l'introduzione al convegno la relazione della dott.ssa **Silvia Battisti** (Psicologa e Psicoterapeuta **IRPPI**, Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata, Roma), dal titolo "*L'importanza della presa in carico dei pazienti cronici e di una rete di assistenza multidisciplinare*", che nello specifico ha focalizzato l'attenzione sulla relazione come base della cura, nel coinvolgimento diretto e in sintonia rispetto alla comunicazione della diagnosi e all'empatia, per attivare le risorse del paziente e per gestire il cambiamento. Un'interessante spunto di riflessione è relativo allo "*stress di collegamento*" tra i vari professionisti e che diventa un problema in più per il paziente. Da qui l'importanza di avere un obiettivo comune tra colleghi (medici e altre figure sanitarie) e fare squadra insieme. Comunicare, creare confronto, allineamento, sembra essere l'invito principale per fare in modo che la relazione accompagni la cura. Sostituire, quindi, il *Curing* al *Caring* (dal curare al prendersi cura). Come psicologi entriamo in vari momenti dell'approccio con il paziente e nel momento di disagio principale. Ecco che l'ascolto delle emozioni è fondamentale, il cosiddetto *radar* da attivare. Si è considerato il tempo da percepire per ottimizzare al meglio il percorso. Inoltre, si cerca di vedere il paziente in una condizione attiva e non passiva, il *patient engagement* ossia la cura gestita con il paziente in quanto *esperto* della malattia in una visione sistemica, quindi vedere la personalizzazione invece della standardizzazione dell'*engagement*. Per ultimo, non meno importante, è inserito il concetto di *alleanza terapeutica*, cioè il paziente deve fidarsi del terapeuta e viceversa.

Si è parlato dell'esperienza dei gruppi con pazienti con malattia cronica intestinale (condotti dalla dott.ssa Silvia Battisti e dalla dott.ssa Chiara Scarpulla in coterapia) che sono stati importanti per la gestione degli aspetti emotivi nei percorsi di cura.

Passare dalla *Compliance* alla *Concordance* alla *Adherence*, quest'ultima crea un'attivazione ma è comunque un processo da costruire.

Successivamente il dott. **M. Cicala** (professore ordinario di gastroenterologia presso il Campus Biomedico di Roma) ha mostrato l'importanza della digitalizzazione nella sua relazione "*Report e dati relativi al Convegno Campus Biomedico del 2019. L'utilizzo di piattaforme nelle M.I.C.I. per un'assistenza efficace*": attraverso una piattaforma si può condividere il caso di un paziente e discuterne, con un metodo e una rete, può essere possibile far rientrare il paziente in una griglia ed avere una risposta in breve.

La prima sessione, moderata dal dott. **R. Faggiani** (Direttore UOC di Gastroenterologia dell'ospedale San Camillo-Forlanini di Roma), apre con la relazione del dott. **C. Papi** (IBD Unit Ospedale San Filippo Neri) dal titolo "*L'importanza di una diagnosi precoce: sintomi compatibili con le M.I.C.I.*", in cui spiega, nella sua grande esperienza sulle malattie infiammatorie, che non esiste un test indicativo dell'esistenza di una M.I.C.I. L'endoscopia è molto importante e ci dice se c'è un'inflammazione del Colon ma non è una specifica dell'inflammazione cronica.

I quesiti da porre sono questi: perché è importante fare una diagnosi precoce di M.I.C.I.? Come si può ridurre il ritardo della diagnosi? Le malattie infiammatorie sono progressive e il rischio è quello di un danno irreversibile. Esiste una finestra di opportunità con farmaci che possono intervenire prima di un danno irreversibile. Fino al 35% dei pazienti ha già una malattia conclamata, e la malattia ha un decorso sfavorevole. Se si interviene con i farmaci prima di complicazioni, la possibilità della chirurgia si riduce. Nella realtà, i malati aspettano tanto prima di una diagnosi. Almeno la metà dei malati ha una storia di sintomi da più di un anno, il 32% più di 3 anni, il 17% più di 10 anni. Il ritardo diagnostico è stimato in 1-4 mesi nella colite ulcerosa e in 3-11 mesi nel Chron.

Il ritardo diagnostico comporta un maggior rischio delle complicanze e un incremento della possibilità di chirurgia. In una ricerca su 8000 malati il dato che ci deve far riflettere è quello sul ritardo diagnostico. La strada del paziente è lunga e tortuosa: esordio dei sintomi, MMG, Gastroenterologo, Gastroenterologo IBD, IBD Unit dedicato. Il ritardo può essere legato al paziente con il peso dato ai sintomi, oppure il ritardo causato dai medici e dall'ospedale.

I sintomi purtroppo sono aspecifici, subdoli e sovrapponibili con l'intestino irritabile, considerato che fino al 40% dei sintomi coincide con l'intestino irritabile; poi ci sono le liste di attesa, la frammentazione dei percorsi. Bisogna saper interpretare i sintomi associando ad esami di livello per una pronta investigazione. Ci sono variabili che se associate insieme danno accuratezza diagnostica. La diagnosi si basa sulla combinazione di sintomi, dati obiettivi e reperti endoscopici, istologici e radiologici.

La diagnosi precoce è un'opportunità per prevenire/rallentare progressivamente la malattia. Bisogna implementare gli strumenti per identificare con accuratezza i pazienti.

Il dott. **R. Cosentino** (UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva San Camillo-Forlanini di Roma) nella sua relazione "*Terapie convenzionali: quando vengono usate e perché?*" parla dei farmaci coinvolti in queste diagnosi: salicilati, steroidi, ISS, MTX, antibiotici. L'approccio di oggi alle M.I.C.I. è quello per cui il medico va a lavorare sui fattori legati alla malattia, in modo particolare sui fattori prognostici. Devono essere chiari gli obiettivi a breve, medio e lungo termine (*Treat to target*).

La popolazione in crescita è > 65 anni. Vengono poi elencati i farmaci utilizzati con le loro caratteristiche: gli *aminosalicilati* che vengono dati nella colite ulcerosa e serve per la prevenzione del cancro al colon. Ci sono discrepanze sull'uso degli aminosalicilati per cui le *linee guida Ecco* lo sconsigliano per indurre la remissione del CD; altri studi dicono che è, invece, terapeutico.

Sicuramente è utile nella prevenzione della recidiva post chirurgica: c'è discrepanza nelle linee guida ufficiali; gli *antibiotici*: nelle *linee guida Ecco* sulla colite ulcerosa non si parla di antibiotici; gli *steroidi* (cortisone): con l'era dei Biologici, l'uso del cortisone è andato a calare negli anni. Il cortisone è il farmaco principale nella malattia attiva ma può dare dipendenza ed eventi avversi. La tentazione a prescriverli frequentemente (e inappropriatamente) è grande perché, in primis, costano poco.

Esistono nuovi cortisonici efficaci nella malattia lieve; gli *immunosoppressori* utili nella recidiva post-chirurgica; *MTX* (Metotrexato) utile nell'induzione della remissione clinica.

Nella seconda sessione, moderata dal dott. **G. Monteleone** (UOC Gastroenterologia Policlinico Ospedaliero Tor Vergata, Roma), la dott.ssa **L. Marafini** (UOC Gastroenterologia Policlinico Ospedaliero Tor Vergata, Roma), nella sua relazione "*Probiotici e prebiotici nelle M.I.C.I.: quando e quanto è opportuno il loro utilizzo*" illustra gli effetti benefici dei probiotici e anche i prebiotici che stimolano la crescita batterica ed hanno effetti positivi.

La flora batterica ha un ruolo cruciale nell'IBD e il ruolo del Microbiota intestinale è fondamentale.

Anche i fruttoligosaccaridi sono utili. Si è visto che ci sono effetti collaterali dei probiotici che non sono utili nel morbo di Chron. Non ci sono, invece, evidenze su effetti collaterali dei prebiotici nel morbo di Chron, ma vanno bene nella remissione della rettocolite ulcerosa. L'interesse centrale è per il microbiota intestinale, ma nell'IBD ci sono dati piuttosto poveri. Il ruolo della dieta sembra essere importante nella modulazione della malattia.

È poi la volta del dott. **B. Neri** (Dipartimento Medicina dei Sistemi, UOC Gastroenterologia Policlinico Ospedaliero Tor Vergata, Roma) nel suo intervento "*Biotechlogici: Terapie sempre più innovative e mirate*" focalizza l'attenzione sulla scelta dei farmaci biotechlogici e le *smalls molecules* in induzione di

remissione clinica. Fattori predittivi di decorso severo nel morbo di Chron e retto colite ulcerosa. C'è una "finestra di opportunità" per cui la terapia efficace, in una fase precoce, potrebbe ridurre complicanze nel lungo periodo. La scelta del farmaco va fatta su una serie di variabili, rapporto tra *efficacy* e *effectiveness*.

