

SCIENZE DELL'INTERAZIONE

Rivista di psicologia clinica e psicoterapia



1/2-2014

SCIENZE DELL'INTERAZIONE

Rivista di psicologia clinica e psicoterapia

Comitato scientifico

Maria Armezzani, Gianluca Castelnuovo, Alberta Contarello, Elena Faccio, Marco Guicciardi, Gualtiero Harrison, Antonio Iudici, Sadi Marhaba, Marco Vinicio Masoni, Cristina Mazzini, Roberta Milanese, Enrico Molinari, Paolo Mordazzi, Giorgio Nardone, Gioacchino Pagliaro, Patrizia Patrizi, Luigi Pedrabissi, Mirella Pirritano, Antonio Ravasio, Diego Romaioli, Franca Tarantini, Giampiero Turchi, Fabio Veglia, Bruno Vezzani, Stefano Zanon

Direzione

Alessandro Salvini

Comitato di redazione

Francesca Dellai, Cristina Gualtieri, Diego Romaioli (coordinatore)

Contatti

E-mail: psicopraxis1@gmail.com

Tel. +39 349 345 7626

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Interattivo-Cognitiva

Indirizzo: Via Longhin 83, 35100 Padova

Sito: www.psicoterapiainterazionista.it

E-mail: info@ist-psicoterapia.it

Tel/fax: 049/7808204.

Gli articoli pubblicati da Scienze dell'Interazione – Rivista di Psicologia Clinica e Psicoterapia – sono sottoposti in forma anonima alla valutazione di due membri del gruppo dei revisori di cui fanno parte studiosi, ricercatori e professori universitari di chiaro prestigio nazionale e internazionale.

SCIENZE DELL'INTERAZIONE

Rivista di psicologia clinica e psicoterapia

1/2, 2014

INDICE

EDITORIALE

- Esiste nelle scienze cliniche della psiche l'equivalente del bosone di Higgs?** 03
Alessandro Salvini

PROSPETTIVE

- Retorica, persuasioni e psicoterapia: alcuni spunti** 07
Daniele Boscaro

- L'opera d'arte come metafora nelle costruzioni delle realtà** 19
Elena Battistella

RICERCHE E STUDI CLINICI

- L'akrasia nelle condotte autolesive**
Spunti per riorganizzare le molteplici rappresentazioni di sé 28
Diego Romaioli, Silvia Bresolin

- Il dolore e la sofferenza del corpo:**
una riflessione socio-antropologica per il sapere dello psicoterapeuta 39
Antonio Consiglio, Elisa Massariolo, Silvia Maestranzi Moro

- "Se è una mia struttura, come posso guarire?"**
Il potere della metafora nella psicoterapia interazionista 46
Stefano Zanon

- Procreazione medicalmente assistita:**
implicazioni cliniche, sociali e nuovi servizi professionali 55
Antonio Iudici, Federica Berti

ARCHIVIO

- Il "Tipo criminale"**
Perché riproporre le pagine di un vecchio libro di Antropologia criminale? 67
Alessandro Salvini

CLINICA IN FIERI

- La relazione tra percezione del valore rigenerativo di un luogo e *sensation seeking***
Uno studio esplorativo 79
Margherita Galli, Gioacchino Pagliaro, Rita Berto

- Il protocollo di *ArmoniosaMente* con i pazienti oncologici**
L'esito di uno studio su otto gruppi di pazienti 88
Margherita Galli, Gioacchino Pagliaro

SCIENZE DELL'INTERAZIONE

Rivista di psicologia clinica e psicoterapia

1-2, 2014

OPINIONI A CONFRONTO

Entropie Cromatiche. Note per una pittura processuale 95
Laura Nicolae

PSICOTERAPIA E COMPETENZE COMPLEMENTARI

Psicoterapia e benzodiazepine 101
Andrea Cavallo

EDITORIALE

Esiste nelle scienze cliniche della psiche l'equivalente del bosone di Higgs?

Sapete la questione del bosone di Higgs, la cosiddetta particella di Dio? La particella più elementare di tutte! L'entità subatomica mediatrice di tutte le interazioni fondamentali. Due esperimenti chiave hanno dimostrato l'esistenza di quella che era solo un'ipotesi teorica. Tutto grazie al più grande acceleratore del mondo, il Large Hadron Collider del Cern di Ginevra. La fisica ha tirato un sospiro di sollievo quando è stato dimostrato sperimentalmente l'effettiva esistenza del bosone, altrimenti interi suoi capitoli dovevano essere riscritti. Il terremoto evitato ha fatto esultare i fisici classici, riconfermata la fiducia nel pilastro della scienza, il metodo sperimentale, e sancito un successo per i difensori del cosiddetto 'Modello standard', in competizione con altri modelli. Ma come a una festa in famiglia, sedati gli applausi e terminati i brindisi, qualcosa divide: alcuni fisici, pochi per la verità, hanno incominciato ad obiettare che le cose non stavano proprio in questi termini. La questione è complicata e difficile da riassumere: alcuni si interrogano, 'siamo sicuri che questa nuova particella elementare sia compatibile con il bosone di Higgs?' Altri commentano, 'i dati potrebbero essere dovuti a fluttuazioni casuali!' C'è chi dice 'si tratta comunque di una particella virtuale, e i riscontri ottenuti sono pur sempre dei dati statistici', e così via.

Per quello che ci interessa, riaffiora cauto il vecchio conflitto tra fisici 'realisti' e fisici 'anti realisti', presenti in particolare tra i fisici delle particelle. Non bisogna essere degli scienziati per capire il senso di questo conflitto, che considerato dalla parte degli anti realisti potrebbe suonare così: "Il nostro accesso a varie dimensioni della realtà, diverse da quelle empiriche, è sempre ipotetico, mediato da 'modelli concettuali' e dai procedimenti conoscitivi utilizzati. Non sappiamo in che misura un certo modello e i suoi procedimenti di scoperta e di verifica creino le dimensioni del 'reale', che noi finiamo per pensare realmente esistenti". Come dire che un modello fisico è pur sempre un modello e non una immagine speculare dell'esistente. Un modello può risultare efficace nel predire un certo risultato solo entro dimensioni del reale che costruisce. È peraltro noto che in fisica e in matematica possono essere introdotti degli enti o delle grandezze o delle configurazioni compatibili con una certa teoria e utili sul piano deduttivo, ma non per questo indipendenti dall'espedito conoscitivo. Questo accade anche in campi del sapere molto lontani dalla fisica e nati con altri scopi, come la configurazione dei reati quando si scrivono i codici di diritto penale. Un tema caro ai giuristi 'classici' per i quali il reato era un segmento comportamentale, ritagliato ed eletto ad ente giuridico mediante criteri di valore e di significato entro un accordo normativo condiviso. Questo avveniva prima che comparisse sulla scena il positivismo giuridico avallato e sostenuto dalla 'medicina morale' (psichiatria e antropologia criminale) intesa a riportare nella

'realtà' della natura umana il fondamento realistico, universale e astorico, di ogni regola morale, facendo della 'psiche' una sorta di organo fisiologico, suscettibile di malattia o di deformità, a somiglianza degli altri organi corporei.

Tanto per non perderci a cercare analogie e per riportarci entro i nostri più limitati orizzonti, quello che sostengono i fisici dissidenti e anti realisti, somiglia alla risposta che certi (non tutti) psicologi danno alla domanda "Che cos'è l'intelligenza?": "Non lo sappiamo", rispondono "è solo quella cosa che un certo test misura". Ciò non toglie che molti Psichiatri e Psicologi clinici e dell'educazione utilizzino i test dell'intelligenza come reali indicatori dell'intelligenza, tra cui il noto WAIS e le sue forme derivate. Ma 'cosa' misuri effettivamente un test è un problema che riguarda ogni teoria e metodica psicologica.

A differenza degli enti giuridici e dei costrutti psicologici, sembra certo che la particella elementare di Higgs esista realmente e in modo indipendente dagli uomini che l'hanno ipotizzata e scoperta. Quindi dovendo scegliere, visto che non ne capiamo granché, è meglio stare con i fisici realisti, non per conformismo ma per prudenza. Tuttavia nell'ambito delle scienze cliniche della psiche le 'cose' sono molto diverse e il confortante realismo delle scienze della natura non può essere praticato con la stessa fiducia. Purtroppo nell'ambito dei saperi umanisti, sociali e psicologici come ha detto qualcuno, e non potrebbe essere diversamente, "l'uomo è e rimane la misura di tutte le cose".

Nel campo clinico pensare all'esistenza dei costrutti o enunciati psicologici come fatti reali, può portare ad aberrazioni attributive, interpretative e percettive, ad esempio identificando la parola usata con l'esistenza della 'cosa'. Il famoso Jean-Martin Charcot, che ha codificato il termine 'isteria', ripeteva ai medici alienisti che accorrevano in massa alle sue lezioni all'ospizio parigino della Salpêtrière, "fissatevi bene nella mente, il che non dovrebbe richiedere uno sforzo eccessivo, che la parola isterismo non significa nulla". Charcot pur essendo un medico giustamente legato al riscontro anatomico neuropatologico, pose al centro della sua riflessione il concetto di 'lesione funzionale', oggi diremmo di costrutto virtuale, e creò un'entità psichica, l'Isteria. Un costrutto ipotetico di cui non era dimostrabile il riscontro organico. Ma molti di questi medici, in reverente ascolto di Charcot, e in tempi successivi i loro allievi, non potevano accogliere la sua raccomandazione. Prigionieri del realismo positivista e ingenuo delle parole, convinti che al nome corrispondesse la 'cosa', pensavano che esistesse effettivamente una relazione tra l'isteria e l'utero. Non è poi strano che abbiano cercato di curare l'Isteria con la chirurgia. Per oltre sessanta anni molte donne diagnosticate isteriche sono state sottoposte ad isterectomia, e questo in vari manicomi e poi ospedali psichiatrici d'Europa, Italia compresa. La cosa interessante è che al seguito di questa pratica 'psicocirurgica', è stata prodotta un'ampia letteratura scientifica a dimostrazione dell'efficacia della cura, e a convalida dell'ipotesi fisiopatologica. Non lo sappiamo con certezza, ma molto probabilmente sono state curate più donne con questo sistema che con l'elitaria psicoanalisi.

Oggi avviene qualcosa di simile quando sono prescritti trattamenti farmacologici a bambini scolasticamente inadeguati sul piano dell'apprendimento, labili nell'attenzione e iperattivi. Non malati ma semplicemente 'diversi', tuttavia considerati affetti da una

sorta di malattia, indicata con l'acronimo ADHD. Il consenso 'non informato' degli insegnanti e le attese magiche dei genitori hanno fatto il resto. Anche se che chi ha coniato questa entità nosografica, Leon Eisenberg, visti gli abusi, ha ridimensionato e sconfessato la sua categoria diagnostica. Troppo tardi per un ripensamento: ormai la diagnosi di ADHD trova costante conferma nella sua diffusa esistenza nei resoconti clinici e negli articoli scientifici. Anche se citando Thomas Szasz, si può dire che "nessuna scienza (della psiche) può essere migliore dell'apparato linguistico di cui dispone".

Le generazioni passano ma i costrutti mentali rimangono gli stessi, almeno nelle scienze cliniche della psiche, aggrappate come sono alla necessità del loro 'realismo determinista'. Proprio ieri Giampiero Turchi mi riferiva che durante una consulenza d'ufficio richiesta da un tribunale del Veneto, in cui i periti dovevano esprimersi sulla 'idoneità genitoriale' del padre e della madre, un perito debordando dai limiti evidenti del quesito giuridico e pedagogico, sosteneva la non idoneità genitoriale della madre in quanto "personalità istrionica". A questo punto interessanti sono i processi cognitivi del perito (o meglio del consulente). Modo di pensare dettato ovviamente da convinzioni condivise e credenze professionali diffuse, secondo cui: a) esiste effettivamente e realmente un tratto chiamato personalità istrionica; b) che questo tratto, connotabile come patologico, può agire in modo pervasivo e determinante in ogni comportamento e quindi influire anche nel ruolo di genitore. Per cui la personalità istrionica della donna, può pregiudicare le capacità e competenze di una madre. A questo punto risultano interessanti, come si è detto, il sistema di inferenze e di attribuzioni usato dal consulente, ad esempio i nessi teorici e logici che guidano e guideranno in futuro la replica di uno schema interpretativo/determinista del tipo 'personalità' = comportamento. Anche se questa equazione persiste ed è dura a morire nonostante sia stata più volte falsificata per via empirica e considerata fallace da molto tempo sul piano logico ed epistemologico (cfr. l'errore fondamentale di attribuzione, Heider, 1958). Si potrebbe dire a questo proposito che "chi ha solo un martello finisce per trattare tutte le cose come chiodi, oppure chi commercia solo in chiavi vede ovunque serrature".

Ho insegnato per una quindicina di anni 'Teorie della personalità' e poi 'Psicologia della personalità e delle differenze individuali', ovvero un sapere di base, necessario e preliminare alla psicologia clinica, diagnostica e alla psicoterapia, secondo l'assetto tradizionale degli insegnamenti presenti nelle facoltà universitarie di Psicologia. Ho scritto anche qualche lavoro annodandovi il termine 'personalità', spesso con l'intento di denunciare l'aspetto convenzionale o per poi farne un uso critico. Senza saperlo anch'io facevo come Charcot, quando dicevo ai miei allievi, "state attenti che la parola personalità di per sé non significa niente. Si tratta di un termine polisemico di cui ogni volta va esplicitato e concordato il significato, quindi esiste come convenzione che non va oltre le credenze di chi la usa". Pensate che questo abbia portato a qualche risultato? Non saprei.

Quando ero studente i miei iniziali interessi verso lo studio della 'personalità' e dei suoi elementi costitutivi, i tratti, (per noi le particelle elementari della psiche) vennero orientati da un libro oggi scomparso - si chiamava "Teorie della personalità". Gli Autori Calvin Hall e Gardner Lindzey, nel 1957 (traduz. Italiana 1966), dando prova di una com-

petenza enciclopedica e specialistica, avevano riassunto e messo a confronto le quattordici teorie della personalità presenti negli approcci clinici, pedagogici e sociali della psicologia e psichiatria del tempo. Con la pecca un pò egocentrica tipicamente nordamericana, di dimenticarsi, al di là di Freud e Jung, la tradizionale caratterologica europea, francese, tedesca e italiana in particolare. Attraverso la lettura di questo libro chiunque poteva tuttavia rendersi conto della relatività del termine 'personalità': un'entità inventata, che permetteva di ricomporre entro un unico costrutto o concetto, criteri attributivi diversi. A seconda dello schema narrativo utilizzato, le teorie cliniche della personalità, articolate sulla antinomia dualistica normale e patologico, consentivano di costruire una rappresentazione della persona osservata attraverso una tipizzazione, in genere prive di contesto. Una sorta di analisi grammaticale di un testo, da cui si esclude la trama, la narrazione, chi scrive e chi legge. In cui i giudizi non tengono conto delle situazioni e delle intenzioni dei protagonisti né di quelli usati dallo scrittore, con le sue tesi sull'umano e sull'esistenza, non estranei alla sua morale ideologica. Basta credere in una teoria, meglio se unica e condivisa e che piaccia alla committenza, per poi pensare che un concetto come la personalità sia una 'cosa vera' perché poi lo diverrà poi nei suoi effetti, percetti e valutazioni.

Tuttavia nelle scienze cliniche della psiche continua la ricerca di Cuczo, la città d'oro, persa nelle foreste amazzoniche, o se volete la ricerca del bosone di Higgs della psiche: la ricerca di una particella psicologica elementare, la più importante per spiegare tutte le interazioni fondamentali presenti nei comportamenti. Le teorie del trauma e dell'attaccamento, le teorie temperamentali e dei tratti, psicometriche e fattoriali, dei dinamismi inconsci, nosografiche e psicodiagnostiche, le teorie neurocognitive e biosociali, evolutive, genetiche e comportamentali, sempre mescolate a quelle di senso comune a cui debbono dar conto, trovano così nel termine personalità e nelle sue particelle costitutive il criterio unificante e realistico di ogni pratica psicologica professionale.

Con sorpresa leggendo gli articoli di questo numero, fatto salvo questo editoriale, il termine personalità è quasi assente, e non compaiono i suoi committenti, gli impliciti ed espliciti giudizi morali con cui il termine si coniuga e a cui è destinato. Se questa assenza non pesa e non se ne avverte la mancanza, è da chiedersi se in psicologia clinica e in psicoterapia (postmoderne) stia iniziando una nuova stagione. Ovvero la rinuncia a cercare gli improbabili bosoni della psiche capaci di spiegare ogni aspetto dell'agire umano.