Nella terza sessione, moderata dalla dott.ssa **L. Biancone** (UOC di Gastroenterologia dirigente medico in Diagnostica e Terapie mediche delle Malattie Intestinali, Policlinico Ospedaliero Tor Vergata, Roma), si sono relazionati una serie di interventi su "*Manifestazioni extraintestinali: l'importanza di una diagnosi precoce e un approccio multidisciplinare*", in primo luogo la dott.ssa **E. Campione** (UOSD di Dermatologia, Policlinico Ospedaliero Tor Vergata, Roma), il cui intervento si è incentrato sui quadri clinici delle manifestazioni cutanee, nel rapporto tra M.I.C.I. e cute, come nella psoriasi, problematiche intestinali e l'associazione con le IBD (Malattie infiammatorie intestinali); il 9,6 % dei pazienti con morbo di Chron è affetto da psoriasi; c'è la presenza di psoriasi paradossa con lesioni cutanee, granulomi.

Le manifestazioni sono polimorfe, specificatamente reattive, associate o indotte dal trattamento. Ci sono carcinomi, tumori cutanei e IBD: è efficace un approccio condiviso, in quanto i quadri clinici sono polimorfi.

La dott.ssa **M.R. Lupattelli** (Nutrizione clinica Policlinico Ospedaliero Tor Vergata, Roma), parla dell'importanza della prevenzione. L'allattamento materno costituisce l'alimento ottimale per i neonati e riduce il rischio di M.I.C.I. Fondamentale una dieta ricca di frutta, verdura, acidi grassi omega 3 e basso contenuto di omega 6. La malnutrizione è una patologia, un rischio perché aumenta le infezioni, ritarda la guarigione ed è letale. Si fa uno *screening* al momento della diagnosi M.I.C.I. con valutazione dello stato di nutrizione. Bisogna calcolare il fabbisogno calorico e il fabbisogno proteico (che va incrementato nelle M.I.C.I.).

Nella malattia in fase attiva va preso in carico il paziente con ascolto, personalizzando la dieta e non generalizzando. Nella malattia in remissione è importante il *counseling* dietetico cambiando poi alimentazione e personalizzando con giusto approccio. E' appropriata l'attività fisica perchè la massa muscolare deve essere attiva. Con il paziente obeso incoraggiare alla perdita di peso. Da qui l'importanza della *multidisciplinarietà*, della *psicoterapia* e dei *gruppi di lavoro*.

La dott.ssa **C. Russo** (Dipartimento scienze chirurgiche ostetricia e ginecologia, Policlinico Ospedaliero Tor Vergata, Roma) parla del rapporto tra endometriosi e M.I.C.I. L'endometriosi è una patologia benigna ad eziologia multifattoriale. Riguarda il 10-15% delle pazienti tra i 29 e i 40 anni. Si cerca di posticipare la chirurgia per preservare la fertilità, in quanto bisogna considerare che le pazienti sono in età fertile, considerando la multifattorialità, la cronicità e i sintomi sovrapposti (dolore addominale, dolore pelvico e alterazione dell'alvo). Si parla di dismenorrea e dispareunia che necessitano di valutazione ginecologica e una volta che l'endometriosi è confermata, l'inizio della terapia.

La dott.ssa **P. Triggianese** (UOC di Reumatologia, dipartimento di medicina dei sistemi, Policlinico Ospedaliero Tor Vergata, Roma) illustra le manifestazioni extraintestinali ed il ruolo del reumatologo. Bisogna esplorare il problema articolare ed eventuale osteoporosi. Fa presente il rapporto tra M.I.C.I. e dolore articolare. Il ritardo diagnostico si è ridotto. C'è la presenza di disturbi depressivi maggiori ed il dolore è il sintomo prevalente. E' importante l'approccio combinato per il raggiungimento di una qualità di vita.

La dott.ssa **M. Pelagalli** (società di gastroenterologia, associazione RelaCare) ha parlato dell'importanza delle relazioni di cura nel suo intervento "*RelaCare: l'importanza di fare rete tra le Associazioni*".

Nella quarta sessione, moderata dal dott. **A. Gasbarrini** (dipartimento scienze mediche e chirurgiche, UOC Medicina interna e Gastroenterologia, policlinico universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma), fa il suo intervento la dott.ssa **L. Guidi** (Fondazione policlinico universitario Gemelli IRCCS, Roma) con la relazione “*Follow up clinico: quando è necessario e perché*” in cui afferma l’importanza del follow up clinico e del monitoraggio per ridurre l’impatto sul danno d’organo.

E’ poi il turno del dott. **S. Festa** (IBD Unit dell’ospedale San Filippo Neri, Roma), con il suo intervento dal titolo “*Aderenza al trattamento: perché è così importante*” che si focalizza sul processo dinamico dell’aderenza alle cure. Ci sono test diagnostici, test di prevenzione, controlli clinici, pianificazione e poi assunzione dei farmaci. L’aderenza terapeutica è un coinvolgimento attivo e collaborativo. Dalla *compliance* alla *adherence*, cioè dalla medicina paternalistica all’alleanza terapeutica.

Per quanto riguarda la non-aderenza, il 50% dei pazienti affetti da patologie croniche NON è aderente al trattamento, tra il 20% al 30% le prescrizioni farmacologiche vengono ignorate dal paziente. La non-aderenza è un fenomeno complesso dovuto a una serie di motivi: disturbi psichici, deficit cognitivi, trattamento della malattia asintomatica con inadeguata pianificazione del *follow up*, effetti collaterali dei farmaci, mancanza di *insight* di malattia. Si distingue una *non-aderenza intenzionale* e una *non-aderenza non intenzionale*.

E’ ben noto che sia i pazienti che i medici tendono a sovrastimare l’aderenza. Si è introdotto un metodo MPR (*Medication possession ratio*), cioè il rapporto tra i giorni di farmaco sul piano e sul tempo di terapia. La non-aderenza si correla a: rischio di riacutizzazione di malattia, ospedalizzazione, uso di steroidi, disabilità, neoplasia, *outcome* sfavorevoli in gravidanza (per es. sottoporsi all’endoscopia, aborti pretermine, morti alla nascita). La non-aderenza produce un rischio di lesioni

del colon. I fattori più comuni associati alla non-aderenza sono: l'età < 50, CU localizzata al colon sinistro, durata breve di malattia, tempo pieno, assunzione > di 4 farmaci, ecc.

La strategia di intervento legati al paziente sono: gli appuntamenti non rispettati, complessità di trattamento, disturbi psichici, mancanza di *insight*. Da qui l'importanza del *supporto psicologico* e del team di supporto. E' da sottolineare come le associazioni sono molto importanti e semplificano i percorsi.

Un contributo importante è stato dato dall'avvocato dell'associazione che ha spiegato le incombenze pratiche legislative per il MMG e per il Gastroenterologo.

Infine a conclusione del percorso della giornata la dott.ssa **Chiara Scarpulla** (Psicologa e Psicoterapeuta **IRPPI**, Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata, Roma) ha coinvolto il pubblico nel suo intervento "*Cosa lascio e cosa prendo da questo incontro*", parlando dell'importanza delle emozioni legata alle conoscenze, ai contenuti e alle riflessioni della giornata. Ha facilitato la platea in un confronto sul piano psicologico, primo nel suo essere in un convegno, come in un gruppo allargato. Ciò ha avuto un effetto positivo che ha modulato armonicamente, con gli interventi dei partecipanti, la chiusura del convegno in vista di collaborazioni future con tutti gli attori coinvolti, dai medici ai pazienti.

Ricerche/Research

a cura di Alessia Carleschi

Analisi esplorativa gruppo in psicoterapia psicodinamica integrata: “clima di gruppo dopo un anno di intervento”, nel periodo del pre-covid

238

Exploratory group analysis in integrated psychodynamic psychotherapy: "group climate after a year of intervention", in the pre-covid period

A cura di Alessia Carleschi*, Chiara Scarpulla*, Ambra Zazzera**, Simona Caporiccio**⁶⁰

Introduzione

L'individualismo dominante nella nostra società moderna rende sempre più necessario per i pazienti il contatto con relazioni umane autentiche, rinforzando l'acquisizione delle abilità necessarie alla loro costruzione e infine il raggiungimento di un livello di scambio soddisfacente con l'altro. La psicoterapia di gruppo è un metodo ampiamente utilizzato all'interno di contesti

⁶⁰*Psicologhe docenti interne IRPPI

**Psicologhe diplomate in Psicoterapia IRPPI.

riabilitativi anche residenziali e semiresidenziali, con la finalità di coadiuvare le esperienze relazionali del paziente, per mezzo di modalità psicoeducative, risocializzanti e psicoterapeutiche. Il gruppo permette di gestire e trasformare aspetti emozionali ed esperienze non integrate ed intense, che non permettono una gestione positiva e utile della propria realtà interna ed esterna (Costantini, 2000).