*Alessandro Salvini**

* *Direttore scientifico della Scuola di specializzazione in Psicoterapia Interattivo-Cognitiva di Padova. Già Ordinario di Psicologia Clinica, Università di Padova.*

Retorica, persuasioni e psicoterapia: alcuni spunti

*Daniele Boscaro**

Riassunto. Sulla retorica come insieme di strategie e tecniche di organizzazione di un discorso è già stato detto molto (Perelman, 1979; Reboul, 1994; Nardone, Salvini, 2004). Il presente lavoro sviluppa la lettura di alcune caratteristiche di questa disciplina, attraverso una griglia concettuale costruzionista e interazionista, con l'obiettivo di elaborare delle riflessioni su processi psicoterapeutici in grado di tradursi in effetti persuasivi. I presupposti conoscitivi che hanno guidato lo studio prevedono infatti che, nel lavoro psicoterapeutico, possano essere efficacemente utilizzate strategie e tecniche dialogiche e persuasive (Salvini, Nardone, 2004), che in gran parte provengono da pratiche sociali sedimentate nella storia millenaria del mondo occidentale (e non solo) e quindi preesistenti ad una "scienza" ancora giovane come quella psicoterapeutica.

Parole chiave: Retorica, Persuasione, Psicoterapia

Abstract. Much has been said on rhetoric as an ensemble of strategies and discourse planning (Perelman, 1979; Reboul, 1994; Nardone, Salvini, 2004). The present article will expand the interpretation of some aspect of the discipline through the use of a constructionist and interactionist conceptual grid, with the aim of elaborating considerations on psychotherapeutic processes which can convey persuasive effects. The assumptions which guided the study are grounded on the use of strategies and dialogic techniques as an effective persuasive device in psychotherapy (Salvini, Nardone, 2004); which come largely from social practices performed in the thousand-year old western (but not just) history, therefore prior to a comparatively young discipline such as psychotherapy.

Key words: Rhetoric, Persuasion, Psychotherapy

1. La retorica persuasiva dal punto di vista linguistico-cognitivo

La retorica si occupa principalmente della scelta e della disposizione strategica delle parole all'interno di un discorso¹ diretto ad un obiettivo, che solitamente è quello di

* *Psicologo e Psicoterapeuta, specializzato presso la Scuola di specializzazione in Psicoterapia Interattivo-Cognitiva di Padova.*

¹ Per discorso si intende qualsiasi struttura coordinata di segni (anche acustici o visivi, come nella musica e nelle arti pittoriche) dotati di senso e significato e diretti ad un uditorio/osservatore.

persuadere l'uditorio delle proprie opinioni. Gli stili e le forme di questa antichissima arte sono stati trattati in innumerevoli testi, in questa sede ci basta accennare ad alcuni elementi che possono risultare pertinenti al nostro oggetto di studio, il linguaggio psicoterapeutico, partendo dapprima da un livello linguistico-cognitivo.

Una specificazione importante da fare è che in questo lavoro la retorica, come insieme di manovre persuasive, non viene associata esclusivamente alle parole, o al dialogo, ma all'intero dispositivo della comunicazione umana: anche un silenzio, un gesto, l'abbigliamento o la disposizione di uno spazio fisico possono essere considerati come parti di un'organizzazione discorsiva, e quindi capaci di influire persuasivamente sul destinatario. Partendo da questa premessa fondamentale, vediamo quali potrebbero essere alcuni accorgimenti comunicativi utili a entrare in relazione con i nostri interlocutori in maniera persuasiva.

1.1. Categorizzazioni

Una considerazione fondamentale da cui partire è che la comunicazione umana agisce sulla base della categorizzazione linguistica: come scrive Palmonari (1995) "l'uomo non accumula le proprie esperienze in modo puramente sommativo, ma le costruisce in modo organizzato attraverso un'attività di selezione e di semplificazione". La categorizzazione è quindi intesa come quel processo cognitivo che ci consente di estrarre l'informazione potenziale contenuta nel mondo ed accessibile alla nostra percezione sensoriale; tale processo implica delle discriminazioni, raggruppando certi fenomeni in classi omogenee ed escludendone altri (Salvini, 1998). Se abbiamo l'obiettivo di persuadere un interlocutore, dovremmo quindi essere consapevoli che la scelta di alcune parole piuttosto che altre, innescherà l'associazione delle rispettive categorie semantiche, le quali sono soggette ad alcuni automatismi cognitivi simili a quelli coinvolti nelle strategie di ragionamento dette euristiche²; proprio le euristiche possono operare grazie ai processi cognitivi che regolano la categorizzazione.

L'apporto simbolico conseguente all'accesso di determinate categorie semantiche è un processo che si può gestire volontariamente, avendo obiettivi persuasivi: denominare un'invasione militare con l'etichetta "missione di *pace*" significa risvegliare in chi legge i giornali o guarda i notiziari la sensazione che dopotutto non si tratta della solita guerra, e che forse questa è una missione portata avanti "a fin di bene". Ovviamente le caratteristiche delle categorie semantiche in questione provengono dal senso-comune, ossia dalle credenze e pre-conoscenze egemoni e condivise in un gruppo sociale. Un'altra specificazione importante è che il significato di un'espressione linguistica molte volte non si esaurisce con il suo versante "letterale", ossia fisso e codificato in maniera definitiva, ma è soggetto alle pragmatiche del suo utilizzo: l'espressione "è *tardi*", nel suo

² Sono le strategie di ragionamento coinvolte nei processi decisionali, studiate molto in economia e finanza per la gestione dei movimenti finanziari. Sono interessanti dal punto di vista psicologico e processuale perché hanno contribuito allo sviluppo del principio "post-razionalista" relativo all'agire umano: le persone utilizzano infatti scorciatoie cognitive che le portano a decidere secondo l'impressione generale percepita, piuttosto che ad un'analisi razionale (e statistica) dettagliata: le limitate capacità di attenzione, di memoria, le costrizioni percettive, inducono le persone a semplificare il processo decisionale, ad esempio attraverso l'interruzione volontaria del processo di raccolta di informazioni, non appena ci si è fatti l'idea di aver trovato una qualche opzione soddisfacente. Kahneman e Tversky (1982) sono stati i primi ad approfondire questo filone di studi e ad elaborare una tassonomia dei principali bias, ossia delle fallacie euristiche che più spesso allontanano gli individui dai processi decisionali razionalmente intesi.

significato letterale, può esprimere un semplice giudizio sulla dimensione temporale che si sta affrontando, ma se utilizzata in particolari contesti può poter significare molto di più, ad esempio può essere un modo gentile di dire: “adesso sono stanco, andate a casa”.

Le categorizzazioni linguistiche sono soggette ad alcune fallacie, anch'esse analizzate in molti lavori (Iudici, Biagini, 2010; Salvini, 1998; Palmonari, 1995). Ci interessa qui fare cenno alla “correlazione illusoria”, ossia l'automatismo cognitivo che ci porta a stabilire nessi di causa effetto fra eventi indipendenti³, o la “generalizzazione”, che induce a estendere le caratteristiche di un elemento ad altri elementi simili ad esso, ma non eguali. Questi e altri vincoli cognitivi possono essere utilizzati a favore o contro un argomento, persuadendo un ascoltatore attraverso il condizionamento del suo ragionamento.

1.2. Parole in ordine

A livello linguistico e cognitivo, un altro aspetto importante è la gestione sintattica di un'espressione (Rampin, 2005): ossia l'organizzazione dell'ordine delle parole e delle congiunzioni (operatori logici) utilizzate in esse: dire “sono stato ad una conferenza e mi sono annoiato” piuttosto che “sono stato ad una conferenza, *ma* mi sono annoiato” fa assumere al primo membro della frase, e quindi alla nostra concezione di “conferenza”, una significazione completamente diversa. L'utilizzo oculato degli operatori logici “*se-allora*”, “*mai*”, “*sebbene*”, ecc. può orientare in maniera decisiva la significazione di una frase, di un evento, di un vissuto.

1.3. Metafore

Parlando di linguaggio persuasivo, un riferimento doveroso va alle metaforizzazioni (Salvini, Faccio, 2007), essendo il linguaggio metaforico un linguaggio dalle potenzialità fortemente evocative, in grado di innescare processi, quali la concatenazione associativa di immagini e concetti, inerenti alle funzioni immaginative dell'emisfero destro (vedi par. 1.2.). In altre parole, il linguaggio delle figure retoriche e delle metafore, fatto di suggestioni ed evocazioni, è un linguaggio più vicino al *sentire* che al *capire* (Nardone, Salvini, 2004), e quindi alla dimensione *proto-linguistica* e narrativa importantissima che guida e orienta i nostri pensieri e le nostre sensazioni al di fuori della nostra consapevolezza (Salvini, Faccio, 2007).

Oltre all'utilizzo di uno stile metaforico, piuttosto che un linguaggio freddo e tecnico, in psicoterapia può essere utile utilizzare un'altra delle applicazioni pratiche provenienti dalle considerazioni appena enunciate, ossia l'uso di aforismi: asciutte frasi ad enorme effetto suggestivo, gli aforismi secondo alcuni autori (Nardone, Salvini, 2004, p. 36)

³ Piattelli Palmarini (1995) ci ricorda che il modello causalistico di argomentazione (il cosiddetto *modus ponens*) “se p, allora q”, è un “nocciolo cognitivo” atavico che fa parte dell'umanità dall'avvento della neo-corteccia celebrale in poi. Il sistema cognitivo umano sarebbe quindi portato a stabilire rapporti di antecedente-conseguenza – e successivamente di causa-effetto – fra eventi, e questa predisposizione si sarebbe evoluta e raffinata emancipandosi definitivamente nella costruzione del paradigma della scienza occidentale, fortemente deterministica. In questo lavoro non ci occuperemo di stabilire se lo schema causalistico sia innato o sia generato e legittimato da una struttura di plausibilità socialmente condivisa. Un elemento importante da considerare è sicuramente la presenza di questo automatismo cognitivo nei processi di significazione utilizzati dalle persone socializzate nella cultura occidentale.

sono “la più potente forma di comunicazione letteraria, perché sono immediatamente *evocativi*: fanno sentire le cose, non le spiegano, e non richiedono nessun impegno perché entrano dentro di noi da soli, rimanendoci come un marchio a fuoco”. Uno stile linguistico che si preoccupi di non essere noioso, meccanico e intellettualistico, non può non approfondire queste particolari forme di comunicazione.

1.4. Atti linguistici

Un ultimo riferimento linguistico va fatto alla teoria degli “atti linguistici” (Austin, 1987), importanti per comprendere che si possono “fare cose con le parole”, e cioè che nel linguaggio cosiddetto “performativo” ad alcune espressioni linguistiche corrispondono delle vere e proprie azioni. Tale processo di “azioni linguistiche” dipende da quelle parti del discorso che questa teoria definisce come atti “illocutori” e “perlocutori”: illocutoria è l’azione che si compie nel dire qualcosa – come con i verbi “ordinare”, “suggerire”, “prescrivere” – e perlocutoria è l’azione che si fa col dire qualcosa – come con i verbi “persuadere”, “convincere”, “suggestionare”, “influenzare”. Perlocutorio è dunque l’effetto di un’enunciazione sui suoi interlocutori. Gli atti illocutori e perlocutori non sono un resoconto descrittivo di un comportamento o di uno stato mentale, ma servono a far compiere un’azione (Salvini, 2011). Questi aspetti del linguaggio sono molto importanti perché ci permettono, se utilizzati oculatamente, di operare dei condizionamenti nei nostri interlocutori, a livello delle azioni e dei comportamenti: quando parleremo della distinzione fra “*agire*” ed “*essere*”, vedremo che copioni narrativi e comportamentali come quello della “coerenza” possono essere innescati proprio da espressioni illocutorie come “...se lei me lo *promette*, io posso fidarmi...”, le quali, utilizzando verbi come “*promettere*”, possono indurre identificazioni e posizionamenti relazionali nelle persone in grado di farci proseguire in un determinato processo psicoterapeutico.

1.5. Autopersuasioni

Una delle pietre angolari delle strategie più importanti della retorica è quella che, passata già dai sofisti in occidente, e presumibilmente anche nelle tradizioni millenarie orientali, Aristotele ha riassunto nella “teoria centrale” della persuasione, che descriviamo appoggiandoci alla definizione che ne dà Piattelli Palmarini (1995, p. 11): “si ottiene il massimo della presa quando si adottano linee di ragionamento che l’interlocutore è più incline ad accettare e quando si fa appello alle motivazioni che più gli stanno a cuore”. L’effetto performativo di una proposta è tanto più forte quanto si basa su contenuti, immagini, opinioni e idee già presenti e accettate dalla persona che abbiamo davanti. Usare contenuti conflittuali (con il sistema di significati della persona) o fuori portata non solo non produrrebbe effetti, ma accentuerebbe di contro le resistenze dell’interlocutore.

Evitare di far apparire nuove prospettive o proposte di cambiamento per la persona come “istruzioni dirette”, ammantandole invece di uno stile discorsivo che utilizzi immagini, forme e contenuti propri dell’interlocutore, è un’accortezza squisitamente retorica. “Se una persona si persuade da sola si persuade prima e meglio” affermava Pascal (Nardone, Salvini, 2004): organizzare le proprie comunicazioni terapeutiche seguendo questa massima, facendo percepire al nostro interlocutore che è lui che sta “guidando” la scoperta di nuovi elementi, può spingerlo in modo più dolce ma efficace

verso il cambiamento, “poiché esso non viene sentito come una forzatura dall'esterno ma una naturale inclinazione dall'interno, frutto di una scoperta che ha fatto cambiare prospettiva” (Nardone, Salvini, 2004; p. 37). Cialdini (1984) per esemplificare questo stile comunicativo, propone la metafora del jujitsu, l'arte giapponese della difesa personale: come il lottatore deve sapientemente sfruttare la forza dell'avversario, l'inerzia, i principi delle leve e della gravità, mettendoci il minimo di forza propria, così il persuasore deve solo incanalare la forza delle convinzioni e delle argomentazioni già presenti e attive nell'ascoltatore (Piattelli Palmarini, 1995).

2. La persuasione a livello extra-linguistico

Dal punto di vista interazionista, la scelta di distinguere gli aspetti linguistici da altri elementi è solamente un artificio pragmaticamente orientato allo sviluppo di un'argomentazione. L'etichetta “extra-linguistico” avrebbe infatti uno statuto ben definito solo a patto di considerare gli aspetti fonetici (la “lingua”) come realmente distinti nella comunicazione retorica e persuasiva. Sappiamo però che il “linguaggio” o la “comunicazione”, non possono essere considerati solo nella loro forma linguistico-fonetica, ma vanno accorpati a tutti quegli elementi coinvolti nei processi semiotici e simbolici di attribuzione di senso e significato (prossemica e prosodia ne sono due esempi).

Chiarito questo aspetto fondamentale per non cadere nelle trappole del riduzionismo classificatorio, possiamo approfondire il discorso iniziato sulle strategie persuasive affrontando anche aspetti non legati esclusivamente all'aspetto linguistico, fonetico o semantico.

2.1. Mascheramenti

“*Solcare il mare all'insaputa del cielo*” cita il titolo di un libro di strategie persuasive in psicoterapia (Nardone, Balbi, 2008). Dietro a questo affascinante aforisma si nasconde un altro importante segreto che ogni buon persuasore dovrebbe conoscere: mai rendere esplicite le proprie intenzioni “performative” anche se esse sono buone e oneste.

Tale ammonimento ha a che fare con le “logiche non ordinarie” attraverso cui funzionano le menti umane in una porzione importante delle loro attività (Watzlawick, 1977). Far fare una cosa (obiettivo) mentre si fa credere che se ne sta facendo un'altra (mezzo), attraverso uno stratagemma che mascheri la manovra, è una strategia retorica molto usata in psicoterapia, ad esempio nel modello strategico con l'uso delle prescrizioni paradossali (Nardone, Watzlawick, 1990). Possiamo considerarla però una meta-strategia utilizzata in svariati campi della comunicazione persuasiva: pensiamo ad un politico in un comizio che fa una battuta comica: l'uditorio pensa che stia solo distendendo l'atmosfera, in realtà sta preparando lo stesso uditorio implicando uno stato d'animo più morbido e accettante per la comunicazione dell'introduzione di una nuova tassa. Oppure pensiamo ad un agente immobiliare che ci mostra un appartamento più costoso prima di mostrarci quello che ci vuole vendere, noi crediamo stia solo facendo il suo lavoro, mostrandoci la merce disponibile, in realtà ci sta inducendo a comprare più velocemente un appartamento meno costoso del primo, attraverso l'“effetto contrasto” (Cialdini, 1984).