Il gruppo può rappresentare per gli individui un luogo investito di speranze e di minacce poiché se da un lato i singoli partecipanti traggono aiuto nel condividere l'esperienza con gli altri, dall'altro, consentendo di rivivere il passato nel presente, possono emergere nella relazione con gli altri sentimenti inconsci, spesso frutto del vissuto familiare individuale.

Pensare in termini di gruppo, quindi, può essere sicuramente rassicurante se si pensa al sentimento di appartenenza e di identità che questo evoca, ma allo stesso tempo può essere minaccioso se non addirittura angosciante, se invece ci si sofferma sul problema altamente conflittuale che sempre il gruppo pone, e cioè che per essere se stessi si deve necessariamente attraversare la possibile diversità.

Perché la psicoterapia di gruppo funzioni in questo senso è necessario innanzitutto che si vengano a creare delle buone relazioni tra i membri del gruppo e la letteratura evidenzia in maniera irrevocabile come la “relazione” sia strettamente correlata al successo degli interventi gruppali.

È fondamentale, perciò che tra i membri di un gruppo si sviluppi un'atmosfera di *accettazione e comprensione* nella quale possano essere più disposti ad esprimere ed esplorare sé stessi, a divenire consapevoli e ad integrare aspetti fino ad allora inaccettabili di sé, in sostanza a creare relazioni più profonde con gli altri (Yalom, 2005). Tale disposizione dei membri gli uni verso gli altri e verso il gruppo, viene definita come coesione, ossia come risultato di tutte le forze che agiscono su ogni membro per

trattenerlo nel gruppo, o anche l'attrattiva di un gruppo sui suoi componenti (Neri, 1995).

Secondo Yalom la coesione rappresenta uno dei fattori terapeutici principali nel gruppo. Yalom e Rand (1966) affermano che, per queste ragioni, la coesione ha una notevole influenza sulla continuità del trattamento terapeutico: quanto più un paziente è attratto dal gruppo, tanto più è propenso a restare nel gruppo; i gruppi con alti livelli di coesione sono più stabili poiché essa è una condizione necessaria per il perdurare della partecipazione (Caccamo, 2014).

Mentre la coesione viene intesa come il senso di unità e di attaccamento al gruppo, il clima del gruppo viene definito come *una percezione dell'esperienza gruppale nel qui ed ora* (Cartwright e Zander, 1968). Il clima di gruppo può essere descritto come l'essere aperti all'espressione della propria interiorità o, al contrario, l'evitare il processo di cambiamento in maniera ostile o diffidente verso il gruppo stesso (Johnson et al., 2005). A tal proposito è necessario sottolineare quanto sia complesso lo studio del *clima di gruppo*, in quanto deve necessariamente comprendere l'analisi di altre variabili, strettamente correlate alla coesione: il grado di coinvolgimento, l'evitamento e il conflitto all'interno del gruppo (Mackenzie, 1983). Possiamo pensare il grado di coinvolgimento come la misura della fiducia dei partecipanti gli uni verso gli altri, verso il terapeuta e verso il gruppo stesso, della partecipazione dei membri agli incontri di gruppo, dal senso di appartenenza e dalla disponibilità all'accettazione e alla comprensione dell'altro, all'apertura e al confronto. La dimensione del conflitto descrive invece un'atmosfera di tensione, rabbia, sfiducia e rifiuto tra i membri del gruppo; dimensioni che sembrerebbero inversamente proporzionali al grado di coinvolgimento dei membri. Tuttavia, non dobbiamo trascurare l'idea che il conflitto è inevitabile nella vita di un gruppo e la sua assenza indica un deterioramento della

sequenza di sviluppo. I membri possono avvantaggiarsi in diversi modi dal conflitto, purché la sua intensità non diventi intollerabile.

Imparare ad affrontare efficacemente il conflitto è un passo terapeutico importante che contribuisce alla maturità personale e alla capacità di recupero emozionale (Ormont, 1994, 2001). L'evitamento infine consiste nel grado in cui i membri del gruppo evitano di rendersi responsabili del proprio processo di cambiamento, ad esempio rifiutando di partecipare attivamente alle discussioni del gruppo, di rivelare le proprie idee, emozioni e difficoltà, e di mostrare empatia nei confronti degli altri partecipanti (Gullo et al., 2015).

L'atmosfera del gruppo, infatti, indica il clima di fondo che colpisce immediatamente chi entra in una stanza dove esso si è riunito. In questo contesto Di Leone (1991) ha proposto il termine "sinestesia" per indicare come le molte percezioni che una persona riceve partecipando ad una seduta di gruppo, diano luogo all'unica impressione complessiva dell'atmosfera del gruppo. Per il conduttore, l'atmosfera è una prima fonte di informazioni preziose sui possibili pensieri, fantasie e umori dei membri del gruppo (Neri, 1995).

Seguendo le premesse sopra esposte, questo lavoro presenta una esperienza di psicoterapia di gruppo con analisi dei sogni come attivatori di processi emotivi, come narrazione, in relazione alle caratteristiche della psicoterapia di gruppo, basato su ricerche attuali e su modelli psicodinamici integrati (Lago, 2016). Riteniamo che il lavoro sul sogno in gruppo potrebbe assumere un valore estremamente significativo quale mezzo di espressione delle emozioni e dei significati di ciascun membro del gruppo. Per questo i sogni si fanno portatori di significato all'interno degli incontri, diventando uno strumento privilegiato per osservare l'atmosfera del gruppo nel qui ed ora delle sedute.

La letteratura evidenzia infatti come oggi il sogno sia riuscito a trovare un proprio, valido ruolo, anche nei processi tipici della psicologia di gruppo (Hill, Knox, 2010). In che modo? Lasciando

sullo sfondo la concezione classica del sogno e il suo utilizzo come mezzo di conoscenza del mondo intra-psichico del soggetto (Freud, 1900; Bion, 1962; Meltzer, 1983), la psicoterapia di gruppo sembra aver restituito nel tempo una *dimensione relazionale al sogno*, concepito quindi non solo come la “via regia verso l’inconscio”, ma come *mezzo* attraverso il quale si dispiegano, attraverso la condivisione del racconto del sogno ad altri, dinamiche relazionali spesso difficilmente accessibili nel dialogo con il paziente (Friedman, 2002a, 2002b).

In particolare, la dimensione del racconto del sogno assume un ruolo chiave nell’incontro di gruppo, ponendo l’accento sul ruolo dell’altro e in questo caso degli altri membri e del gruppo nel suo insieme, come destinatari, contenitori ed elaboratori del materiale onirico. I sogni possono influenzare le attitudini relazionali dei membri nei confronti del conduttore e, viceversa, i sogni possono informare il terapeuta sul controtransfert che riguarda l’intero gruppo, o ancora portare informazioni sulle relazioni tra i membri (Stern, 2005). Il sogno in gruppo rappresenta dunque il sé del sognatore, il sé in relazione con l’altro e il sé in relazione con il gruppo intero (Stone, Karterud, 2006).

Contesto

Il presente lavoro coinvolge un gruppo terapeutico della durata di un anno, da maggio 2018 ad aprile 2019, nel contesto del Centro clinico Irppi. Le sedute si sono svolte a cadenza settimanale, il mercoledì, durata 1:30 minuti e sono state videoregistrate su consenso dei partecipanti. Successivamente, i membri del gruppo sono stati monitorati con 2 colloqui di follow-up: il primo in sede IRPPI, novembre 2019 e il secondo online via Skype (luglio 2020). Durante il secondo e ultimo colloquio ai partecipanti è stata consegnata una lettera di restituzione degli aspetti più salienti del loro percorso psicoterapeutico di gruppo.