Se rileggiamo entrambi questi esempi attraverso la dicotomia *sentire/capire* citata sopra, possiamo convenire sul fatto che se il politico e l'agente immobiliare avessero verbalizzato direttamente le loro intenzioni, non avrebbero sortito effetti nemmeno in una platea di aspiranti politici o venditori, persone plausibilmente abituate a queste specifiche manovre⁴, e questo perché attraverso un'esposizione diretta dello stato d'animo che volevano suggerire, non sarebbero riusciti a muovere un gran che: il politico non sarebbe riuscito ad ammorbidire gli animi dicendo ad esempio: "bene, sto per comunicarvi che, nostro malgrado, siamo costretti ad introdurre una nuova tassa. Ci dispiace, ma vi invitiamo a distendervi e a pensare che dopotutto non saranno questi pochi soldi in meno a cambiarvi la vita..." e molto probabilmente non avrebbe venduto l'appartamento un agente che ci avesse detto: "ora vi sto mostrando un appartamento costoso, che secondo le mie valutazioni voi non potrete mai permettervi. Questo però implicherà da parte vostra una comparazione con il prezzo dell'appartamento che vi mostrerò subito dopo, che secondo me è a vostra portata. Tale comparazione farà sì che, per l'effetto contrasto, in confronto al prezzo costoso del primo, il secondo appartamento vi sembri meno costoso di quello che è realmente, velocizzando la vostra decisione di comprarlo". Ovviamente una chiarificazione di questo tipo, oltre ai risvolti etici già trattati, avrebbe esplicitato un meccanismo di persuasione psicologica che per funzionare esige di essere *sentito*, e non *capito*: spiegare le cose in maniera diretta toglierebbe quindi l'effetto persuasivo dal suo habitat naturale, che è quello di un'esperienza di flusso, più vicina alla percezione emotiva/corporea che a quella intellettuale e mentalistica.

Dice Piattelli Palmarini (1995, p. 36): "se, al momento stesso, si dovesse spiegare a qualcuno perché un'argomentazione è persuasiva, significa che non lo è. Sarebbe come dover spiegare la battuta finale di una barzelletta. Significa che non fa ridere. La persuasività, come lo humor, si deve poter trasmettere di getto, al primo contatto".

Una meta-strategia di questo tipo, può essere utilizzata in svariate situazioni comunicative con molteplici obiettivi: si tratta di uno stile retorico in grado di gestire il processo comunicativo in modo da accentuare, suggerire o implicare stati d'animo e percezioni in accordo alle finalità che ci si prefigge, evitando quella direttività esplicita che inaridisce le potenzialità evocative ed immaginifiche – l'emisfero destro – della mente umana.

⁴ Si suppone infatti che politici e venditori in formazione potrebbero apprezzare le tecniche utilizzate negli esempi citati anche se esplicitate, rientrando esse in un sistema di valori e in un insieme di pratiche che chi lavora nel settore utilizza, senza conflitti morali, perché mantenute da una struttura di plausibilità (etica in questo caso) che le legittima. Un altro gruppo di persone, non avendo questo tipo di visione del mondo, vedrebbe queste manovre, ovviamente se esplicitate, come poco etiche o addirittura truffaldine, smontando quindi a priori ogni effetto persuasivo ancora prima di ragionare sul fatto che la comunicazione sia stata "diretta" piuttosto che "indiretta".

Box 1: Ogni comportamento si merita un giudizio... o è il contrario?

Un bravissimo barista continuava a lamentarsi dei problemi che incontrava durante il lavoro. Si era sempre trovato bene a lavorare nelle zone lontane da quelle in cui viveva – in lavori stagionali nelle località estive di villeggiatura, ad esempio – ma ultimamente, lavorando nel territorio in cui ha sempre vissuto fin dall’infanzia, incontrava quasi ogni sera situazioni spiacevoli: come clienti dei locali in cui lavorava, intercettava persone che conosceva, innescando episodi di difficile gestione come la richiesta di ottenere consumazioni senza pagare, o di aumentare le dosi di alcol presenti nei cocktail: un trattamento “da amici” insomma. La cosa era fortemente problematica, dato che le richieste, dopo una certa ora, cominciavano ad essere insistenti e formulate in modi a dir poco “maleducati”, irrispettosi del luogo e del suo ruolo professionale.

Deciso a trovare una soluzione perché spossato dall’inefficacia di ripetitive spiegazioni – sul fatto ad esempio che lui non poteva offrire consumazioni essendo solo un dipendente – provò una sera a mettere in campo la seguente manovra: cominciò a dare “del lei” ai suoi amici consumatori. La situazione cambiò repentinamente: gli avventori, trattati con rispetto quasi “nobiliare” – la persona in questione conosce anche i segreti dell’“interpretazione” facendo teatro da molti anni – iniziarono a comportarsi con rispetto. La mossa discorsiva effettuata li ha evidentemente catapultati in un ruolo diverso da quello degli “amici un po’ brilli del barista”, facendoli sentire “rispettabili consumatori” di un locale, e le persone rispettabili, si sa, non bofonchiano su dosi maggiori di alcol, o non si fanno problemi a pagare quel che è giusto.

Oltre alla dimostrazione che a volte non serve cercare competenze psicologiche nei tomii accademici, questo aneddoto è un fulgido esempio di come, a volte, non siano i comportamenti a decretare i giudizi: può capitare che la direzione si rovesci e un giudizio generi post-hoc un comportamento coerente ad esso. Le profezie a volte si auto-adempiono.

2.2. Ruoli

Anche sulle capacità di un ruolo, inteso come investitura sociale ed identitaria, di innescare processi psicologici – ne è un esempio illuminante la “profezia che si auto-adempie” o l’“effetto pigmalione” – è già stato detto e scritto molto (Salvini, 1998; Harrè, Secord, 1972; Lemert, 1967), anche nello specifico campo della persuasione (Cialdini, 1984).

Che l’autorità in un determinato settore possa avere effetti persuasivi in una comunicazione è cosa conosciuta anche dai pubblicitari, che utilizzano infatti “testimonial” famosi per la pubblicizzazione dei prodotti, o costruiscono i messaggi in modo che la comunicazione sul prodotto risulti autorevole, ad esempio facendo descrivere le caratteristiche di un dentifricio ad un signore in camice bianco, o camuffando lo stile espositivo attraverso tecnicismi e specificità linguistiche⁵.

⁵ Un esempio è l'utilizzo di un linguaggio e di accorgimenti stilistici (anche a livello di fotografia e organizzazione spaziale) di tipo medico, settore “autorevole” per antonomasia. Una famosa pubblicità di

Il ruolo può essere anche di impiccio però, e può essere usato da un interlocutore sfidante per invalidare un'argomentazione: è la tecnica retorica dell'*"argomento ad hominem"*: si attacca l'argomentazione attaccando non l'argomento direttamente, ma indirettamente, attaccando la persona che lo espone. Una tecnica molto usata nei comizi e nelle arene televisive, perché è molto più facile colpire le persone che entrare nel merito delle argomentazioni.

Il principio che sottende l'effetto persuasivo (o invalidante) di un ruolo autorevole (o poco credibile) è l'associazione inconsapevole che di solito viene fatta fra il locutore ed il messaggio da esso portato. È un effetto alone che si genera alla luce di vari elementi: i titoli dimostrati ad esempio, come lauree o onorificenze istituzionali, laddove nella nostra cultura i titoli rappresentano riconoscimenti ufficiali che sanciscono uno status simbolico; status che si appoggia anche e soprattutto ad ornamenti oggettuali, quali grosse automobili e un vestiario costoso ed elegante. I significati che inconsapevolmente attribuiamo a queste forme, perché connesse ad icone simboliche sedimentate nelle rappresentazioni e costruzioni sociali che viviamo nella nostra cultura, investono con il loro effetto legittimante anche le comunicazioni e i contenuti che una simile "autorità" emette.

Ma a cosa ci può servire questo in terapia? Fondamentalmente ad essere consapevoli che in un'interazione professionale acquisisce sempre più importanza "gestire l'impressione" (Goffman, 1961, 1967), soprattutto nelle fasi preliminari, dove nel nostro interlocutore si sta formando l'importantissima "prima impressione". Comunicare sicurezza e professionalità attraverso l'organizzazione dello spazio, la scelta di abiti adeguati, uno stile linguistico e comunicativo sicuro e disteso, possono far assumere professionalità, e quindi persuasività, anche ai contenuti delle nostre comunicazioni.

Gli aspetti dell'importanza di un ruolo interpretato però sono ancora più raffinati: "fingere" di essere sicuri e competenti potrebbe implicare criticità etiche, laddove invece, nel lavoro di psicoterapeuti, si auspicherebbe che la professionalità fosse caratteristica acquisita e non simulata. E' un'opinione condivisa da molti però, che la demarcazione fra "fingere" di essere, ed "essere" veramente qualcuno, molte volte sia più sottile di quello che si pensa⁶: simulare, ma sarebbe meglio dire "gestire" oculatamente un'impressione di professionalità, può aiutarci a "sentirci" più professionali e funzionali. "Sentendoci" più funzionali, possiamo addirittura arrivare ad esserlo, in questo modo una corretta gestione di questi aspetti lavora a favore della nostra professionalità e quindi dei nostri clienti, permettendoci quindi di dissipare gli ammonimenti etici prima citati.

Inoltre, l'importanza dell'agire un determinato ruolo e gli effetti psicologici che tale interpretazione può avere, è importantissimo anche per le persone che abbiamo davanti: agire un ruolo diverso vuol dire implicare identificazioni, percezioni e pensieri

chewing-gum ad esempio, utilizza il nome di un prodotto (coniato per l'occasione), lo xilitolo, che richiama nello stile i nomi dei farmaci. Ovvio che il prodotto presente nella gomma da masticare venga esposto come portatore di caratteristiche detergenti e benefiche per il cavo orale (Calabrese, 2007)

⁶ Anche in questo caso avremmo bisogno di un accordo semantico su cosa significhi "essere veramente" qualcosa, o quali potrebbero essere i criteri di validazione per poter affermare di "possedere veramente" determinate caratteristiche e competenze, al di fuori di quello che qui viene considerato il criterio più importante, ossia quello pragmatico: riuscire a fare delle cose, raggiungendo degli obiettivi.

diversi: è a questo che mira la strategia costruttivista del “ruolo stabilito” ad esempio (Kelly, 1955).

Siamo arrivati ad asserire che l'*agire* può far sentire e pensare in modo diverso, e quindi può far essere le persone in modo diverso. Vediamo di sviluppare il significato di questa dicotomia –*agire/essere*– all'interno dell'argomento che stiamo approfondendo, ossia la persuasione.

2.3. Persuadere con l'azione

“Se vuoi *vedere*, impara ad *agire*” è un famoso aforisma di Heinz von Foerster (1984), che riassume una delle più importanti “eresie” delle terapie strategiche ed interazioniste, ossia quella che le nostre azioni possano condizionare i nostri modi di essere, oltre che il contrario. Vengono definite eresie proprio perché rompono con la concezione delle filosofie occidentali – da cui traggono origine le psicoterapie tradizionali – nella quale invece sarebbe il nostro essere a condizionare le nostre azioni. Come sostengono Nardone e Watzlawick (1990) l'egemonia di questa impostazione è dovuta alla sua forte coerenza con il modello di pensiero della ricerca scientifica, dove domina una causalità lineare, deterministica: una *logica ordinaria* che prevede che sia l'essere a causare l'azione, dato che si presuppone che in un essere *razionale* come l'uomo, vi siano prima i pensieri (l'essere) e solo poi i comportamenti (l'azione), ovviamente in una salda relazione di coerenza e adeguatezza.

La dicotomia *agire/essere*, è intimamente connessa con quella prima trattata sul sentire/capire: i termini di queste coppie rappresentano le due sponde di un fiume che gli individui solitamente percorrono senza rendersi conto della loro esistenza, vivendo gli accadimenti come un flusso, incapaci il più delle volte, nell'atto, di discriminare un prima o un dopo, o una gerarchia di valore fra tali termini⁷. In sede di studio risulta utile scindere tale processo producendo delle considerazioni che facciano emergere il valore pragmatico di alcune scelte operative, come appunto quella prima tratta dell'optare per il *sentire*, piuttosto che il *capire*, quale terreno di lavoro privilegiato in psicoterapia.

La logica non ordinaria che prevede che sia l'*agire* a condizionare il nostro essere, può offrire spunti illuminanti sul funzionamento di alcuni processi persuasivi che avvengono nella nostra quotidianità, manifestando come il cambiamento di alcuni pensieri e comportamenti possa avvenire al di fuori delle tecniche psicoterapeutiche: alcuni modelli di psicoterapia si sono comunque adattati a tali constatazioni cercando di “umanizzare” i propri metodi, avvicinandoli alle modalità di influenzamento e cambiamento che gli individui esperiscono nella loro vita quotidiana.

⁷ Si intende specificare con quest'ultima asserzione che la dimensione dell'*agire* non viene posta gerarchicamente al di sopra di quella dell'*essere* – essendo tra l'altro due categorie concettuali esistenti solo grazie al lessico che usiamo per parlarne e non certo come entità ontologiche – ma si vuole solo far notare come, oltre alla già egemonicamente trattata catena di successione dall'*essere* all'*agire*, esistano processi psicologici potentissimi che possono funzionare in direzione opposta, ossia dall'*agire* all'*essere*.

Box 2: Reciprocità e coerenza

Cialdini (1984) analizza entrambe queste categorie concettuali e comportamentali definendole come due importantissime leve persuasive. Da un punto di vista interazionista possiamo notare come esse siano appunto due modi in cui un copione comportamentale indotto attraverso uno stratagemma, può condizionare il modo di essere generando dapprima nuove percezioni, e in un secondo momento nuovi pensieri, idee e posizionamenti relazionali.

Nel momento in cui offro un dono apparentemente giustificato solo dalla mia generosità, metto nelle condizioni il mio interlocutore di sentirsi in debito: questa percezione, raggiunta solo dopo aver agito – se pur passivamente – l'azione del ricevere il dono senza un contraccambio, condiziona il mio essere, generando la nuova posizione del “disonesto che si approfitta di un dono senza contraccambiare”. L'unica soluzione per rompere questa nuova, spiacevole identità, risulta quella della “reciprocità”, e quindi quella di contraccambiare il dono, anche se non avevo mai chiesto di riceverlo.

Allo stesso modo, strappare una promessa verbale – atto illocutorio che da sé vale un'azione con conseguenti percezioni e posizionamenti relazionali (vedi par 1.) – mette nelle condizioni la persona che ho davanti di essere coerente, perché si sa, chi non mantiene la propria parola non è sicuramente una “brava persona”. Un'azione, rappresentata da una promessa o da una linea di comportamento ormai iniziata e da cui non ci si può ormai tirare indietro senza perdere la faccia, genera una serie di percezioni e di cognizioni che portano le persone a cambiare idee e opinioni su un fatto, indipendentemente dalle spiegazioni che potevano delucidare la situazione da un punto di vista intellettualistico e razionale. Si ritorna al pensiero di Nardone e Watzlawick (1990, p. 23): “se riusciamo a motivare qualcuno a intraprendere un'azione [...], allora tramite la stessa realizzazione egli esperirà qualcosa che mai nessuna spiegazione o interpretazione avrebbe potuto indurlo a vedere ed esperire”.

Da costruzionisti ed interazionisti inoltre, non possiamo non notare come “reciprocità” e “coerenza” non siano altro che potentissime ingiunzioni valoriali appartenenti alla dimensione sociale della nostra cultura: sentirsi in obbligo dopo un dono, o desiderare di dimostrare coerenza, sono posizioni relazionali provenienti dalla sedimentazione secolare di copioni sociali condivisi, veicolati dalla letteratura, dal cinema, ma prima ancora dall'educazione familiare quotidiana che modella il nostro sistema di valori e costituisce il “buon senso comune”, background necessario e sufficiente ad un individuo socializzato per muoversi nel mondo in modo adeguato rispetto alle norme vigenti.

3. Conclusioni

Siamo arrivati al termine di questa disamina assolutamente non esaustiva su alcuni processi connessi alla persuasione: la griglia concettuale utilizzata è stata costruzionista ed interazionista. Abbiamo trattato la persuasione attraverso i suoi elementi cognitivi e linguistici, come la categorizzazione linguistica e semantica o l'elogio allo stile metaforico ed evocativo degli aforismi; abbiamo trattato gli aspetti legati alla genesi socio-culturale del significato e la direzione "eretica" data alla dicotomia *agire/essere*; abbiamo anche considerato aspetti di "cornice" come i ruoli, l'autorità del locutore e la meta-strategia del mascheramento.