Partecipanti

Il gruppo dell'esperienza riportata è costituito da sei giovani adulti, seguiti in psicoterapia dinamica di gruppo, di età compresa tra i 24 e i 34 anni, selezionati sulla base della loro fascia di età (tarda adolescenza), istruzione, relazioni sentimentali in corso, composizione della famiglia attuale, fratria e funzionamento globale nella norma. I sei utenti partecipanti al gruppo, tre uomini e tre donne, hanno richiesto un intervento per situazioni relazionali fonte di disagio. Sulla base di bisogni e contenuti specifici emersi dai colloqui iniziali appariva forte, da parte di tutti i membri, la necessità di uno spazio di verbalizzazione e confronto.

243

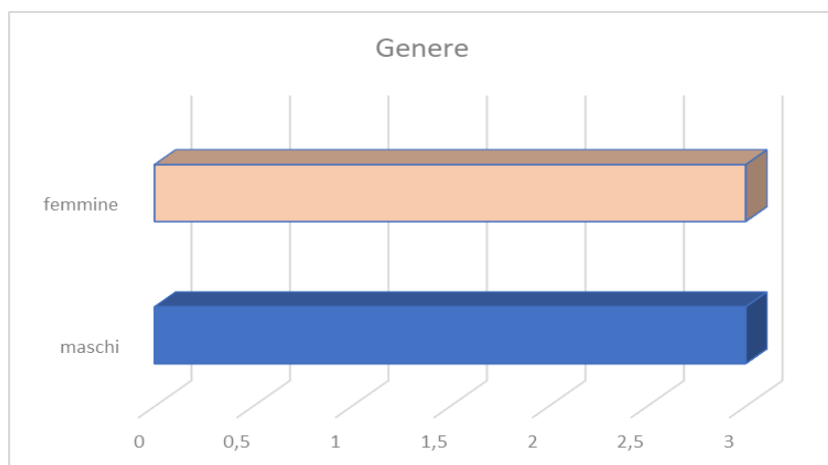


Figura 1: Genere dei membri del gruppo

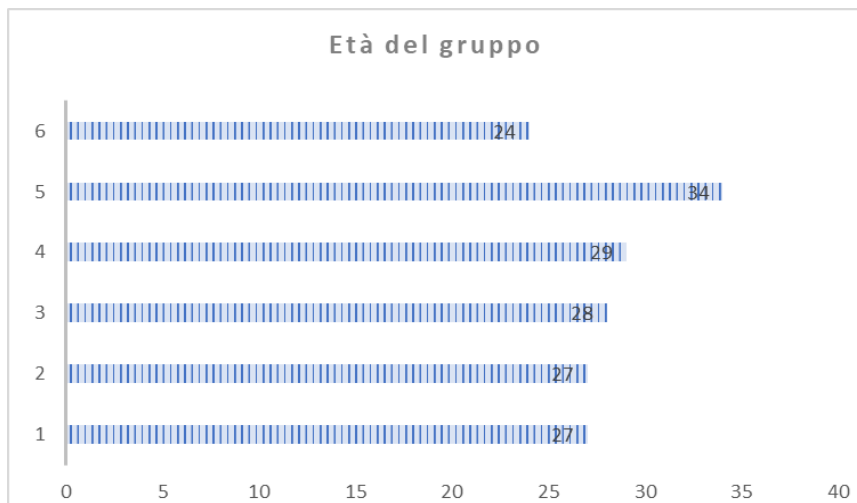


Figura 2: Eta' dei membri del gruppo

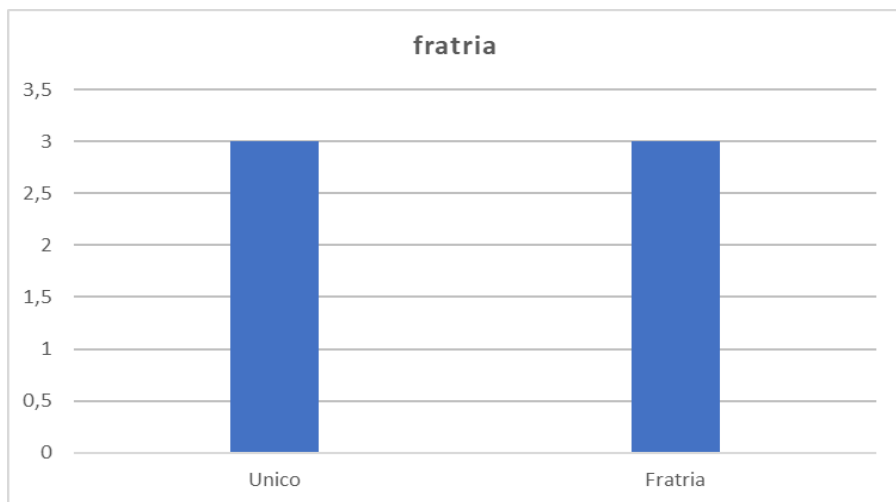


Figura 3: Fratria di ciascun membro

Obiettivi e metodologia della ricerca

Scopo del lavoro è rilevare gli aspetti di natura più affettiva ed emotiva attraverso i quali il percorso di psicoterapia di gruppo si è snodato, concependo questi come indicatori essenziali delle fasi attraversate dai membri del gruppo nel loro percorso verso una maggiore autonomia personale, analizzando la variazione delle rappresentazioni interne durante le varie fasi della psicoterapia di gruppo integrata, con particolare attenzione all'analisi del clima di gruppo, dei membri come riflesso dell'andamento del processo terapeutico del gruppo e sul lavoro sul sogno in gruppo, come contenitore degli elementi affettivi dei membri impegnati in tale processo evolutivo.

L'obiettivo infatti era quello di favorire il processo di separazione-individuazione dei partecipanti dai propri contesti familiari di appartenenza e favorendo così la progressione verso la loro piena indipendenza come individui. Per questo scopo si è ipotizzato che la cornice relazionale del gruppo, in quanto luogo di condivisione e scambio tra pari, potesse rappresentare un contesto particolarmente fertile per far emergere le rappresentazioni di sé e dell'altro implicate nel blocco del processo di maturazione personale di ciascun partecipante.

In particolare, l'utilizzo del Questionario sul Clima di Gruppo (Costantini, 2000), ha permesso ad ogni singolo paziente del gruppo di esplicitare il proprio vissuto emotivo in relazione a quanto detto ed esperito durante le sedute e ha permesso di soffermarsi su aspetti più squisitamente relazionali.

Per l'analisi dei contenuti del materiale onirico emerso nel corso delle sedute, si è utilizzata una griglia descrittiva revisionata e tratta da Bara (2012), evidenziando così gli aspetti più emotivi.

Infine, si è evidenziato la prevalenza delle dimensioni conflittuali o coesive del gruppo in relazione alle fasi delle dinamiche interne. Il fattore tempo, è considerato una variabile pregnante nell'evidenziare la presenza di linee evolutive di

cambiamento nel percorso del gruppo, organizzatore psichico ad alta significatività affettivo/emotiva in dinamiche di incontro, scambio e separazione, contenimento e insieme attivatore del confronto con la realtà (Costantini, 2000).

Strumenti e Procedura di analisi

1. Analisi iniziale del funzionamento dei soggetti del gruppo

246

Avviata l'esperienza psicoterapeutica di gruppo, a ciascun soggetto è stata somministrata la *Scala per la Valutazione Globale del Funzionamento (VGF)*: (DSM-III-R, 1987 - DSM-IV Asse V della classificazione multiassiale).

Lo strumento prevede 10 anchor point (ognuno dei quali è ulteriormente suddiviso in 10 punti), che prendono in considerazione il funzionamento psicosociale e lavorativo del soggetto collocandolo in un ipotetico continuum che va dalla salute mentale (100) al disturbo psichico gravissimo con rischio di morte (1), indipendentemente dalla natura del disturbo psichiatrico. Per ogni livello di gravità viene fornita una descrizione di riferimento:

- punteggi da 81 a 100 indicano non solo l'assenza di psicopatologia, ma anche la presenza di tratti positivi (ricchezza di interessi e di rapporti sociali, calore, atteggiamento positivo verso la vita, eccetera);
- l'intervallo 71-80 indica la presenza marginale di psicopatologia;
- l'intervallo 1-70 la presenza di psicopatologia di varia gravità.

Il clinico individua prima l'anchor point che meglio corrisponde alle caratteristiche del soggetto in esame (p. es., 31-40), facendo riferimento alla settimana precedente l'intervista (o ad un diverso periodo di tempo in studi particolari), per poi assegnare il punteggio intermedio più appropriato (p. es., 37, se è più vicino al range 41-50 che a quello 21-30). Questo procedimento rende la

GAS (Global Assessment Scale) particolarmente utile in tutti quegli studi in cui è richiesta la valutazione della gravità globale (o del livello di benessere); la sua periodica applicazione nel contesto dello studio consente di misurare anche il grado di miglioramento (Cassano, 1999). La maggior parte dei soggetti del gruppo si colloca nel range 61-70.