Questo lavoro si proponeva infatti di affrontare un tema molto importante e significativo per la pratica psicoterapeutica, quale quello della comunicazione persuasiva, cercando di abbattere, dove possibile, steccati teorici e professionali, con l'amara consapevolezza che, pur essendo lo psicoterapeuta un professionista del dialogo persuasivo e performativo, si ritrova il più delle volte ad avere avuto un percorso di studi accademici concentrato su altri lidi teorici: il risultato è quello di trovarci davanti figure professionali e non – quali venditori, pubblicitari, politici, guide spirituali, comici, attori, artisti, musicisti, scrittori, ecc. – dai quali dobbiamo imparare i segreti legati al cambiamento dei nostri stati d'animo. Come se fosse *prassi ordinaria* che uno stilista impari i segreti della "moda" da un titolare di un negozio di abbigliamento. Un esercizio di ampliamento concettuale che può arricchire dapprima la *formae mentis* di uno psicoterapeuta, e secondariamente il bagaglio di strategie e tecniche utilizzabili per perseguire un cambiamento psicologico-percettivo nei nostri interlocutori.

Riferimenti bibliografici

- Austin J.L. (1987), *Come fare le cose con le parole*, Marietti, Genova.
- Calabrese S. (2007), *Retorica del linguaggio pubblicitario*, Archetipo Libri, Roma.
- Cialdini R. (1984), *Influence, the psychology of persuasion*, Quill William Morrow and Company, Inc. New York; tr. it. *Le armi della persuasione*, Giunti, Milano, 1995.
- Goffman E. (1961), *The presentation of self in everyday life*, Double day, Garden City, New York.
- Goffman E. (1967), *Interaction ritual: essays on face-to-face behaviour*, Pantheon, New York.
- Harrè R., Secord P. F. (1972), *The explanation of social behavior*, Oxford, Blackwell; tr. it. *La spiegazione del comportamento sociale*. Il Mulino, Bologna, 1977.
- Kahneman D., Tversky A. (1982), On the study of statistical intuitions, *Cognition*, 11, 2, 123–141.
- Kelly G. A. (1955), *The psychology of personal construct*, Norton, New Yorke; tr. it., *La psicologia dei costrutti personali*, Cortina Editori, Milano, 2004.
- Iudici A., Biagini, V. (2010), Gli errori in ambito giuridico: uno studio su alcune relazioni peritali, *Scienze dell'Interazione*, 2, 3, 25-36.
- Lemert E.M. (1967), *Devianza, problemi sociali E Forme Di Controllo*, Giuffrè, Milano.
- Nardone G., Watzlawick P. (1990), *L'arte del cambiamento*, Ponte alle Grazie, Firenze.
- Nardone G., Salvini A. (2004), *Il dialogo strategico*, Ponte alle Grazie, Firenze.
- Nardone G., Balbi E. (2008), *Solcare il mare all'insaputa del cielo. Lezioni sul cambiamento terapeutico e le logiche non ordinarie*, Ponte alle Grazie, Milano.

- Palmonari A. (1995), *Processi simbolici e dinamiche sociali*, Il Mulino, Bologna.
- Perelman C. (1979), *The new rhetoric and the humanities*, Reidel Publishing Company, Dordrecht, Holland.
- Piattelli Palmarini M. (1995), *L'arte di persuadere*, Mondadori, Milano.
- Rampin M. (2005), *Al gusto di cioccolato: come smascherare i trucchi della manipolazione linguistica*, Ponte alle Grazie, Firenze.
- Reboul O. (1994), *La retorica*, Il Castoro, Milano.
- Salvini A. (1998), *Argomenti di psicologia clinica*, Upsel Domeneghini Editore, Padova.
- Salvini A., Faccio E., (2007), *Le metaforizzazioni nelle pratiche della psicologia Clinica*, in E. Molinari, A. Labella (a cura di), *Psicologia clinica, dialoghi e confronti*, Springer Editori, Milano, pp. 121-137.
- Salvini A. (2011), *Introduzione*, in A. Salvini, M. Dondoni (a cura di) *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*, Giunti editore, Milano.
- von Foerster H. (1984), *On constructing a reality*, in P. Watzlawick, (a cura di), *The invented reality*, W.W. Norton and Co., New York.
- Watzlawick P. (1977), *Die möglichkeit des andersseins zur technik der therapeutischen kommunikation*, Verlag Hans Huber, Bern; tr. it. *Il linguaggio del cambiamento*, Feltrinelli, Milano, 2007.

L'opera d'arte come metafora nelle costruzioni delle realtà

*Elena Battistella**

Riassunto. L'opera d'arte musicale, effetto di una “costruzione multipla”, narra, ad ogni esecuzione, una storia unica ed irripetibile: le note, la trama, le melodie, gli esecutori ogni sera sono gli stessi, ma l'effetto dell'interazione tra essi e con il pubblico in sala, è sempre nuovo, sorprendente, diverso. Si tratta di un processo di costruzione condivisa di nuove realtà, in cui risulta particolarmente evidente, in analogia con quanto avviene nella vita quotidiana, ma ancor più nella relazione terapeutica, come l'apporto delle teorie e dei significati attribuiti da ciascuno modificano costantemente gli effetti dell'agire comunicativo.

Parole chiave: Costruzione sociale, Musica, Psicoterapia, Interazionismo

Summary. The Opera, as an effect of a multiple construction, tells a unique story at every performance: the notes, the plot, the melodies, the performers are the same every evening, but the effect of the interaction between these elements and with the audience, is always new, surprising, different. We are talking about a shared process of construction of a new reality, where it is particularly clear (in analogy with what happens in everyday life, but even more in a therapeutic relationship) how the contribution of theories and meanings given by each person constantly modify the effects of the communicative action.

Key words: Social construction, Music, Psychotherapy, Interactionism

1. Per entrare nel mondo parallelo

Claudio Monteverdi definì il suo Orfeo, eseguito per la prima volta oltre 400 anni fa, “favola in musica”: nessuno all'epoca usava il termine “opera” per indicare una forma d'arte che era il tentativo di combinare tutte le arti, un Gesamtkunstwerk (opera d'arte totale) per usare un termine caro a Wagner.

L'opera è senza dubbio la più complessa delle arti sceniche, quella che cerca di conciliare il maggior numero di elementi concomitanti e parte della sua attrattiva risiede nel fatto che, proprio come avviene quando si cammina su una fune, durante un'esecuzione dal vivo si ha la costante impressione che tutto possa accadere.

Nel quadro complessivo relativo alla nascita e diffusione dell'opera lirica non vanno trascurati alcuni fattori determinanti relativi al fenomeno (Riganti & Farina, 1996):

* *Professore d'orchestra presso il teatro La Fenice di Venezia, Psicologa, specializzanda presso il Corso quadriennale di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva dell'Istituto Berna di Mestre.*

- Politico: chi sponsorizzava l'opera generalmente aveva l'obiettivo di impressionare qualcuno (magari un sovrano).
- Finanziario: per combinare tutte le forme d'arte, necessariamente, l'opera doveva essere la più dispendiosa di tutte e per questo raramente è riuscita ad autofinanziarsi per cui, da sempre, ha avuto bisogno di qualcuno che si accollasse l'onere (lo sponsor).
- Sociale: il cambiamento della natura del pubblico andava di pari passo con gli altri mutamenti storici, dato che potere e denaro sono passati dall'aristocrazia alla borghesia e, in tempi più recenti, ad uno spettro sociale più ampio. Questo cambiamento si riflette nella forma stessa del teatro lirico, con l'assenza di palchi e di altri elementi di distinzione nella gran parte dei teatri lirici moderni, così come nel comportamento e nell'abbigliamento del pubblico, nella politica dei prezzi, nella programmazione, fino al cibo ed alle bevande offerte.
- Tecnologico: gli effetti "magici" ostentati fin dalle origini erano opera di "macchine sceniche" considerate importanti quanto musica e recitazione.
- Artistico: come forma d'arte, l'opera è in rapporto dialettico con la cultura da cui ha avuto origine e che ne ha permesso la sopravvivenza e la diffusione: si è passati dall'"opera dei mecenati" (duchi ed imperatori), all'"opera dei compositori" (Mozart, Puccini, Strauss), all'"opera dei direttori d'orchestra" (Mahler e Toscanini) fino all'"opera dei registi" in tempi più recenti (Zeffirelli).

Qualche studioso potrebbe sostenere che ciò che distingue l'opera da altre forme artistiche è il fatto che sia finalizzata a dover essere eseguita dal vivo e cantata con voce "lirica", opportunamente a fuoco, in grado di essere udibile senza amplificazione elettronica.

Nella cultura occidentale è evidente e riconoscibile a tutti una voce "lirica", ma forse è più prudente non cercare una definizione troppo rigida: l'opera, come il proverbiale elefante, è qualcosa che ciascuno di noi riconosce quando la incontra, ma che farebbe fatica a descrivere a qualcuno che non ne avesse mai sentito parlare.

2. La costruzione dell'opera d'arte

La musica è l'unica forma d'arte che richiede un "mediatore" tra l'artista che la compone ed il destinatario che ne godrà gli effetti: se un quadro, una scultura, una cattedrale passano direttamente dalla mano del loro creatore agli occhi del pubblico, la musica, che vive nella testa del compositore, passa dalla carta su cui egli pone le note agli "occhi" degli esecutori che, a loro volta, la trasformeranno in suoni, sulla base delle competenze tecniche acquisite, che permettono diversificate variabilità espressive, delle conoscenze storiche relative alla partitura che stanno eseguendo e delle personali esperienze.

La peculiarità di questa forma d'arte, dunque, è quella di essere l'effetto di una costruzione multipla.

Un'opera come esempio: La traviata

Nel concepire il suo lavoro il compositore, spesso, trae spunto da un testo letterario del suo tempo e, attraverso il linguaggio che gli è più congeniale, cerca di dar vita all'opera, narrando una storia e trasmettendo gli stati d'animo che accompagnano i

personaggi lungo la trama del racconto. Effettua, così, una “narrazione musicale” di eventi: cerca, sinestesicamente, di “far sentire” attraverso i suoni, il lusso che accompagna la vita di una donna di mondo nella Parigi di metà '800, la gioia di un sentimento corrisposto, la disperazione del sacrificio, il dolore della morte. E così scrive arie famose: “Libiamo nei lieti calici”, in tonalità maggiore, per esprimere gioia e leggerezza, “Addio del passato”, in modo minore, che secondo i canoni della musica occidentale esprime malinconia e tristezza (è ampiamente utilizzato in musicoterapia il principio secondo cui ritmi e tonalità musicali generino precise reazioni fisiologiche nel corpo umano).

Usa un linguaggio, di cui conosce regole e sfumature, per costruire una configurazione di realtà, effetto dell'interazione semiotica tra la trama del racconto, i propri schemi concettuali, le proprie capacità tecniche e la cultura del proprio tempo.

Brevemente e per inciso: la storia narrata da A. Dumas ne “La signora delle camelie”, cui Verdi si ispira per la composizione di *Traviata*, riguarda le vicende di Marguerite Gautier, che si rifanno alla storia vera di Alphonsine Duplessis, una ragazza conosciuta personalmente da Dumas e morta giovanissima.

Pare che Verdi, assistendo a Parigi nel 1852 alla rappresentazione del dramma di Dumas, ne rimanesse folgorato, essendo egli stesso compagno di Giuseppina Strepponi senza esserne marito, legame malvisto dai più, soprattutto dal padre di lei. I due avevano cercato di sfuggire per un po' al giudizio sulla loro unione andando a Parigi.

Gli schemi concettuali della cultura del tempo, dunque, erano in aperto contrasto con il comportamento di Verdi, che, con la propria opera, sfida il sistema normativo del suo contesto culturale.

Quello che il compositore compie nel gesto, ignoto a chi non appartiene alla cultura occidentale, di disegnare strani segni rotondi, pieni e vuoti, su cinque righe orizzontali, è un agire comunicativo caratterizzato da intenzionalità, cui egli stesso, nell'interazione con sé stesso e con gli altri, attribuisce significati.

Configura una realtà che può essere considerata convenzionalmente, in questa riflessione, una realtà fisica, un artefatto materiale, note scritte sul pentagramma e parole che le accompagnano, un dato di fatto, una realtà empirica.

Immaginiamo di trovarci a Venezia nel gennaio del 1853, due mesi prima della prima rappresentazione di *Traviata*: si deve mettere in scena l'opera ed il Maestro Verdi incontra l'orchestra, trasmette col gesto e le parole la propria “realtà costruita” e, nel contempo, ne costruisce una di livello altro: dall'interazione tra ciò che il suo gesto esprime con ciò che ogni esecutore percepisce ed elabora, secondo le proprie costruzioni di senso e significato, nasce un'armonia sopra cui si posa la melodia, il tema dell'aria introdotta da uno strumento e poi cantata dalla voce del solista: Violetta, Alfredo, Germont.

Anche con loro, in altri momenti, il Maestro Verdi aveva “provato”; anche con i cantanti si era creata un'interazione: che cos'è per Verdi la disperazione di una vita non vissuta e di una morte giovane? L'aria in tono minore in cui il “pianissimo” scarno e vuoto

dell'accompagnamento orchestrale forse simboleggia la desolazione della solitudine in cui Violetta muore? Forse...

E cos'è per Fanny Salvini Donatelli, Violetta nel 1853, la disperazione? Come potrà Fanny Salvini Donatelli, cantando, trasmettere esattamente ciò che il Maestro Verdi intende?

Immagino una conversazione tra Verdi e la soprano, interprete di Violetta, circa il modo di esprimere la disperazione: le indicazioni del Maestro su un suono filato, piano, sommerso, esile come il nome floreale che aveva scelto per la sua protagonista; i tentativi della cantante, lo sguardo accigliato di Verdi che non commenta e Fanny che cerca di "entrare nel personaggio", di "essere" Violetta, di trovare quel Sé che meglio può inserirsi nel contesto di quelle dieci righe di musica in cui lei, autosacrificatasi per amore, si trova sola con la morte.

E in questo cum-vertere dei due verso una comune meta ha luogo la costruzione di un sentimento, di uno stato d'animo, del personaggio di Violetta, in quel momento, in quel luogo, quel giorno.

Fra un mese, alla prima, non sarà più così.

Anche le parole danno vita alla realtà ed in questa forma d'arte totale, ma aleatoria, le parole sono "poesia" (secondo il significato etimologico del termine) che va ad aggiungersi alla musica, così come regia, costumi, scene, in una girandola di infinite interazioni che danno luogo il 6 marzo 1853 alla prima rappresentazione pubblica: un fiasco.

La critica storica lo attribuisce alla scabrosità del tema trattato: i segni prodotti nella realtà di quella prima rappresentazione erano socialmente interpretabili come moralmente deprecabili, secondo un giudizio normativo decretato dal pubblico del tempo, espressione del senso comune dell'epoca. Non si poteva mettere sulla scena la vita di una cortigiana, questa non poteva prendere il posto di un'eroina e soprattutto non poteva manifestare nobili sentimenti. A Parigi la situazione culturale dell'epoca era diversa... e così la sorte della Signora delle Camelie.

Ecco che la musica, la grande fatica del signor Verdi, passava in second'ordine, attendendo tempi migliori in cui, soppiantato il giudizio morale-normativo, si sarebbe potuto ascoltare oltre la siepe il suono della desolazione.

Siamo nel 2012 e le esecuzioni mondiali di quello che è ormai definito il grande capolavoro romantico della lirica, l'opera più eseguita al mondo, non si contano.

Gran Teatro La Fenice, prove di Traviata: il direttore cerca di trasmettere la sua idea di un certo suono, vuole creare, insieme all'orchestra, il "suono di Violetta", perché Violetta ha un suono, quel suono che secondo lui la caratterizza: sottile, limpido, puro, fragile, acuto ma dolce, un suono che deve emergere da un'orchestra composta da molte persone. Ognuna con la propria idea di fragilità, dolcezza, purezza, ognuna con le proprie conoscenze implicite, con le proprie abilità tecniche (che permettono di produrre suoni diversi attorno alla stessa nota, tanti suoni come tanti sé che emergono in relazione a contesti diversi), con il proprio sfondo culturale, con le proprie esperienze, diverse per quanto sono diverse le loro nazionalità: italiani, tedeschi, inglesi, bulgari, svizzeri, russi, albanesi, giapponesi... ed un direttore coreano.

Cosa può nascere da una simile relazione?

Dove non arriva la parola arriva il gesto di una mano, lo sguardo, il respiro, in una conversazione silenziosa tesa verso un unico scopo: la creazione del suono di Violetta. Oggi, più che al tempo di Verdi, l'opera è dei registi: effetto non programmato di una cultura che genera immagini e si nutre di queste anche per dar vita ai propri fantasmi.

Le prove di regia sono numerose: gli interpreti devono imparare i movimenti, veri e propri attori, corrono, si agitano, piangono, ballano... "esprimono" tutto ciò che viene loro richiesto fino a trasformarsi nel personaggio.

Chi conosce l'opera delle origini, in cui i cantanti rimanevano immobili per atti interi, concentratissimi sulle acrobazie vocali che stavano eseguendo, non avrà problemi a capire quanto l'opera lirica sia prodotto della cultura del tempo in cui vive e si adegui al contesto soprattutto per quanto concerne il suo aspetto visibile: i movimenti, le espressioni, l'azione oggi spesso prendono il sopravvento sulla musica, in un gioco di potere in cui, sovente, i direttori d'orchestra sono costretti a soccombere.

Attraverso il lungo viaggio nel caleidoscopio interattivo, che conduce alla nascita dell'opera, si giunge alla sera dell'esecuzione pubblica dello spettacolo.

Ore 19:00, luci spente, si apre il sipario, si entra in un altro "mondo", una realtà parallela che vive a lato, ma "inglobata" nella realtà della vita quotidiana, cui alla fine dell'opera ciascuno farà ritorno.

Forse lo si può definire uno "stato non ordinario di coscienza", culturalmente determinato, dato che i suoi significati vanno cercati nella collettività che ha fornito immagini e teorie per produrlo (Salvini 2004).

Uno stato cui si accede secondo un rituale ben definito per cui, ad una certa ora, in un determinato giorno, ci si abbiglia secondo modalità richieste dal particolare ambiente e ci si reca in un apposito luogo che, sempre, in ogni parte del mondo, per espletare questo rito, segue le stesse modalità: gradualmente la luce scintillante dei cristalli dei lampadari si abbassa fino al buio totale e si crea il silenzio di migliaia di voci che contemporaneamente si smorzano, così come i suoni provenienti dalla buca d'orchestra, entra un uomo, un applauso, ancora silenzio totale, le prime note ed il sipario che si apre su un altro mondo...

Il grande direttore, con il suo carisma, rapisce pubblico ed esecutori: cento persone, con gli occhi alzati sotto di lui, divengono il suo strumento; mille persone alle sue spalle, attraverso quello strumento, abbandoneranno la realtà quotidiana per aprire una porta sul sogno, un sogno che si costruisce tutti insieme, in quel preciso istante, perché le reazioni di ciascuno, i respiri, i sussulti, gli applausi, cambiano il significato di quell'evento che non sarà mai uguale a quello che avverrà la sera successiva o che ha avuto luogo durante le prove, anche se il copione sarà lo stesso, perché il risultato ottenuto, la realtà che si è costruita in quel preciso momento, è più della somma delle singole parti: i contributi di ciascuno, nel particolare ambiente ovattato del teatro, dove il silenzio è l'unico custode del regno dei suoni, qualsiasi movimento, qualsiasi rumore, risulta ingigantito ed immediatamente palese a chiunque si trovi in quel contesto.

Il pubblico che interagisce con i "produttori riconosciuti" dell'opera d'arte, respira con essi, piange con i protagonisti, sussulta di spavento, talvolta interviene applaudendo o commentando e contribuisce esso stesso alla creazione di questa realtà, vera negli effetti che produce. Ogni singola esecuzione crea una realtà di second'ordine, un

evento che è il risultato non solo delle azioni e delle attività mentali, ma anche delle categorie attraverso cui le persone scelgono di configurarlo. Si è nel mondo della realtà concettuale, il mondo dei significati attribuiti da chi “incontra” lo spartito: direttore, esecutori, pubblico.

Tra il pubblico, ogni sera diverso, una sola persona assiste a tutte le rappresentazioni di quest'opera e la sua presenza silenziosa, in prima fila, ha risvegliato la curiosità di tutti gli esecutori che, sera dopo sera, riconoscendolo, si chiedono quale strana “mania” (un melomane di certo.. ma, per caso, il suffisso mania indica patologia?) conduca una persona a pagare salati biglietti per vedere tutte le sere la stessa cosa: è una forma di dipendenza da Traviata, come da una droga che è necessaria al benessere fisiologico? Una necessità, un bisogno? O più probabilmente una forma di “philia”, un'esperienza psicologica che appartiene al mondo del desiderio e del piacere configurati attraverso significati, valori e ragioni, che conduce quest'uomo tutte le sere, nello stesso posto, alla stessa ora, per lo stesso spettacolo?

Forse lui, ultra-ottantenne con occhi ed orecchie bene aperti, ha capito da tempo che “non è mai lo stesso spettacolo”, non è mai la stessa storia: le note, la trama, gli esecutori, le melodie, ogni sera sono sempre le stesse, ma l'effetto di tutto ciò è ogni sera nuovo, sorprendente, diverso.

Lui, ingegnere elettronico, profano e cultore allo stesso tempo, ha compreso che ogni sera si costruisce una realtà diversa, ha compreso che anche lui ne fa parte e gode di tutto ciò, talvolta modificandola coscientemente con la sua stessa presenza, magari ammiccando ad un professore d'orchestra per un “a solo” ben fatto, provocando la distrazione di qualche altro, incuriosito dal silenzioso dialogo tra i due.

Forse, in quel momento, unico costruttore cosciente della propria azione all'interno di questa forma d'arte proteiforme, in cui i colori si combinano per dare origine ad immagini sempre diverse.

3. Uno sguardo interazionista

Berger e Luckman (1966) definiscono la società un prodotto umano che, una volta oggettivato, rende l'uomo stesso un prodotto sociale. Attraverso il linguaggio, infatti, le azioni esteriorizzate e successivamente tipizzate, vengono oggettivate, andando a formare il bagaglio sociale delle conoscenze. L'oggettivazione costituirà poi la base per le interiorizzazioni, da parte degli esseri umani, nel corso dei vari stadi di socializzazione. Il massimo distacco dal quotidiano si ha nel simbolismo che caratterizza le arti, la scienza, la religione. Il teatro dunque, come l'arte e la religione, sono realtà “altre” della vita quotidiana, sfere circoscritte situate all'interno della realtà dominante. Esse sono produttrici di significato, capaci di distogliere l'attenzione dalla vita quotidiana, che però mantiene il proprio dominio attraverso il linguaggio, che oggettiva e dà significato a tutte le esperienze, anche quelle appartenenti ad altre sfere di realtà, ritraducendole nella realtà quotidiana.

Se Michelangelo scolpisce La Pietà, l'artefatto materiale che esce dalle sue mani è il risultato dell'interazione dell'artista con sé stesso e con il contesto della sua cultura di appartenenza.

Quest'opera d'arte avrà effetti reali e diversi a seconda dei significati attribuiti da ciascuna persona che la guarderà, in ogni epoca storica successiva ed a qualunque

cultura essa appartenga.

Se Verdi compone un'opera lirica anche l'artefatto materiale che risulta in questa composizione è l'effetto dell'interazione del compositore con la propria cultura di appartenenza, oltre che con sé stesso e gli altri intorno a lui, ma l'opera scritta necessita della mediazione dell'esecutore, artista egli stesso, prodotto sociale del suo tempo e della sua cultura, che nell'esecuzione creerà, assieme al pubblico in sala, una nuova realtà, estemporanea, unica, irripetibile. La Pietà, una volta costruita, è lì, l'opera musicale non esiste se non nella sua esecuzione, come ogni realtà generata da un'interazione. Ogni cultura genera le proprie forme d'arte, i propri dipinti, la propria musica.... e le proprie interazioni.

Storicamente la musica, prima di essere scritta, tradotta in un sistema di segni, è stata suonata, e, mano a mano che i modelli si ripetevano, si sentì l'esigenza di codificarli, renderli tangibili, creare quell'"accordo musicale" che veniva associato ad uno stato dell'animo e veniva reso oggettivo attraverso il linguaggio musicale. Tale linguaggio, trasmesso di generazione in generazione, portava all'interiorizzazione da parte dell'uomo di quella musica che si è evoluta nei secoli, in un sistema di reciproci rispecchiamenti, nella musica colta occidentale.

E' come dire che la musica è un prodotto umano, ma anche l'uomo è un prodotto della musica. Il carattere di un accordo "maggiore" o "minore" è definito culturalmente secondo intervalli matematici che separano e legano le note tra di loro. E' definito secondo un "accordo" tra persone appartenenti alla cultura musicale occidentale. La musica orientale non segue gli stessi criteri, la musica africana non contempla nemmeno la possibilità dell'armonia, considerando principalmente il ritmo, caratteristica predominante, e la melodia.

Quell'accordo oggi viene ascoltato da chiunque, ma a quali effetti darà luogo nell'incontro con persone appartenenti a culture e contesti diversi? Probabilmente ogni ascoltatore avrà percezioni diverse sulla base delle proprie teorie soggettive e dell'interazione di queste con il contesto. La realtà dell'opera lirica, e del teatro in generale, è dunque una realtà fabbricata dall'uomo e costruita attraverso accordi e attribuzioni di senso e significato.

Ma, scendendo nel dettaglio, quale significato può essere attribuito dagli ascoltatori occidentali ad un accordo maggiore o minore? Perché, nel sentire un accordo maggiore la gran parte di noi lo associa alla luce ed alla gioia, mentre collega un accordo minore a malinconia, tenerezza o mestizia? E' l'effetto di una costruzione oggettivata ed interiorizzata nella trasmissione generazionale? E' un fattore culturale, come quando alla nascita perdiamo i fonemi che non ci sono utili per comunicare nella nostra lingua madre, l'unica che udiamo intorno a noi?

Forse la selezione delle musiche che fluttuano intorno a noi e ci penetrano quotidianamente, senza che ce ne rendiamo conto, ci "educa" in questo modo, e noi gradualmente, in una sorta di socializzazione secondaria, interiorizziamo questo "binomio emotivo-musicale". Chissà se un africano di una tribù Tuareg sarebbe capace di narrare vissuti simili a quelli di una psicologa trentenne del nord Italia di fronte alla scena ed alle armonie della morte di Violetta. Le emozioni che Verdi cerca di suscitare con la sua musica sono, infatti, costruzioni sociali, effetto dei significati collettivamente costruiti intorno agli eventi e la modalità secondo cui ciò avviene è quella tipica

dell'Ottocento europeo. Oggi, anche se il contesto culturale alla base dei significati attraverso cui le persone generano le proprie esperienze emotive non è più quello del tempo di Verdi, si cerca ancora di "accompagnare" l'ascoltatore moderno nel contesto psicologico generatore della vergogna di Violetta e della sua disperazione, dando vita, negli effetti, ad esperienze psicologiche multiformi e diversificate, per quanto sono molteplici gli sfondi culturali da cui provengono ascoltatori ed esecutori stessi.

Le attribuzioni di significato, infatti, saranno differenti sulla base delle credenze culturalmente apprese e degli schemi mentali che ciascuno possiede e potranno risultare diverse dagli intenti comunicativi di chi propone quell'edizione dell'opera. E tuttavia è nello scambio comunicativo, nella relazione che sempre si originano le esperienze psicologiche che chiamiamo emozioni, nell'interazione, nell'incontro tra le teorie implicite ed esplicite di ciascuno.

La costruzione di significati, infatti, prevede sempre la presenza dell'altro e, in tale direzione, la ricchezza nell'uso dei linguaggi e la capacità di muoversi a più livelli consentono una molteplicità di punti di vista, con funzione generativa, di costruzione condivisa di nuove realtà. Se il significato, d'altra parte, è un modo di sentire, una sorta di attivazione emozionale, "dare significato" è sentirsi parte di un'espressione corale. E' in quest'ottica che il terapeuta, similmente al musicista nei confronti del proprio pubblico, in una sorta di "corteggiamento", si cala nella situazione per rendere la poltrona della persona che ha di fronte la più comoda che questi possa trovare. Egli parla il linguaggio del paziente e modula il proprio, secondo criteri di flessibilità e variabilità, usa metafore sempre nuove, adatta il proprio timbro di voce in una sorta di "circolarità del guardare-ascoltare-parlare" che ci rinvia all'esecuzione sempre diversa che ogni sera dà luogo ad un'unica, irripetibile opera d'arte... un'unica irripetibile realtà... E in ogni realtà trova spazio un sé: una molteplicità di sé per un'identità multiforme e diversificata legata all'impersonificazione di ruoli costantemente diversi.

Il teatro, dal canto suo, altro non è che la rappresentazione su scena, la produzione di identità diverse e "gli interpreti, autoingannando sé stessi si svuotano del proprio Sé... e invitano l'estraneo" (Borgade, in Salvini 2004, p. 281). L'attore però, uscito dall'ingresso degli artisti, si stacca dal ruolo, dal sé costruito sulla scena, non cerca una continuità, una coerenza autobiografica con l'uomo che alle undici di sera va a cena con amici e colleghi prima di crollare esausto sul suo letto. L'idea di un'identità stabile non esiste a teatro, dove centinaia di ruoli diversi si susseguono nella vita di un attore. Forse le illusioni di stabilità e di prevedibilità fanno invece parte della vita quotidiana, in cui la coerenza interna di ciascuno ed il bisogno di cercare conferme ed escludere informazioni discordanti, danno un senso di continuità autobiografica, impedendo di vedere che siamo tutti un po' attori, che tutti definiamo situazionalmente la nostra identità, in relazione a qualcun altro, che "ciascuno di noi possiede tanti sé sociali quante sono le persone che conosce ed alla cui opinione è interessato" (James, in Salvini 2004, p. 285). Forse, andando a teatro e osservando gli interpreti nei loro costumi, sulla scena, ci risulta più evidente il prevalere del sé situazionale che permette all'attore di transitare da un ruolo ad un altro. Sulla scena la duplicità della coscienza può risultare più naturale, ma nella vita di tutti i giorni, nel quotidiano, in quello stesso interprete, potrà prevalere l'impegno alla coerenza tra rappresentazione di sé e comportamento, risultando così più difficile l'identificazione con le maschere

sociali che ciascuno di noi è costretto ad indossare? Oppure, per il nostro attore, sarà più facile rimanere attore anche nel quotidiano, senza indossare altre maschere che non siano quella dell'attore?

Riferimenti bibliografici

Berger, P. & Lukmann, T. (1966), *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna.

Salvini, A. (2004), *Psicologia clinica*, Upsel, Padova.

Salvini, A. & Dondoni, M. (2011), *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*, Giunti, Firenze.

Riganti, A. & Farina, G. (a cura di) (1996), *Enciclopedia della musica Garzanti*, Garzanti, Roma.

L'akrasia nelle condotte autolesive Spunti per riorganizzare le molteplici rappresentazioni di sé

Diego Romaioli^{}, Silvia Bresolin^{**}*

Riassunto. L'akrasia è la possibilità di compiere azioni contrarie al proprio miglior giudizio. Il presente lavoro si propone di indagare tale fenomeno all'interno di una situazione clinica di autolesionismo. Dopo una ridefinizione del costrutto in chiave interazionista, vengono illustrati stralci di una terapia nei quali gli episodi akratici vengono scomposti e compresi alla luce delle diverse voci che animano la coscienza dell'individuo. La metodologia *Multi-being* (Romaioli, 2013) è stata utilizzata quale espediente terapeutico atto a ristrutturare l'esperienza problematica e a promuovere euristiche nel dialogo interno tra le voci del sé.

Parole chiave: Akrasia, Terapia *Multi-being*, Autolesionismo

Summary. Akrasia is the possibility to act against one's best judgment. The present work aims to explore this issue in a clinical case of self-harm. After a redefinition of this construct within an interactionist framework, extracts from a therapy are described and akratic episodes are analyzed by identifying the different voices in the individual's conscience. The Multi-being Therapy (Romaioli, 2013) was used as a method to restructure the problematic experience and to encourage the harmonization in the inner dialogue between the voices of the self.

Key words: Akrasia, Multi-being Therapy, Self-harm

"So che tagliarmi è una cosa sbagliata, mi vergogno tantissimo per quello che faccio, ma non riesco a smettere. In quei momenti non capisco più niente, è più forte di me e la sola cosa che riesco a pensare è: tagliati!"

A.

^{*} Psicologo, Psicoterapeuta, Ph.D, docente della Scuola di specializzazione in Psicoterapia Interattivo-Cognitiva, Research Fellow presso il Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata, Padova.

^{**} Psicologa, Specializzanda presso la Scuola di specializzazione in Psicoterapia Interattivo-Cognitiva di Padova.

1. Introduzione

Il frammento di testo citato in epigrafe è tratto da una seduta di psicoterapia condotta da uno degli autori e ci introduce al tema dell'*akrasia*, un concetto coniato dalla speculazione filosofica di Aristotele (*Etica Nicomachea*, VII, 1145-15, 1151-30) e ancora oggi oggetto di interesse della comunità scientifica. Con il termine *akrasia* (dal greco *akràteia*, mancanza di forza di volontà e di controllo, incontinenza o debolezza della volontà) si possono descrivere quelle condotte messe in atto contrariamente al proprio miglior giudizio.