2. Clima di Gruppo

247

Il Questionario sul Clima di Gruppo è stato somministrato una volta al mese a fine seduta.

Tale questionario è formato da 12 item e una domanda aperta. Gli item sono valutati su scala *Likert* da 0 a 6 e sono suddivisi in tre sottoscale: “Coinvolgimento”, indicatore di coesione, costituita dagli item 1, 2, 4, 8 e 11 (punteggio da 0 a 30); la sottoscala “Conflitto”, indicatore di conflitto interpersonale, formata dagli item 6, 7, 10 e 12 (punteggio da 0 a 24) e la sottoscala “Evitamento”, indicatore di riluttanza ad affrontare i problemi nel corso della seduta, formata dagli item 3, 5, e 9 (punteggio da 0 a 18). Nella domanda aperta invece viene chiesto di descrivere l’evento più importante avvenuto nella seduta. Il Questionario sul Clima di Gruppo misura il coinvolgimento dei partecipanti e l’instaurarsi di un clima positivo di fiducia, coesione, confronto, appartenenza e sicurezza, o di un clima negativo di rifiuto, tensione, conflittualità e sfiducia tra i membri (Costantini et al., 2002). La versione italiana dello strumento appare potenzialmente molto utile nella pratica clinica e nella ricerca, essendo in grado di misurare in modo valido ed attendibile sia il coinvolgimento dei partecipanti ad un gruppo terapeutico, il livello di coesione ed in generale un clima positivo, sia il conflitto all’interno di un gruppo ed in generale un clima negativo di sfiducia, tensione, rifiuto.

1. I membri si sono piaciuti e si sono presi cura l'uno dell'altro
2. I membri hanno cercato di capire perché fanno le cose che fanno
3. I membri hanno evitato di esaminare questioni importanti che stavano accadendo tra di loro
4. I membri hanno sentito che ciò che stava accadendo era importante e che c'era un senso di partecipazione
5. I membri hanno dipeso dal conduttore (i) per la direzione
6. C'è stato attrito e rabbia tra i membri
7. I membri erano distanti e ritirati emotivamente l'uno dall'altro
8. I membri si sono fidati e confrontati uno con l'altro nello sforzo di tirar fuori le cose
9. I membri hanno mostrato di comportarsi nel modo che pensavano sarebbe stato accettabile per il gruppo
10. I membri si sono rifiutati e non si sono fidati uno dell'altro
11. I membri hanno rivelato informazioni personali delicate o sentimenti intimi
12. I membri sono apparsi tesi ed ansiosi

Fig. 1. Item del Questionario sul Clima di Gruppo (Costantini, 2002).

Figura 4: item del questionario sul clima di gruppo (Costantini, 2002)

3. Analisi dei sogni attraverso metodo Irppi e lettura Bara

Per descrivere l'analisi dei sogni portati in terapia è stata utilizzata una griglia descrittiva tratta da Bara (2012). La griglia da noi revisionata ed utilizzata per ciascun sogno è composta da alcune scale così suddivise: tema, emozioni, personaggi, pensiero.

Secondo Bara, i sogni non sono pensieri in libertà, bensì essi ci permettono di comunicare con gli aspetti più arcaici del nostro essere umani; soltanto a un secondo livello, nel passaggio dal sogno alla sua *interpretazione*, *interviene la personalità del sognatore e con lei la cultura e il linguaggio*.

Con l'interpretazione del sogno assistiamo al passaggio da una forza a una forma, da un'emozione a un'espressione, proprio come il godere di un'esperienza estetica quando ci troviamo di fronte a un'opera d'arte. I sogni vengono intesi come delle tecniche terapeutiche, strumenti di monitoraggio della terapia, di cura, (sin dalle prime fasi e per tutta la durata delle sedute) in un'ottica

dialettica, di co-costruzione di significati e di cambiamento. Secondo il metodo IRPPI (Lago, 2016) il sogno è un processo di secondo ordine (Lago 2006), in quanto deriva dall'integrazione dei vari livelli emozionali non mentalizzati, con livelli mentali complessi, come il pensiero inconscio.

Con la verbalizzazione il sognatore esprime il suo pensiero inconscio, grazie a tre parametri fondamentali: la narrazione, l'espressione estetica e la componente affettiva (Lago, 2006; Bottoni, Carleschi, Lago, 2015).

PROTOCOLLO COSTRUTTIVISTA

- Trascrizione: il paziente è incoraggiato a scrivere il testo del sogno
- Narrazione: necessario distinguere le emozioni provate all'interno (e quelle del risveglio)
- Il corpo del sognatore: si acquisiscono dati sulle esperienze fisiche del corpo nel sogno
- Sensorialità: si cerca di distinguere le varie esperienze sensoriali (tatto, olfatto, gusto)
- Scansione emotiva: la struttura narrativa del sogno è esaminata all'interno dei dettagli emotivi sia soggettivi che oggettivi
- Rilettura cognitiva: si cerca di impedire l'applicazione di schemi predefiniti alla lettura del sogno

Figura 5: protocollo costruttivista sui sogni di Bruno G. Bara

Analisi dei risultati

1. Analisi del funzionamento pre e post dei soggetti del gruppo in trattamento di psicoterapia dinamica integrata

Il livello di funzionamento globale dei partecipanti è stato valutato sia all'avvio degli incontri di gruppo che alla fine del trattamento. Tutti i soggetti hanno mostrato un incremento del livello di benessere con valori finali che oscillano dal 70 al 91 (Figura 6.). I dati sembrano evidenziare come, alla fine del trattamento, ogni membro del gruppo sia progredito lungo il continuum della salute psichica, verso l'acquisizione di una condizione di minore gravità sintomatologica e accresciuta ricchezza di interessi, di rapporti sociali, di calore e abbia conquistato un atteggiamento più positivo verso la vita. Nella fig. 6 vengono riportati i punteggi VGF assegnati da parte del terapeuta, prima dell'ingresso dei partecipanti al gruppo e, successivamente, a chiusura della psicoterapia di gruppo.

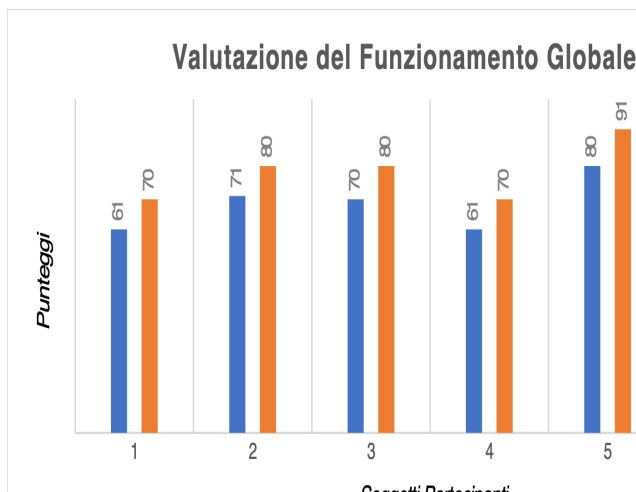


Figura 6: Follow up VGF

2. Analisi dei dati sul Clima di Gruppo

Dai dati del Questionario sul Clima di Gruppo, si evidenzia la prevalenza della dimensione del coinvolgimento nell'esperienza dei membri del gruppo, a seguire la dimensione dell'evitamento ed infine quella del conflitto (Figura 7). Nel grafico a torta si riporta in percentuale il vissuto affettivo, rappresentato, da parte dei membri del gruppo, attraverso le dimensioni di coinvolgimento, evitamento e conflitto.