Senza cercare necessariamente casi rappresentativi di questa fenomenologia nella prassi clinica, possiamo rintracciare episodi akratici nella vita quotidiana di ciascuno (Salvini, 2010). Ipotizziamo, ad esempio, di voler smettere di fumare per salvaguardare la nostra salute, ben consapevoli che ciò produrrà un beneficio a breve e a lungo termine. Potrà succedere di essere colti, tutto d'un tratto, dal desiderio impellente di accendersi una sigaretta, tanto da invogliarci a procurarcela dal primo tabaccaio. Quasi senza accorgercene ci ritroveremo ad avere la sigaretta accesa tra le dita, agendo quindi – almeno da un certo punto di vista – contro le nostre stesse valutazioni. Immaginiamo ancora di decidere di fare sport per calare di peso e migliorare la nostra condizione fisica. Nonostante il nodo al fazzoletto che ci siamo fatti, potremmo ritrovarci a procrastinare sul divano e a rimandare l'attività al giorno successivo, presi in un vortice di critiche e di autocommiserazioni. Solo pochi troveranno consolazione nel motto di Thomas Jefferson secondo il quale “rimandare è meglio che sbagliare”; ai più sarà evidente che, anche in questa circostanza, si sarà trasgredito alle proprie buone intenzioni.

E' pertanto esperienza comune quella di contravvenire, più o meno consapevolmente, alla linea di condotta ottimale a cui precedentemente avevamo aderito, rendendo l'*akrasia* un fenomeno con il quale quotidianamente ci confrontiamo (Davidson, 1980). Ma quali sono i processi psicologici e interattivi che rendono possibile tale eventualità, cioè quella di agire in una direzione che consideriamo errata?

2. Akrasia e mancanza di motivazione

Il dibattito filosofico sull'*akrasia* ha origine nella filosofia classica. Aristotele definisce tale paradosso come la capacità di prendere la corretta decisione inficiata dalla “debolezza” nel mettere in atto ciò che si considera essere la migliore scelta possibile. Nella storia della filosofia, difatti, l'*akrasia* è stata spesso considerata un tratto caratteriale che rende la persona inabile a realizzare ciò che ha coscientemente deciso. Come precisato nell'*Etica Nicomachea* (VII, 9-10, 1152-23) “l'uomo incontenente assomiglia ad una città che decreta tutto ciò che si deve ed ha buone leggi, ma non le applica per niente”. O come verrà ribadito più tardi in alcuni studi cognitivisti, l'*akrasia* sembra corrispondere ad “un'anomalia nei processi razionali che regolano il passaggio dalla fase di deliberazione e di formulazione dei giudizi a quella del concretizzarsi dell'azione” (Vidotto *et al.*, 2006, p.111).

Romaioli e Favaretto (2011) sottolineano tuttavia come il ragionamento sviluppato nella filosofia classica e morale e recentemente rilanciato dalla scienza cognitiva (cfr. Elster, 2008) condivida una serie di assunzioni individualiste e deterministe sulla condotta umana (Gergen, 1985; Harré, Secord, 1972); queste considerano il giudizio come

organizzato prevalentemente a livello intrapsichico, mentre l'azione come necessariamente connessa ad esso secondo una logica causa-effetto. Quando tale corrispondenza non si verifica, l'akrasia viene letta come "inconsistenza della volontà" o "assenza di motivazione" nel perseguire il miglior giudizio, reificando il costrutto e considerandolo come una proprietà intrinseca della persona "incontinente" (Faccio *et al.*, 2012).

Leggere gli episodi akratici nei termini di una "debolezza del volere" sottende una visione normativa e moralizzante della condotta (espressa culturalmente nella massima "se vuoi, puoi..") e attribuisce all'agente la "colpa" di un eventuale fallimento nel perseguire i propri scopi (Masoni, 2001). In questa circostanza, l'attribuzione di una scarsa motivazione o volontà maschera il giudizio di valore di un osservatore che non coglie – non appieno – il punto di vista dell'agente che si muove, magari per un istante, in modo opposto alle aspettative. Di più, incoraggiando la persona all'assunzione di responsabilità, alcune psicoterapie volte a ristabilire la connessione tra scelta razionale e agire, pongono enfasi sulla presa di consapevolezza della disfunzionalità del comportamento akratico, impostando un percorso di cura orientato alla maturazione di una forte motivazione a cambiare (Romaioli, 2009). Il *Self Efficacy Model* (Bandura, 1977), la *Theory of Reasoned Action and Planned Behaviour* (Ajzen, 1985) o il *Transtheoretical Model of Change* (Prochaska, Diclemente, 1982) sono solo alcune delle proposte che, pur avanzando metodi operativi differenti, rimangono ancorate agli stessi presupposti epistemologici: scienziati e senso comune considerano cioè la motivazione come un dato di fatto esistente in sé e funzionale al superamento dell'akrasia.

Una volta assunta l'esistenza della "motivazione" e valutata la sua eventuale mancanza, essa si erge a costrutto esplicativo sia del comportamento deviante ("non fa la cosa giusta perché non è motivato"), sia per giustificare l'esito fallimentare di un intervento, la scarsa *compliance* terapeutica o l'abbandono del trattamento stesso.

3. Akrasia e polifonia di voci

Per inquadrare la questione dell'akrasia da un punto di vista interazionista (Salvini, 2004; 2011) occorre innanzitutto rinunciare ad una logica individualista e meccanicista nella spiegazione della condotta umana (Romaioli *et al.*, 2008). Come sottolineano Frattini *et al.* (2010), infatti, è opportuno non considerare i giudizi come dei fatti privati, derivanti da disposizioni interne, ma coglierli come dei *posizionamenti sociali* (Harré, Van Langenhove, 1999) connessi al campo relazionale entro cui si dipana l'interazione. Come sostengono anche Cesa *et al.* (2011, p. 125) "nello scambio continuo di azioni tra soggetti, alcune condotte vengono valorizzate, altre apertamente rifiutate. Di conseguenza ogni individuo è portato ad agire in una certa maniera piuttosto che in un'altra in funzione della rete relazionale in cui è inserito".

In altri termini, la configurazione temporanea degli attori-situazione che orienta un certo tipo di atto sociale non può esaurire il repertorio di giudizi di valore che si possono tessere a riguardo. Il significato che un'azione veicola infatti non è mai unico e può essere modificato in un secondo tempo sulla base del tipo di discorso che utilizziamo per coglierla e alla natura molteplice dell'altro attraverso il cui sguardo possiamo descriverla e osservarla (Mead, 1934; Gergen, 2009). Il senso attribuito ad un'azione

può quindi essere ricostruito a posteriori ed è probabile che soltanto in questa fase sia possibile identificare un “miglior giudizio” in conformità del quale si avrebbe voluto agire precedentemente. Assumere questo punto di vista ci porta dunque a considerare come sia la definizione stessa di “miglior giudizio” a essere problematica, in quanto esso si configura come tale solo all’interno di una rete di rapporti e del sistema semantico che temporalmente e localmente lo legittima.

Rinunciando alla logica solipsistica in cui giudizio e azione vengono considerati causalmente connessi e di pertinenza del singolo, l’akrasia può invece permetterci di scorgere la *molteplicità di voci*¹ che animano l’individuo, voci che vengono generate da assunzioni di ruolo impersonate durante lo scambio con l’altro. In questa cornice, l’akrasia non viene più configurata come l’esito di un’insufficiente forza di volontà o di una scarsa motivazione al cambiamento, ma come l’emergere di una pluralità di rappresentazioni di sé con diversi sistemi interpretativi della realtà: ciò che è il “miglior” giudizio per una di esse, non lo è necessariamente per un’altra; così come l’azione che una è motivata a svolgere, non necessariamente è nell’interesse dell’intero, ammesso che questo esista.

Nello studio degli episodi akratici, infatti, sembra particolarmente utile abbandonare l’idea che l’individuo sia un *unicum* solido e costante, per abbracciare l’idea che la persona sia più simile a un corteo di voci costruito nei processi di interazione sociale (cfr. Hermans, 2001; Gergen, 1991). Come sostiene Elster (1985, p. 24), “se un individuo ritiene di dover moralmente fare quello che, tutto considerato, è meglio fare, ma in una circostanza particolare non lo fa, a impedire che la prima credenza eserciti su di lui l’influsso che deve avere non può che esserci una divisione nella sua mente”. Anche Salvini (1994, p. 8), sembra evidenziare uno straordinario parallelismo tra la condizione della “personalità multipla” e molti fenomeni quotidiani: “è stato scoperto che il sé attua degli aggiustamenti impercettibili, ma anche sostanziali metamorfosi, a seconda del ruolo impersonato o atteso, insomma a seconda di chi abbiamo di fronte e della situazione”. L’akrasia sarebbe in effetti un indicatore della presenza di una serie molteplice di controlli sull’azione e sul pensiero che permetterebbe la dissociabilità dei costrutti del sé. In altri termini, il sé che si struttura nell’atto di compiere una certa azione non può mai essere uguale al sé che opera una valutazione anteriore o posteriore della medesima azione (James, 1890). Ogni situazione, intesa come scena sulla quale viene organizzato il comportamento degli attori, tende infatti a costituirsi per l’individuo come una dimensione normativa peculiare; in ottemperanza ad essa possono essere evocate determinate rappresentazioni di sé piuttosto che altre: l’agente organizza la percezione che ha di sé stesso e di quanto lo circonda in riferimento a una identificazione di ruolo contingente, ridefinendo in tale modo gli scopi e le priorità nella pianificazione del suo agire (Goffman, 1967). Nell’interazione semiotica con il contesto, dunque, l’individuo negozia rappresentazioni di sé

¹ Con il costrutto di “voce” ci riferiamo a “una posizione identitaria che si struttura nella relazione con altri e dalla quale possiamo esprimere una specifica forma di intenzionalità, così come sperimentare emozioni e cognizioni peculiari. Ogni voce condivide un distinto repertorio di significati e può essere intesa come la configurazione emergente dell’identità, organizzata localmente e temporalmente da un’interazione semiotica con il contesto” (Romaioli, 2013, p. 89).

spazialmente e temporalmente collocate attraverso le quali organizza i significati attorno alla realtà e alla sua esperienza. Un'identità stabile, con la propria gerarchia di credenze, principi e valori, esattamente come la percezione che si può avere di una propria continuità autobiografica, sarebbe così da considerarsi una forma peculiare di illusione, prodotta dai tentativi susseguenti di integrare e dare significato alla realtà. Ovviamente, anche il ricordo di sé stessi nell'atto di compiere una determinata azione verrebbe, in questi termini, ricostruito e manipolato in funzione di un sé attuale come principio organizzatore.

Trasferire queste consapevolezze teoriche all'ambito della psicoterapia può essere utile per rileggere la storia della persona non più come narrata da un'unica voce, espressione di una coscienza interna all'individuo, ma come un coro di voci costruito nelle relazioni che l'individuo intrattiene con gli altri (Gergen, 2008; 2012). In questo modo sarà possibile "ascoltare" come nel dialogo interno tali voci possano entrare in contraddizione, configgere o ignorarsi, ma anche negoziare nuovi significati e accordarsi tra loro, esattamente come avviene nell'usuale pratica delle conversazioni tra persone (Romaoli, 2013).

4. La metafora della molteplicità in psicoterapia

I modelli di cambiamento *mainstream* guidano il cliente nel processo di assunzione di consapevolezza, largamente considerata una prerogativa al trattamento stesso e, previo riconoscimento della disfunzionalità della propria condotta, insistono sul rafforzamento della motivazione al cambiamento, modificando progressivamente il punto di vista del paziente in favore dell'adozione di quello del clinico (un processo noto come *collusione epistemica*). In sintesi, parafrasando Miller (2007), un paziente tende ad essere giudicato come maggiormente motivato se aderisce alla visione della realtà del terapeuta e se concorda con la diagnosi e con il sistema di cure preposto; inoltre risulta motivato se presenta sofferenza e disagio rispetto al problema e se aderisce alle prescrizioni di trattamento. Come commenta Karoly a riguardo (1980, p. 212), "sfortunatamente la prontezza [al cambiamento] è spesso interpretata intendendo solo la volontà individuale di porsi nelle mani di un terapeuta autoritario o di un'istituzione protettiva".

Di contro, l'ottica interazionista introduce in terapia un'alternativa che consente – tra le altre opzioni – l'utilizzo della metafora delle voci multiple al fine di rinarrare la storia problematica portata dal cliente; l'obiettivo è quello di comprendere i mondi di vita di ciascuna voce, senza eluderne o mortificarne alcuna, ripristinando i dialoghi interrotti e facilitando negoziati tra di esse. Come riassume Romaoli (2013), l'architettura generale di come l'interazione tra voci possa strutturare vere e proprie problematiche può essere articolata nel seguente schema:

- una voce condivide una particolare visione del mondo in funzione della quale agisce;
- una seconda voce (*normativa*) costruita nell'interazione con altri problematizza le scelte della prima, aprendo il dibattito;
- in questa dialettica interna, l'individuo si impegna attivamente a fornire risposte alla problematizzazione, ora tentando di opporvisi, ora rimanendone persuaso e cominciando a considerare le sue stesse azioni come scorrette in virtù della

voce normativa. Questo riposizionamento può portare la persona a deresponsabilizzarsi e a riconfigurare “le azioni problematiche come al di fuori delle proprie capacità di controllo” (*Ibidem*, p. 81);

- viene così generata la “posizione problema” (cfr. Romaioli, 2013), ovvero una parte di sé reificata e vissuta come aliena, distonica o sintomatica, capace di sovvertire propositi e di funzionare secondo logiche non totalmente comprese dalla persona medesima che agisce. L'apparire sulla scena della posizione problema può via via condurre ad una riduzione dello spazio e del tempo nel quale l'individuo abita altri sé e parla altre voci (libere dal problema), finendo col trasformarsi in una “storia dominante” (White, 1992).

Considerando la persona come abitata da voci molteplici impegnate in un fitto dialogo, proponiamo ora la lettura di un caso clinico ove lo schema proposto è emerso come particolarmente calzante ai fini della comprensione del problema e della sua risoluzione. La metodologia *Multi-being* (Romaioli, 2013) introdotta durante la terapia ha consentito di rileggere la storia portata dal cliente *come se fosse raccontata da una pluralità di “attori” in interazione su un “palcoscenico”*; l'obiettivo è stato quello di modificare la “regia” dello spettacolo, bilanciando in modo nuovo la composizione delle diverse voci del sé.

Il caso

A. è una ragazza di 27 anni, richiede un ricovero in una casa di cura privata con l'obiettivo dichiarato di regolarizzare l'alimentazione e sospendere le abbuffate che quotidianamente mette in atto da circa un anno. E' ritirata, non lavora, si vergogna del suo aspetto e ha paura di essere giudicata dagli altri per la sua immagine. Dopo qualche settimana di ricovero e l'avvio del percorso di riabilitazione alimentare del quale si dichiara soddisfatta, una notte A. si taglia il braccio con delle forbici², copre le ferite con delle bende di fortuna e, dopo qualche ora, si rivolge agli infermieri che contattano il pronto soccorso per la perdita di troppo sangue. Questa condotta sembra sia stata messa in atto anche in precedenti ricoveri, comportando le dimissioni per scarsa *compliance* al trattamento, oltre a costituire un *pattern* interattivo consolidato tra le mura domestiche.

Ciò che A. racconta successivamente al terapeuta che si farà carico della sua situazione è una storia di problematicità, di incapacità a controllarsi, di debolezza, sviluppata su un registro che configura l'atto del tagliarsi come una forma di akrasia, ovvero come un gesto da lei stessa biasimato e contrario al suo miglior giudizio.

² Secondo la definizione di Favazza (1989, p. 137), l'autolesionismo è “un comportamento ripetitivo, solitamente non letale per severità né intento, diretto volontariamente a ledere parti del proprio corpo”. Rispetto alle codifiche del nuovo DSM V il caso qui presentato rientra nei criteri diagnostici della *Non-Suicidal Self-Injury* (NSSI) caratterizzata da un autolesionismo moderato, non orientato al suicidio e differenziata da una diagnosi di disturbo borderline di personalità (nella precedente edizione del manuale i comportamenti autolesionistici venivano menzionati come uno dei criteri del BPD). Le condotte disfunzionali (come tagliare, incidere e bruciare la pelle, conficcarsi aghi, rompersi le ossa, interferire con la guarigione delle ferite, ecc.) possono avere una natura episodica, ripetitiva o compulsiva e sono spesso concomitanti a numerose altre patologie, quali il disturbo post-traumatico da stress, i disturbi dissociativi o i disturbi dell'alimentazione (Rossi Monti, D'Agostino, 2009).

A: *“So che quello che faccio è sbagliato, io ci provo a smettere, ma sono impulsiva, è più forte di me, non riesco a resistere, è brutto da dire, ma una parte di me desidera tagliarsi, è contenta quando lo faccio, sono una persona orrenda... I miei genitori si arrabbiano, dicono che lo faccio apposta per creare problemi a tutta la famiglia e per attirare l'attenzione, sono stanchi, non sanno più cosa fare con me. Mi sento una persona brutta perché rubo le attenzioni ai miei nipoti, è come se fossi gelosa delle attenzioni che ricevono, lo so che è assurdo perché dovrei comportarmi da adulta, io le so queste cose, ma non ci riesco”³.*

Risulta evidente come la posizione che riconosce il problema e lo racconta in seduta con rammarico, vergognandosi nei confronti dei curanti e dei familiari, non è equivalente alla posizione che, quando si sente sola, tesa, frustrata e incompresa, agisce procurandosi il taglio.

A: *“Ci penso per giorni, costantemente e finché non lo faccio non sono contenta, ma quando vedo il sangue uscire allora sì che mi sento soddisfatta... poi se penso ai miei genitori mi pento... non so, ho la testa piena di pensieri diversi, non capisco, non sono normale”.*

Considerando il tagliarsi come un agito compulsivo e privo di senso, la voce *normativa* interiorizzata e il pubblico (genitori, medici, psicologi, infermieri...) che la alimenta rischiano di: 1. incentivare un vortice di critiche e di auto-colpevolizzazioni; 2. evitare il dialogo con *la posizione che agisce il problema*, impedendo di coglierne le necessità e di trovare alternative di risposta ad essa; 3. offrire attraverso divieti e accuse una comunicazione disfunzionale che, configurando l'atto del tagliarsi come una “tentazione a cui resistere”, ne incrementa implicitamente il valore annesso e il desiderio di realizzazione (cfr. Bateson, 1976).

Restituire ad A. la pluralità dei suoi bisogni e intenzioni costituisce invece un primo passo per interrompere l'autocritica presente nel suo dialogo interno – e spesso evocata dagli *altri impliciti* (Leiman, 2012) – oltre a promuovere uno spazio di ascolto della voce che vuole tagliarsi allo scopo di esplorarne esigenze, valori e credenze. La possibilità di far emergere le ragioni di questo agire problematico non ha finalità unicamente di comprensione, né costituisce un mero approfondimento diagnostico; piuttosto si configura già come un processo di riscrittura narrativa (White, Epston, 1990) orientato a ripristinare un senso di *agency* e a costruire alternative di lettura alla propria esperienza.

T: *“Proviamo a dare voce a questi tuoi pensieri, come se fossero tanti alunni in una classe. Ti chiedo di immaginare di essere un bravo insegnante e di farne parlare uno per volta, evitando che qualcuno prevarichi. Li vogliamo semplicemente ascoltare, anche se hanno opinioni talvolta molto diverse tra loro”.*

³ I colloqui clinici di cui si riportano alcuni frammenti sono stati condotti e audioregistrati dalla dott.ssa Silvia Bresolin.

A: *“La maggior parte degli alunni in genere sta zitta, o parla dopo quando ho già fatto tutto... allora sì che mi fa venire i sensi di colpa... ma in quel momento sento solo quello che mi dice di tagliarmi, quello parla incessantemente...”*

T: *“C'è questo alunno che per gli altri tende a fare il bullo, a prevaricare e a voler parlare solo lui imponendo le sue idee... lui che cosa pensa? Qual è la sua storia? Quali sono le sue buone ragioni?”*

A: *“Sì, per gli altri è un arrogante... lui, non so... forse vorrebbe avere ragione, sentire che qualcuno è dalla sua parte... succede che non mi sento ascoltata e allora lui mette a tacere gli altri perché li ricatta... sì... tagliarsi è un modo di tenerli in scacco e non subire la loro indifferenza... per non sentirsi dei perdenti... solo così può essere soddisfatto...”*

Durante la fase di esplorazione e di comprensione delle voci (cfr. Romaioli, 2013) si è proceduto articolando i punti di vista di ciascuna voce implicata nel problema, prestando attenzione agli effetti pragmatici che tali visioni del mondo producono nel contesto. Nella situazione qui discussa emerge una voce che configura il taglio come un modo efficace per “sfogare” la tensione accumulata, per ripristinare un senso di controllo e potere di fronte ad un mondo vissuto come ingiusto e trascurante e a un'immagine di sé percepita come debole e gregaria; incidersi il braccio consente alla ragazza di comunicare a sé stessa la propria forza e determinazione e agli altri il suo disagio e disapprovazione, senza rischiare di essere ignorata (come accade alle altre posizioni di A. percepite come riservate e mansuete, ma anche subalterne).

A: *“Io mi sento una persona media, incapace di fare qualsiasi cosa con successo, vedo gli altri che raggiungono i loro obiettivi, nello studio, nel lavoro o nella famiglia e io non riesco in niente, mi sento una nullità, mi disprezzo come persona e quindi preferisco stare in disparte o tacere invece che dire stupidaggini, mi chiudo in casa ed è meglio così”*.

Sono proprio questi i pensieri che assillano A. durante il giorno e che vengono esorcizzati attraverso quella che lei vive come una forma di “catarsi”, trasformando l'atto del tagliarsi in una vera e propria tentata soluzione disfunzionale (Watzlawick et al., 1974).

T: *“Immaginiamo che il tuo problema abbia una forma, come lo descriveresti? Che sembianze avrebbe? Come lo rappresenteresti?”*

A: *“Io... vedo come una bolla che mi ingloba, mi isola da tutto e da tutti e finché non la buco mi tiene isolata, come se gli altri non potessero vedermi né sentirmi e nemmeno aiutarmi, mi manca l'aria lì dentro e devo bucarla alla fine, altrimenti impazzisco... Quando mi taglio so che avrò delle conseguenze negative, ma in quel momento la mia mente si libera dai pensieri che mi assillano, mi sento bene, le persone sono premurose con me, mi sento ascoltata e guardata. Anche qui dentro mi viene da farlo perché così voi capite che sto male, che soffro anche se sembro calma e tranquilla”*.

Ascoltare le voci che mantengono il problema garantisce loro uno spazio di espressione, offrendo la possibilità di comprendere i loro scopi e di individuare progressivamente modalità alternative per raggiungerli. Il dialogo sembra portare alla luce una posizione identitaria che vive sé stessa come prigioniera e incapace di esprimersi con gli altri come vorrebbe; la parte che si procura il taglio si trasforma in queste evenienze in un'alleata che consente – tramite lo squarcio – di spalancare (anche) uno spazio di espressione vissuto come più autentico e capace di modificare, seppur temporaneamente, lo schema relazionale inadeguato tra A. e le persone con cui è solita interfacciarsi. Se la prima voce vorrebbe sentirsi più riconosciuta ma evita di esprimersi perché percepisce sé stessa come debole e gli altri come trascuranti, la seconda sembra in grado di esprimersi (tagliandosi!) ma solo invertendo la polarità dominante/dominato e senza contemplare stili di espressione e schemi di relazione più funzionali. Il rapporto tra miglior giudizio e azione problematica sembra qui variare a seconda della particolare voce che racconta, lasciando intravedere come le contraddizioni assumano talvolta la forma di un *dilemma implicativo* (cfr. Feixas *et al.*, 2009): “se mi adatto agli altri non mi esprimo e sono debole/se mi esprimo non mi adatto agli altri e mi taglio”.

L'intervento scelto per la fase di bilanciamento (cfr. Romaioli, 2013) ha agito soprattutto a livello della narrazione (Romaioli, 2010). Attraverso un lento processo di ristrutturazione si è perseguito l'obiettivo di perturbare prima e modificare in seguito le credenze e i significati che sostengono l'agire problematico (gli altri sono perfetti/io sono sbagliata; se mi taglio esprimo chi sono veramente/se sto in silenzio non mi esprimo; se mi trattengo, accumulo e sfogo...), procedendo verso una de-reificazione del problema e un recupero conseguente del senso di *agency* e di autodeterminazione. Successivamente si è operato in vista della riappropriazione di scenari d'azione prima preclusi dalla presenza del problema stesso: sono emerse delle ambizioni poetiche; scrivere è divenuto, nel corso degli incontri, un mezzo utile per farsi sentire dagli altri generando, attraverso le parole, esiti altrettanto evidenti a quelli prodotti tramite i tagli. Gli incontri con A. si sono focalizzati sull'esplicitare le ragioni e gli effetti delle voci percepite come problematiche, segrete, sintomatiche, indagandone le credenze, apprezzandole nelle loro esigenze e sulla costruzione di alternative possibili al taglio, non vietato, ma non più unico mezzo a disposizione per affermare il proprio valore ed esprimere la propria identità.

5. Riflessioni conclusive

La metafora delle voci multiple è un espediente utile a riconfigurare le contraddizioni che caratterizzano il nostro dialogo interno, consentendo di superare gli sterili inquadramenti dei fenomeni akratici. Questi, reificando il sintomo e l'insuccesso della persona a cambiare, rischiano di costruire una posizione identitaria vissuta al di fuori del controllo, incentivando pensieri normativi e sentimenti di impotenza, auto-svalutazione e critica. Come narrato nella Sacra Bibbia (Rom. 7, 15-22): “se io faccio quello che non voglio, io riconosco che la legge è buona; quindi non sono più io a farlo ma il peccato che abita in me”.

La comprensione dell'akrasia entro una cornice interazionista suggerisce invece l'utilità di concettualizzare l'identità come coro di voci dialoganti, coinvolte nei processi di

significazione della realtà, sempre mutevoli e connesse al tessuto relazionale dal quale prendono vita. La situazione clinica riportata offre una testimonianza del valore euristico e pragmatico della terapia *Multi-being*, mostrando come la condivisione della metafora delle voci multiple possa restituire al cliente un ruolo attivo nell'organizzazione della sua esperienza e consentirgli di armonizzare le sue contraddizioni in modo funzionale alla risoluzione delle problematiche.

Riferimenti bibliografici

- Ajzen I. (1985), From intention to action: a theory of planned behaviour. In J. Khul, J. Beckman (a cura di) *Action control: from cognition to behaviour*, Springer Verlag, New York.
- Aristotele (50-60 a.C.), *Etica Nichomachea*. Laterza, Roma, 2003.
- Bandura A. (1977), Self Efficacy: Toward an unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bateson G. (1976), La cibernetica dell'io: una teoria dell'alcolismo. In G. Bateson, *Verso un'ecologia della mente*, (pp. 357-390), Adelphi, Milano.
- Cesa G. L., Villa V., Castelnovo G. (2011), *L'esperienza dei gruppi di motivazione al cambiamento*. In E. Molinari, G. Castelnovo (a cura di), *Clinica patologica dell'obesità*, (pp. 121- 160), Sprinter, Milano.
- Davidson D. (1980), *Essays on actions and events*. Oxford University Press, Oxford.
- Elster J. (a cura di) (1985), *L'io multiplo*. Feltrinelli Editore, Milano (1991).
- Elster J. (2008), *Reason and rationality*. Princeton University Press.
- Faccio E., Romaioli D., Centomo C. (2012), Motivation for Change in Psychotherapy. In G. Mininni, A. Manuti (a cura di), *Applied Psycholinguistics. Positive effects and ethical perspectives. Volume II*. (pp. 19-26), Franco Angeli, Milano.
- Favazza A. R. (1989), Why patients mutilate themselves. *Hospital & Community Psychiatry*, 2, 137-45.
- Feixas G., Saúl L. A., Ávila-Espada A. (2009), Viewing cognitive conflicts as dilemmas: Implications for mental health. *Journal of Constructivist Psychology*, 22(2), 141-169.
- Frattoni S., Romaioli D., Ravasio A. (2010), "Voglio smettere, ma è più forte di me". I repertori dell'akrasia tra i consumatori di sostanze psicoattive. *Scienze dell'interazione*, 2, 33-47.
- Gergen K. J. (1985), The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266–275.
- Gergen K. J. (1991), *The Saturated Self*. Sage Publications, London.
- Gergen K. J. (2008), Therapeutic challenge of multi-being. *Journal of Family Therapy*, 30 (4), 335–350.
- Gergen K. J. (2009), *Relational being: Beyond self and community*. Oxford University Press, Oxford.
- Gergen K. J. (2012), From psychodynamics to multi-being. *Dynamische Psychiatrie*, 45 (3), 93.
- Goffman E. (1967), *The presentations of the self in everyday life*. Doubleday, New York
- Harré R., Secord C. V. (1972), *The explanation of social behavior*. Blackwell, Oxford
- Harré R., Van Langenhove L. (1999), *Positioning theory*. Blackwell, Oxford.

- Hermans H. J. M. (2001), The Dialogical Self: Toward a Theory of Personal and Cultural Positioning. *Culture and Psychology*, 7, 243–281.
- James W. (1890), *The principles of psychology*. Harvard University Press, Cambridge.
- Karoly P. (1980), Person variables in therapeutic change and development. In P. Karoly, J. J. Steffen (a cura di), *Improving the long-term effects of psychotherapy*, Gardner, New York, pp. 195-261
- Leiman M. (2012), Dialogical sequence analysis in studying psychotherapeutic discourse. *International Journal for Dialogical Science*, 6(1), 123-147.
- Masoni M. V. (2001), *Studiare bene senza averne voglia*, Erickson, Trento.
- Mead G. H. (1934), *Mind, self and society*. The University of Chicago Press, Chicago.
- Miller W., Rollnick S. (2007), *Il colloquio di motivazione. Tecniche di counseling per problemi di alcol e altre dipendenze*, Erickson, Trento.
- Prochaska J. O., Diclemente C. C. (1982), Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 1, 11-12.
- Romaioli D., Faccio E., Salvini A. (2008), On Acting against one's best judgement: a social constructionist interpretation for akrasia problem. *Journal for Theory of Social Behaviour*, 38, 2, 179-192.
- Romaioli D. (2009), Modelli d'azione e processi di cambiamento in psicoterapia. *Scienze dell'Interazione. Rivista di Psicologia Clinica e Psicoterapia*, 1 (1), 29-42.
- Romaioli D. (2010), La terapia interazionista nei "disturbi d'ansia". In L. D. Regazzo (a cura di), *Ansia, che fare?*, (pp. 397-428), Cleup, Padova.
- Romaioli D. (2013), *La terapia multi-being. Una prospettiva relazionale in psicoterapia*. Taos Institute Publications, WorldShare Books.
- Romaioli D., Favaretto G. (2011), L'akrasia nello studio dei mutamenti di giudizio nelle conversazioni. *Scienze dell'interazione. Rivista di Psicologia Clinica e Psicoterapia*, 2, 12-29.
- Rossi Monti M., D'Agostino A. (2009), *L'autolesionismo*. Carocci, Roma.
- Salvini A. (1994), Identità alternate: normalità e patologia della personalità multipla. *Psicologia Contemporanea*, 121, 4-11.
- Salvini A. (2004), *Argomenti di psicologia clinica*. UPSEL Domeneghini, Padova.
- Salvini A. (2010), Paradossi semantici e psicologici. *Scienze dell'Interazione. Rivista di Psicologia Clinica e Psicoterapia*, 2(2), 3–7.
- Salvini A. (2011), L'interazione semiotica in psicologia clinica. In A. Salvini, M. Dondoni (a cura di), *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*, Giunti, Firenze.
- Vidotto G., Romaioli D., Vicentini M. (2006), L'akrasia tra riflessioni antiche e moderne – Verso un modello cognitivo dell'akrasia. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, Suppl. Psicologia* 2, 111-118.
- Watzlawick P., Weakland J. H., Fisch R. (1974), *Change: principles of problem formation and problem solution*. Norton, New York.
- White M. (1992), *La terapia come narrazione. Proposte cliniche*. Astrolabio, Roma.
- White M., Epston D. (1990), *Narrative means to therapeutic ends*. Norton, New York.

Il dolore e la sofferenza del corpo: una riflessione socio-antropologica per il sapere dello psicoterapeuta

Antonio Consiglio, Elisa Massariolo**, Silvia Maestranzi Moro****

Riassunto. Essendo l'esperienza del corpo molto vivida e "reale", il dolore ci appare spesso come un dato oggettivo e incontrovertibile. Eppure alcuni studi e resoconti antropologici mostrano come la stessa esperienza del dolore sia mediata dalla cultura, suggerendo che la sua percezione derivi anche da processi di attribuzione di significato. Partendo da un quadro di riferimento socio-antropologico, verranno proposte alcune considerazioni di carattere teorico e operativo sul dolore e sui suoi aspetti psicologici, discutendo come gli psicoterapeuti possano giocare un ruolo centrale nel campo della "gestione della sofferenza".

Parole chiave: Corpo, Semiotica del Dolore, Analgesia, Ipnosi

Summary. Just as our body experience emerges as vivid and real, pain often appears as an incontrovertible evidence. In literature, many anthropological studies and reports suggest that even the experience of pain can be mediated by culture, suggesting that its perception depends on meaning-making processes. Starting from an anthropological framework, theoretical and practical ideas about pain and its psychological features will be discussed, showing how psychotherapists can play a central role in the field of "pain management".