251

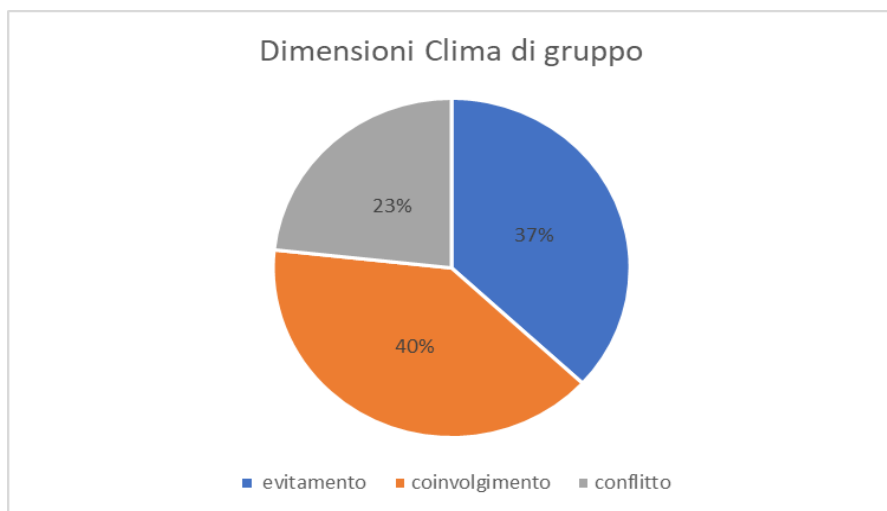


Figura 7: Dimensioni questionario Clima di Gruppo

Per quanto riguarda l'evoluzione temporale della percezione delle singole dimensioni del Clima di Gruppo (Figura 8), osserviamo come nei primi sei incontri l'intensità di ciascuna dimensione riportata dai soggetti sia cresciuta più o meno uniformemente, per poi, a partire dal 7° incontro assumere un andamento meno uniforme, in cui le singole dimensioni sembrano alternare picchi e cadute di intensità.

A partire invece dalla 27° seduta in poi si evidenzia un forte calo delle intensità delle dimensioni registrate dai partecipanti. Di seguito sono riportati, in ordine progressivo, gli incontri di gruppo nel corso del trattamento, con l'intensità media dei punteggi riportati dal gruppo per ciascuna delle tre dimensioni del questionario del Clima di Gruppo.

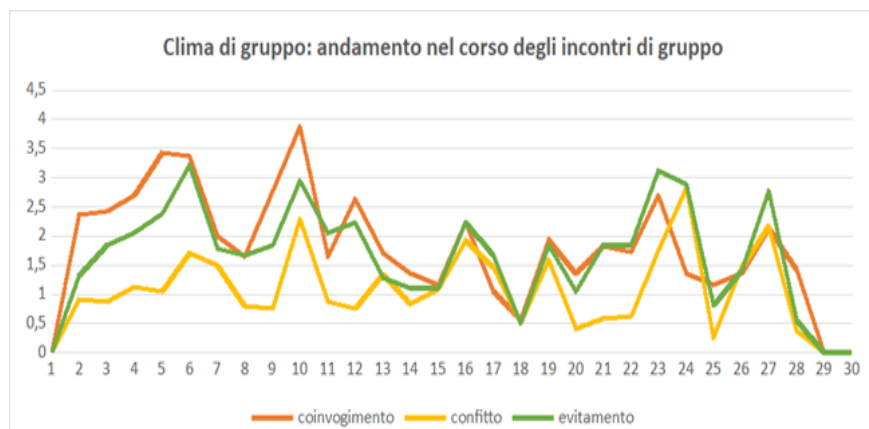


Figura 8: Profilo andamento delle dimensioni del Clima di gruppo

Il cambiamento delle intensità registrate è un fenomeno che si ripete sia all'avvio che all'approssimarsi della fine del trattamento, rispettivamente ad indicare la repentina immersione dei membri nell'esperienza del gruppo. Si evince la maggiore intensità soprattutto della dimensione di coinvolgimento nel corso dei primi due incontri e il progressivo disinvestimento nelle ultime tre sedute. I membri si sono dimostrati meno coinvolti e meno inclini allo scontro, ma anche meno difesi rispetto al processo del gruppo, ormai alla fine. Di particolare interesse sembra essere la ripetuta oscillazione simultanea delle tre scale, le quali, in alcuni momenti del processo terapeutico, vanno quasi a coincidere. In particolare,

il picco di intensità della seduta 10, 16 e 27 e il picco in senso inverso della seduta 18. In altri casi invece, seppure con differenze di intensità minori, si riscontra un movimento opposto: ossia all'aumento di una o più dimensioni corrisponde il calo di una o più dimensioni del clima di gruppo (seduta 5, 9, 12, 13, 17, 24, 28). Ipotizziamo che questi particolari oscillazioni simultanei o opposti delle dimensioni del clima di gruppo potrebbero rappresentare momenti significativi nella vita del gruppo in questione.

253

Per orientare la rappresentazione della dinamica in oggetto, si è proseguito con mettere a confronto l'intensità percepita dal conduttore del gruppo e dal gruppo stesso, per ciascuna delle tre dimensioni che vanno a comporre il costruito di clima di gruppo. Si evidenzia come il conduttore sembri esperire maggiore intensità delle dimensioni di evitamento e conflitto (Fig. 9). Al contrario, il gruppo sembra percepirsi decisamente più coinvolto rispetto al terapeuta.

Si ipotizza che il terapeuta, essendo tenuto a esercitare una funzione di osservazione e riflessione sui processi in atto nel gruppo, sia più sensibile alla manifestazione di dinamiche di conflitto ed evitamento per rielaborarle in gruppo, spesso disconosciute o minimizzate dai membri e, allo stesso tempo meno direttamente coinvolto dai processi relazionali ed emotivi in corso.

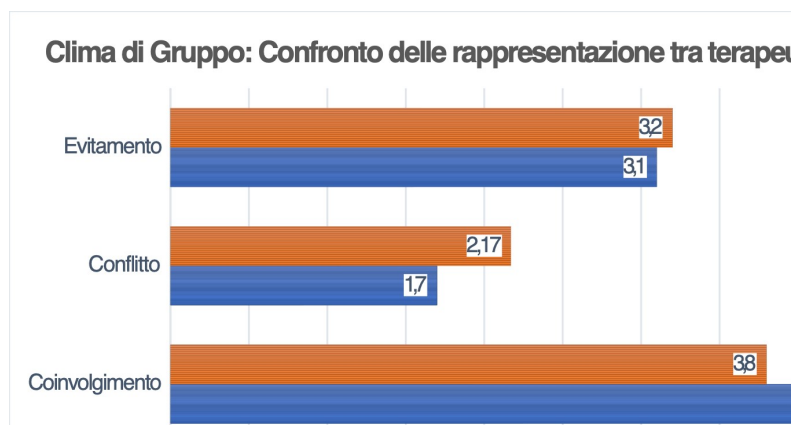


Figura 9: Dimensioni del clima di gruppo terapeuta/membri del Gruppo

3. Analisi dei dati onirici

Dall'analisi dei protocolli emerge una prima indagine descrittiva dei sogni portati dal gruppo di psicoterapia psicodinamica integrata. Sono stati analizzati 130 sogni portati dai membri del gruppo nel corso di circa sei mesi di terapia psicodinamica integrata. In ogni sogno sono stati identificati i seguenti parametri: polarità emotiva, qualità emotiva, qualità dei contenuti, ambienti e personaggi.

Come si evince dai grafici sotto riportati, i sogni dei membri narrati in gruppo esprimono tonalità di emozioni negative (Figura 10) e alte intensità su emozioni quali: eccitazione/interesse, colpa, rabbia e contentezza (Figura 11). Rispetto alla qualità del pensiero verbale, il gruppo sembra essersi prevalentemente espresso con fluidità e chiarezza, anche se permangono alcune modalità espressive più povere nell'elaborazione (Figura 12).

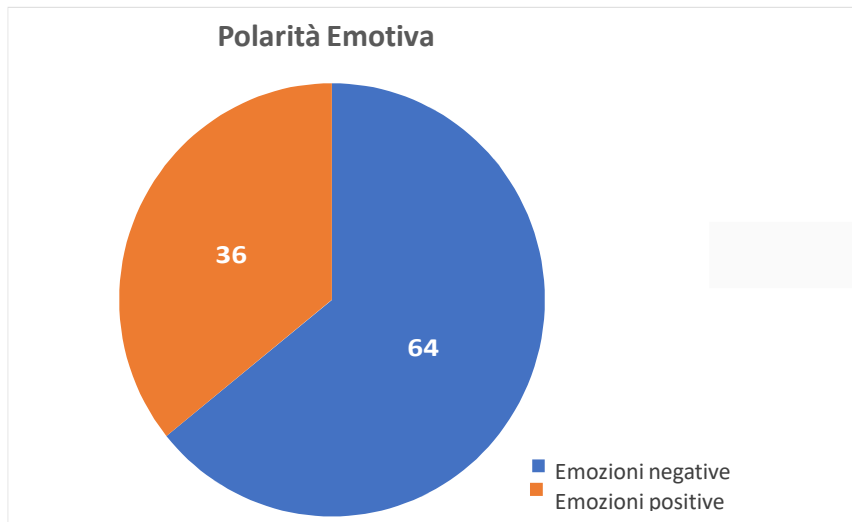


Figura 10: polarità emotiva dei sogni da parte del soggetto

Qualità emotiva dei sogni

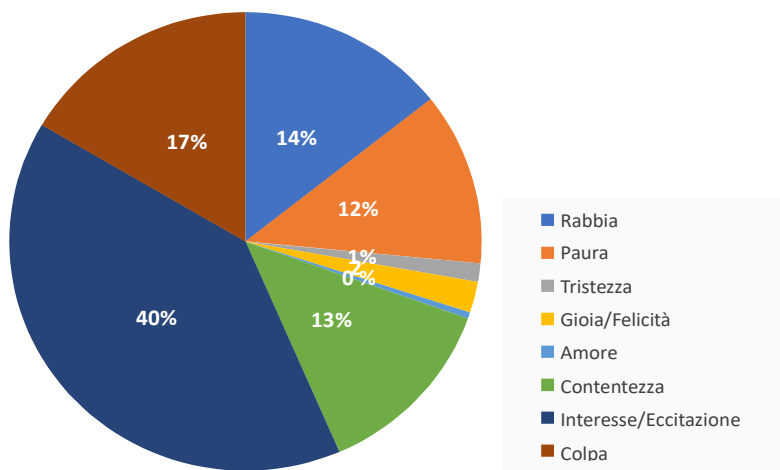


Figura 11: qualità emotiva dei sogni espressa dai membri del gruppo

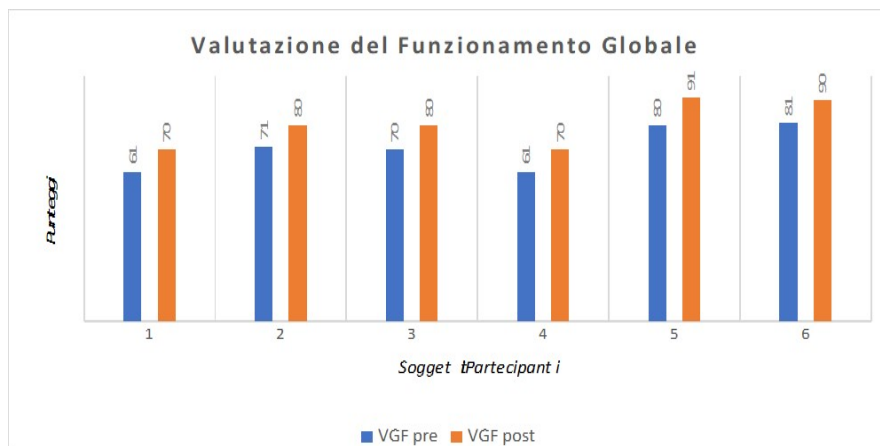


Figura 12: VGF pre e post intervento

Analizzando invece la qualità dei contenuti emersi nei sogni riportati in gruppo si evince come i sogni dei membri del gruppo siano popolati da personaggi che li vedono come protagonisti, spesso in relazione con altri membri del gruppo o altri personaggi (per lo più familiari o altri pari). I personaggi dei 130 sogni analizzati agiscono, quasi in egual misura sia in ambienti esterni, naturali o meno che all'interno di contesti intimi come la casa o la propria automobile (vedi Figure 13 e 14).

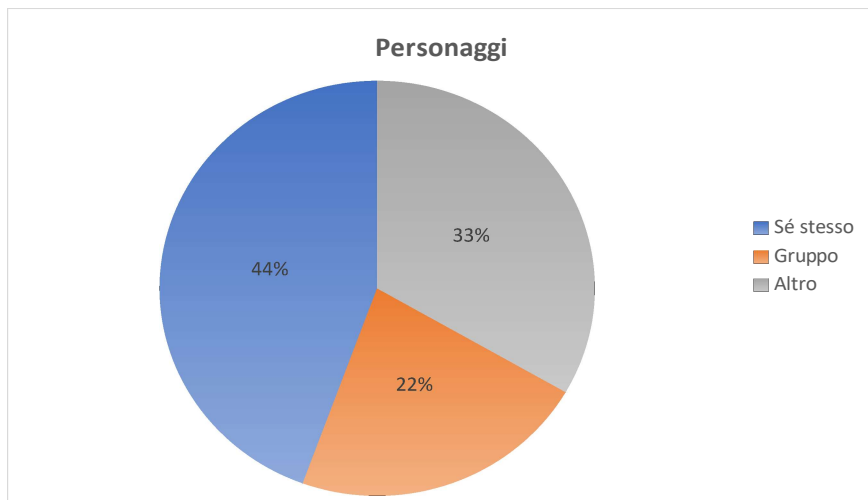


Figura 13: personaggi presenti nei sogni dei membri del gruppo

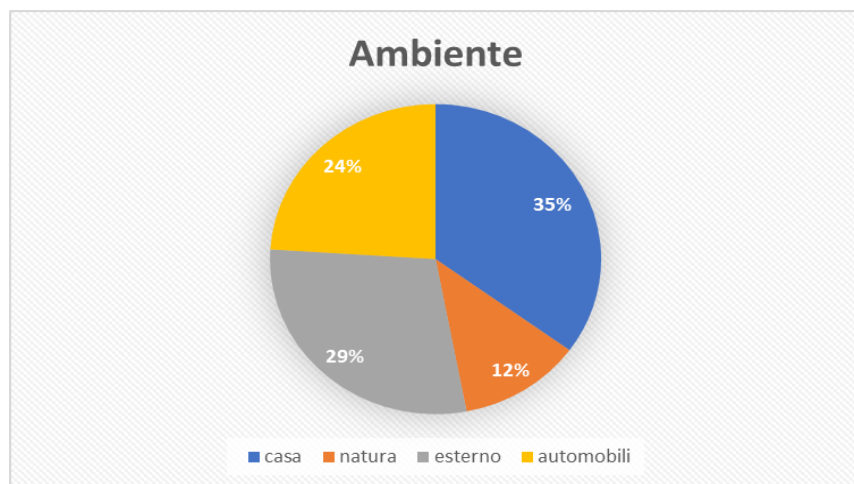


Figura 14: tipologia di ambienti espressi dai membri del gruppo nei loro sogni

Conclusioni

Il presente lavoro esplorativo si è proposto di indagare la dimensione del clima di gruppo in ottica di psicoterapia psicodinamica integrata, utilizzando il *sogno* come *processo narrativo* e di mentalizzazione per i membri. L'uso del Questionario sul Clima del Gruppo qui utilizzato funge quindi da termometro affettivo della vita del gruppo, formato dai singoli membri ai quali è stata data la possibilità di dar voce ad un mondo interno, altrimenti silente. Lo studio presentato ha coinvolto un gruppo di pazienti giovani adulti presso il Centro Irppi, della durata di un anno.

Lo strumento utilizzato ha permesso di indagare gli aspetti di natura più soggettiva, in linea con un approccio qualitativo, unendo i dati raccolti attraverso il Bara revisionato dal nostro gruppo di ricerca per la narrazione dei sogni.

Dai risultati emersi si evince che il fattore Coinvolgimento, unito al Conflitto ed Evitamento, ha rappresentato una variabile di attivazione per il processo di individuazione degli stessi membri del gruppo che, come ciascun adolescente, stavano muovendosi verso dimensioni di distanziamento per riconoscere le parti di sé e dell'altro dissonanti con i processi di idealizzazione. Infine, il fattore Evitamento è presente soprattutto nella ultima fase, ad indicare l'azione di distanziamento degli aspetti di contatto più profondo ed intimo

Questi dati rappresentano indicatori importanti che attestano il livello di coesione del gruppo, con un andamento non lineare in cui è evidente il passaggio dall'illusione gruppale (Anzieu, 1976) alla successiva destabilizzazione e crisi dell'immagine idealizzata del gruppo, per poi tornare ad un investimento sufficientemente buono attraverso l'analisi dei propri sogni narrati nel gruppo come contenitore e mediazione di processi affettivi. In un periodo storico particolarmente delicato, ciascun membro stava vivendo la fase del pre-covid, il gruppo ha rappresentato la possibilità di poter

analizzare il proprio vissuto mentalizzando timori e azioni. Questo ha permesso di poter esprimere le tonalità anche affettive disturbanti per poter ricercare dentro sé stessi fattori di resilienza per affrontare il periodo del piano emergenziale pandemico.

Sarebbe utile nel tempo dedicare uno spazio di ricerca per il processo narrativo che i singoli e il gruppo ha potuto affrontare.

Abstract: This article was written at the beginning of 2020, to compensate an internship that couldn't been carried out because of pandemic Covid-19; history teaches us that other epidemics in the past have marked human existence and their consequences have had the same implications today: closure of all activities, isolation of the individual, a huge number of victims. The focus of this observation is about the categories of people on risk and the psychological consequences of social distancing; the evaluation of intervention attempts, the not always wise use of telematic support, and the new skills generated in the face of the difficulties that 'strengthen the mind'. With the eyes of who, at the beginning of the pandemic, had no idea of what the future would bring, today's reflection is addressed to a world that has shown, despite the past historical experiences, that human being is fallacious but he's also the only species who is adaptable to harmful environmental changes that often are made by him.

259

Key words: Pandemic, Isolation, Psychological Consequences, Adaptability

Riassunto: Questo articolo è stato redatto ad inizio 2020, a compensazione di un tirocinio che non si è potuto svolgere a causa della pandemia da Covid-19; la storia ci insegna che altre epidemie in passato hanno segnato l'esistenza umana e che le loro conseguenze hanno avuto gli stessi risvolti odierni: chiusura di ogni attività, isolamento delle persone, un alto numero di vittime. Il focus di questa osservazione sono le categorie di persone a rischio e le conseguenze psicologiche causate dal distanziamento sociale; la valutazione dei diversi tentativi di intervento, l'uso non sempre saggio del supporto telematico e le nuove capacità generate a fronte delle difficoltà che 'rafforzano la mente'. Con gli occhi di chi allora, ad inizio pandemia, non aveva cognizione di ciò che il futuro avrebbe portato, l'odierna riflessione è rivolta a un mondo che ha dimostrato che a prescindere dalle esperienze storiche del passato, l'essere umano è fallace ma è anche l'unica specie in grado di adattarsi ai cambiamenti ambientali spesso dannosi di cui spesso lui stesso è autore.

Parole chiave: Pandemia, Isolamento, Conseguenze Psicologiche, Adattamento

Bibliografia

- Anzieu, D. (1976), *Le groupe et l'inconscient*. Bordas, Paris. Tr. it. Il gruppo e l'inconscio. Borla, Roma, 1979.
- Bara, B.G. (2012), *Dimmi come sogni. Interpretazione emotiva dell'esperienza onirica*. Mondadori, Milano.
- Bion, R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*. Armando Editore, Roma.
- Bottoni C., Carleschi, A., Lago G. (2015), *Dream work in Integrated Psychodynamic Psychotherapy-IPP Method in THE DEPTH OF DREAMS-32nd IASD Annual International*.
- Caccamo, F. (2014), *Il processo in psicoterapia di gruppo: costruzione e validazione di una scala per la misurazione dei fattori terapeutici* (tesi di dottorato, scuola di dottorato e ricerca in scienze psicologiche, Padova, Italia). Disponibile da <http://paduaresearch.cab.unipd.it/6452/>.
- Cartwright, D., Zander, A. (1968), *Group Dynamics; research and theory*. Harper and Row, New York.
- Costantini, A. (2000), *Psicoterapia di gruppo a tempo limitato. Basi teoriche ed efficacia clinica*. McGraw-Hill Education, Milano.
- Costantini, A., Sparvoli, M., Balbi, A. (2002), Gruppi nelle istituzioni. Risultati di un programma innovativo. *Gruppi*, vol. IV n. 3, Sett-Dic.
- Costantini, A., Picardi, A., Podrasky, E., Lunetta, S., Ferraresi, G., & Balbi, A. (2002), Questionario sul Clima di Gruppo: validazione di una misura di processo per le psicoterapie di gruppo. *Rivista di Psichiatria*, 37, 1.

- Di Leone G. (1991), Intervento al gruppo di ricerca sull'uso del piccolo gruppo nelle istituzioni psichiatriche della UOT 7, USL Roma 3
- Endicott, J., Spitzer, R. L. et al (1976), The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766.
- Freud, S. (1900), *The interpretation of dreams* (Standard ed. 4–5). London, Hogarth Press.
- Friedman, R. (2002a), Developing partnership promotes peace: Group psychotherapy experiences. *Croatian Medical Journal*, 43, 141–147.
- Friedman, R. (2002b), *Dream-telling as a request for containment in group therapy: The royal road through the other*. In C. Neri, M. Pines, & R. Friedman, (Eds.), *Dreams in group psychotherapy* (pp. 46–67). London, Jessica Kingsley.
- Gullo, S., Coco, G. L., Di Fratello, C., Giannone, F., Mannino, G., Burlingame, G. (2015), Group climate, cohesion and curative climate. A study on the common factors in group process and their relation with members attachment dimensions. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*. DOI: <https://doi.org/10.4081/ripppo.2015.160>.
- Hill, C.E., Knox, S. (2010), The Use of Dreams in Modern Psychotherapy. *International Review of Neurobiology*, 92.
- Johnson, J. E., Burlingame, G. M., Olsen, J. A., Davies, D. R., Gleave, R. L. (2005), Group climate, cohesion, alliance, and empathy in group psychotherapy: Multilevel structural equation models. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 310.
- Lago G. (2006), *La Psicoterapia Psicodinamica Integrata: le basi e il metodo*. Alpes Italia, Roma.

- Lago G, a cura di, (2016), *Compendio di psicoterapia. Per una psicoterapia senza aggettivi*. Franco Angeli, Milano.
- Mackenzie, K.R. (1983), The clinical application of a group climate measure. *Fam. Proc.*, 1, 15(29).
- Meltzer, D. (1983), *Dream–Life*. Worcester, Clunie Press.
- Neri, C. (1995), *Gruppo*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Ormont, L. (1994), Developing emotional insulation. *Int.J. Group Psychotler*, 44, 361 (75).
- Ormont, L. (2001), Meeting maturational needs needs in the group setting. *Int.J Group Psychotler*, 51, 343 (59).
- Stern, L. (2005), Co-creation of group process: a member sets off the therapist’s abandonment feelings. *Int. J. Group*, 29, 421 (433).
- Stone, W., Karterud, S. (2006), Dreams as portraits of self and group interaction. *International Journal of Group Psychotherapy*, 56, 47(61).
- Yalom, Y. D. (2005), *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Yalom Y.D., Rand K. (1966), Compatibility and cohesiveness in therapy group. *Archs gen. Psychiat*, 13, 267(76).

FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

A cura di *Giuseppe Lago*

COMPENDIO DI PSICOTERAPIA

Per una psicoterapia
senza aggettivi

Presentazione di *Paolo Migone*



Per saperne di più clicchi qui

263

Finalmente un testo di psicoterapia senza aggettivi.

Pensiamo che nel terzo millennio sia venuto il momento di offrire agli addetti ai lavori, ma anche alle persone interessate e impegnate in discipline affini, uno strumento di orientamento generale e di lavoro di base.

Per realizzare questo obiettivo, abbiamo cercato di impostare un *common ground* di nozioni e conoscenze, il più condivisibile da parte dei principali indirizzi della psicoterapia attuale. Ci siamo proposti di presentare una metodologia il più possibile trasversale, senza dimenticare il paradigma di provenienza di molti di noi, cioè la psicoanalisi. L'influenza di cui abbiamo tenuto conto, però, riguarda la stessa influenza che ciascuno psicoterapeuta riceve durante la sua formazione, dal più antico metodo di cura attraverso la relazione. Sullo sfondo del percorso storico della psicoanalisi, abbiamo assimilato tutto il meglio che ci può derivare da altri indirizzi nati dopo di essa.

Questo libro vuole essere un manuale di agile consultazione per lo psicoterapeuta clinico del nostro tempo. Non siamo interessati a occupare lo spazio limitato di un'appartenenza a un paradigma. Siamo altresì impegnati nell'espone le basi metodologiche dell'intervento di psicoterapia, a cominciare da una solida impostazione diagnostica della personalità e da una necessaria verifica dell'*outcome*, ovvero dei risultati di un intervento che vorremmo contribuire a sottrarre all'autoreferenzialità dei metodi carismatici e allo schematismo dei metodi riduzionisti.

Giuseppe Lago, psichiatra, psicoterapeuta, dirige dal 2004 l'Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata (IRPPI) (www.irppiscuolapsicoterapia.it), scuola di specializzazione riconosciuta dal MIUR. Nel 2006, ha pubblicato *La psicoterapia psicodinamica integrata: le basi e il metodo* (Alpes Italia). Nel 2014, ha pubblicato, per Castelvecchi, *L'illusione di Mesmer*. È vicedirettore della rivista dell'IRPPI *Mente e Cura* (www.mentecura.it).