Key Words: Body, Pain Semiotic, Analgesia, Hypnosis

*Il poeta è un fingitore.
Finge così completamente
che arriva a fingere che è dolore
il dolore che davvero sente.
(F. Pessoa)*

* Psicologo, Psicoterapeuta, specializzato presso il Corso quadriennale di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva dell'Istituto Berna di Mestre.

** Psicologa, Psicoterapeuta, specializzata presso il Corso quadriennale di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva dell'Istituto Berna di Mestre.

*** Psicologa, Ipnologa, Psicoterapeuta, specializzata presso il Corso quadriennale di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva dell'Istituto Berna di Mestre.

1. Il dolore del *corpo*

Il dolore di cui ci si occupa in queste pagine è quello di una ferita, di un pizzico, o quello proveniente da un'operazione chirurgica o come risultato di qualche patologia organica: in altre parole, è il dolore proveniente da ciò che comunemente chiamiamo 'corpo'. Per l'uomo non vi è nulla di più concreto, scontato ed ovvio, esiste al tatto, agli altri sensi e nell'immaginazione. «L'esperienza del corpo è talmente comune ed intuitiva da far pensare che non serva spiegarla o circoscriverla ad alcuna definizione. Ma se ci impegnassimo nell'impresa la troveremmo davvero difficile» (Faccio, 2007, p.13). Infatti accade che chi argomenta parta lasciando impliciti i riferimenti definitivi, dandoli per scontato in quanto 'realità di fatto', senza accorgersi che «ciascun approccio al tema pensa di trattare "il corpo", mentre ne approfondisce solo l'impianto categoriale che viene utilizzato come filtro di lettura» (ivi).

Storicamente parte della psicologia ha lasciato il discorso sul corpo fuori dalle sue argomentazioni, accettando come unici un sapere e un linguaggio medico che, in occidente, hanno portato alla rappresentazione di un corpo come oggetto e all'idea di *possedere* un corpo più che a quella di *essere* un corpo. A tal proposito Le Breton (2000) riporta un articolo di Jacques Le Goff sui mestieri leciti e illeciti nel Medioevo, dove si vedono accostati al medesimo disonore il chirurgo, il barbiere, il macellaio e il boia. Tutti accomunati dalla medesima trasgressione di un tabù: non si può concepire il lacerare le membra e far sgorgare del sangue, nemmeno per fini curativi.

La prospettiva che sussume una tale credenza ci lascia intendere che l'individuo fosse considerato come parte del cosmo, per cui lacerare le sue membra e causarne l'uscita del sangue equivaleva a lacerare la carne del mondo. Di quel mondo che è il dono di Dio, tanto che nel 1163 il Concilio di Tours vietava ai medici monastici di far sgorgare sangue. Dal XII secolo si assiste ad una vera e propria divisione nella medicina: da un lato i medici, chierici, colti, letterati che si occupavano della cura 'esterna' del corpo, cura che non prevedeva il contatto con il malato; dall'altra i chirurghi, spesso laici, che operavano all'interno del corpo andando oltre il tabù del sangue e garantendosi così il disprezzo dei colleghi medici. Secondo Le Breton (2000) questa gerarchia di potere, che crea una posizione invidiata e di prestigio, si fonda sulla sempre maggiore distanza dal malato e dal corpo. «È in effetti l'allontanamento del corpo che regola lo statuto rispettivo di questi diversi sguardi sull'uomo malato. Il movimento epistemologico e ontologico che conduce all'invenzione del corpo è in cammino» (*Ibidem*, p.41).

In definitiva, se prendiamo ad oggetto di studio il dolore del corpo rendendo fluida la definizione dello stesso 'corpo', ci accorgiamo che anche il nostro oggetto di studio è costretto a diventare liquido e a relativizzarsi, quantomeno rispetto a considerazioni coerenti al livello epistemologico di pertinenza.

2. Dolore del soma e del simbolo

A volte accade che alcune manifestazioni ignote, rompano la quotidianità del silenzio del corpo e l'angoscia dell'ignoto permane fintanto che uno specialista non attribuisce un nome alla manifestazione sconosciuta, donandogli un'esistenza che riduce così improvvisamente l'angoscia. Indipendentemente dalla gravità della diagnosi. L'importante è che prima di tutto il dolore abbia un nome, non per attenuarne i sintomi ma prima ancora per placare l'angoscia dell'ignoto. Una volta inserito il dolore in una

struttura di senso, può essere compreso, ritualizzato, si può orientare l'attenzione su di esso o la si può distogliere, può divenire un nucleo identitario o essere trascurato e dimenticato.

«Degli specialisti (medici, guaritori, esorcisti, psicologi, etc.) hanno il compito di reintrodurre del senso là dove ne manca, di stabilire una coerenza là dove il collettivo propende a non vedere che disordine. La carica di angoscia insita nelle esperienze insolite è così eliminata o attenuata dalla simbolizzazione operata con l'aiuto del terapeuta» (Le Breton, 2000, p. 105). Il dolore diviene più sopportabile se inserito in un'esistenza condivisa che passa attraverso il linguaggio, spostando così lo sguardo da un dolore del soma ad uno nel simbolo.

Diviene, a questo punto, una sofferenza "dell'uomo", non più del corpo. Il dolore provato non è una semplice questione sensoriale ma mette in campo parti più intime dell'individuo. Ha a che fare con il mondo dell'esperienza, con l'educazione, con la fiducia nei confronti di colui che attribuisce un nome al suo dolore e con il significato che esso assume in un contesto sociale. In altre parole «non sfugge alla condizione antropologica delle altre percezioni. È simultaneamente provata e valutata, integrata in termini di significato e di valore. Mai puramente fisiologico, dipende da una simbolica» (Le Breton, 1995, p.12).

3. La costruzione sociale del dolore

Se ci allontaniamo da una prospettiva che intende il corpo come oggetto reale ed il dolore come una modificazione sensorio-percettiva, possiamo gettare uno sguardo sugli aspetti sociali, culturali e simbolici che intervengono nella significazione attribuita all'evento doloroso.

Sono numerosi gli studi e i casi riportati che mostrano come quest'esperienza non appartenga al regno dell'oggettività, ma sia piuttosto descrivibile come un intreccio di fattori: culturali, relazionali, simbolici, fisiologici, di contesto, religiosi e via dicendo. Fattori che giocano un ruolo importante nella percezione e nell'attenuazione del dolore stesso. «Georges Cauguier fa eco a Leriche quando afferma che l'uomo fa il suo dolore – come fa una malattia, o come fa un lutto – molto più di quanto lo riceva o lo subisca» (Le Breton, 1995, p.109). Insieme alla creazione del dolore ogni società crea anche i più coerenti mezzi per combatterlo, fornisce i mezzi simbolici per gestirlo attraverso le specifiche medicine che elabora.

Nel tempo, immersi in un contesto sociale, si apprende quali sono i sintomi, le sofferenze che legittimano un lamento e anche il modo più adeguato per lamentarsi, attraverso smorfie, lacrime o impassibilità, seguendo i criteri e i valori più appropriati per quel determinato contesto sociale. Nel 1966 Irving Zola evidenzia come «i malati italiani mostrano una tendenza culturale alla drammatizzazione del loro stato, che li mette talora in contrasto con le esigenze della cultura medica e ospedaliera. Al contrario l'atteggiamento convenzionale degli irlandesi è di prendersi carico della situazione e sopportarla» (Le Breton, 1995, p. 118). Non stiamo parlando delle differenti modalità di rispondere o reagire ad un dolore ma della percezione stessa. Le diversità culturali indirizzano la percezione, guidano a selezionare quali siano i sintomi degni di attenzione e quali invece possano essere lasciati fuori dalla consapevolezza.

4. Il significato del dolore in una biografia

La partita si gioca nei termini dei significati che l'individuo attribuisce nel gioco interattivo tra le istanze psicosociali, relazionali e personali. Tra un dolore che giunge all'improvviso, una ferita procuratasi mentre si salva la vita ad una persona cara, il dolore che accompagna la nascita di un figlio, il pugno preso da un pugile, non cambia solo il tipo di dolore ma prima di tutto cambia il significato di quel dolore e, cambiandone il significato, cambia anche la percezione stessa. L'amputazione di un arto ad un militare non è la medesima amputazione del medesimo arto di un operaio. Il significato attribuito a tale amputazione non è paragonabile. Per il militare tale perdita può significare eroismo, sacrificio per la patria e anche un tanto desiderato congedo e ritorno in famiglia. Per l'operaio il medesimo arto è determinante nella riuscita del suo lavoro e quindi nel mantenimento economico della famiglia. La differenza notevole di significato attribuito allo stesso intervento lacera in maniera diversa la carne, il dolore non è lo stesso, i lamenti non sono paragonabili e nemmeno le suppliche per la richiesta di antidolorifici. La fisicità e l'oggettività del dolore sfumano nei loro contorni assumendo il senso attribuitogli, tanto che in alcuni casi l'uomo non sfugge al dolore ma sembra invece ricercarne la sua forma più estrema. Gli esempi presi dall'antropologia sono interminabili: nelle varie forme religiose è possibile trovare il dolore come mezzo privilegiato per la purificazione, i flagellanti ne sono un esempio; «tagliare il prepuzio equivale esattamente a far saltare un dente (Australia ecc.), a recidere l'ultima falange del dito mignolo (Africa del Sud), a tagliare il lobo dell'orecchio o a perforare il lobo, il setto nasale, o a praticare dei tatuaggi o delle scarnificazioni, o a tagliare i capelli in un certo modo: ne vien fuori un individuo mutilato dell'umanità comune attraverso un rito di separazione (di qui l'idea di tagliare, del perforare, ecc.) che automaticamente lo aggrega ad un gruppo determinato e in modo tale che, poiché l'operazione lascia segni indelebili, l'aggregazione risulti definitiva» (Van Gennep, 1981, p. 63); la tribù dei Tjingili e dei Kotandji, popolazioni che vivono nel nord e nel centro Australia, si caratterizza per tagli e sfregi nella parte superiore del corpo, sul petto, sulle spalle e sulle braccia. Queste incisioni vengono fatte con selci o con vetri e successivamente strofinate con la cenere. Il loro significato è ornamentale; oppure ancora, l'incisione del dente delle donne Kaititja (Spencer, 1983, cit. Faccio, 2007). Dalla religione, all'arte, fino alla necessità di lacerare il proprio corpo per ritrovare se stessi, il dolore si veste di un significato diverso, muta in qualcosa di altro da una semplice percezione sensoriale.

5. Il dolore come sindrome: il caso del dolore cronico

Come abbiamo già visto l'uomo può sopportare prove molto dolorose se vi attribuisce un significato, se quel dolore è il mezzo per raggiungere una purificazione, uno status sociale o per gridare al mondo la propria protesta. Diviene però qualcosa di insopportabile se non si è in grado di trovarvi un significato e ancor più una causa. Questo è il caso di quello che viene definito come dolore cronico. Un dolore che permane nel tempo, anche dopo le normali prassi mediche è ancora lì, e sembra non attenuarsi nemmeno dopo l'etichetta sconsolante di 'dolore cronico'. Ad oggi viene considerata una sindrome dal sistema sanitario e in Europa rappresenta uno dei principali problemi sanitari.

Riportiamo alcuni dati presi dal testo di Rosanna Cerbo (2010, p. 7)¹:

Le dimensioni del fenomeno del dolore cronico sono ampie: 19% in Europa (l'Italia, dopo Norvegia e Polonia, è il paese con prevalenza più alta: 32% al nord e 22% al sud) 56% donne, età media 50 anni. Il dolore cronico ha alti costi socio-economici e l'Italia rappresenta il paese europeo in cui sono maggiori: 17% di perdita di lavoro, 28% di riduzione dei livelli di responsabilità, 22% di comparsa di depressione. Inoltre è noto il fenomeno dell'innalzamento dell'età: le persone over 65 nel mondo sono circa seicento milioni e l'Europa è l'area geografica con la più alta percentuale di anziani. Le statistiche rivelano che un anziano su due ha problemi di dolore cronico dovuti nella maggior parte dei casi a osteoartrosi, complicanze di malattie cardiovascolari o di diabete; che la stragrande maggioranza di loro soffre di dolori cronici da oltre otto anni e che circa un quinto ha combattuto il dolore per più di un ventennio.

Il dolore cronico sembra essere oggi uno dei grossi problemi sanitari, al quale ancora pochi centri ospedalieri sono riusciti a trovare soluzione o per lo meno una possibilità. Oggi più che mai la medicina si trova a dover rivedere, a fronte di un dolore che permane nel tempo, l'idea di un corpo oggettivo valutando la possibilità di integrare saperi che abbracciano l'uomo nella sua interezza, quindi non solo nel suo corpo. «Nel dialogo che la medicina intrattiene con e su se stessa, la psicologia non solo è chiamata – per quell'eco che da ogni discorso scientifico si propaga nelle altre e differenti scienze – a scambiare qualche battuta, ma si pone come interlocutrice privilegiata» (Pagliaro, 2011, p. 370). Viene chiamata a discutere su ciò che più le compete, ovvero sulla complessità della persona e sulla sua sofferenza; sul significato che quella sofferenza rappresenta per la persona e che ruolo riveste all'interno delle sue relazioni.

Gli interventi in ambito ospedaliero, o nella gestione del dolore sono svariati. Abbiamo visto come negli ultimi decenni la figura dello psicologo si sia inserita a pieno diritto in alcune realtà ospedaliere mostrando la sua efficacia attraverso diversi tipi di interventi, dal sostegno psicoterapeutico al paziente, all'attivazione di gruppi per la discussione pluridisciplinare dei casi. Sappiamo inoltre che alcune tecniche, dalla meditazione all'ipnosi, hanno mostrato i loro effetti positivi sia per quanto riguarda la riduzione del dolore cronico che per quanto riguarda la riduzione della sintomatologia a seguito di cure altamente invalidanti come la chemioterapia, dolore che molto spesso secondo i dati² non riceve le cure adeguate.

¹Docente di Neurologia Università "Sapienza" Roma; Responsabile Centro di medicina del dolore "Enzo Borzomati" Policlinico Umberto. Il testo di riferimento è *"Il significato del dolore nelle religioni monoteiste"*.

²Secondo i dati dell'EFIC (Federazione Europea dei Circoli IAPC) oltre il 25% delle persone colpite da tumore non riceve alcun adeguato trattamento per combattere il dolore associato alla patologia. In base agli ultimi dati, i reparti di cure palliative sono, a tutt'oggi, duecentosei, la gran parte dei quali concentrati nelle regioni del centro-nord, poco meno del 10% al sud.

6. Modulazione simbolica del dolore

Così come durante i rituali o alcune prove il dolore sembra sparire o attenuarsi per induzione simbolica «allo stesso modo nell'individuo ipnotizzato si suscitano sofferenze non giustificate da alcuna lesione. L'ipnosi è un'altra via dell'efficacia simbolica ed esige che il paziente sia immerso in uno stato particolare di trance. Agisce per suggestioni orali che trovano subito la loro realizzazione. La parola efficace di un ipnotizzatore può indurre un dolore in qualsiasi parte del corpo, senza che l'individuo interessato sia in alcun modo interessato nella carne.» (Le Breton, 1995, p.71). Un esempio classico è l'esperienza della moneta che consiste nel far tenere una moneta al soggetto sotto ipnosi dicendogli all'improvviso che scotta. Il soggetto lascia immediatamente cadere a terra la moneta e successivamente sui polpastrelli compaiono segni di ustione. Questo è solo un esempio del potere dell'induzione simbolica che già ben conoscevano illustri medici e chirurghi prima dell'utilizzo massiccio degli anestetici. Infatti interventi chirurgici effettuati in ipnosi sono noti da tempo. Nel 1829, per esempio, Jules Cloquet pratica su una donna di sessant'anni in stato di ipnosi l'ablazione di un seno. Oppure l'amputazione di una gamba di un uomo in stato di ipnosi ad opera di James Ward. Famoso divenne Esdaile, chirurgo di Calcutta che nel suo ospedale fece centinaia di operazioni su pazienti sempre in stato di ipnosi. Poi a partire dal 1847, l'anestesia effettuata con l'etere e il cloroformio, più la possibile analgesia locale, mettono in un angolo la tecnica dell'ipnosi come strumento per la gestione del dolore. Successivamente ricomparirà sulla scena grazie a grandi personaggi come Milton Erickson, ma solamente laddove la medicina non è riuscita nel suo intento o per "curare" la psiche, ciò di cui la medicina non si occupa.

7. Conclusioni: la modulazione semiotica nella gestione del dolore

Il dolore del corpo, per come lo intendiamo oggi, è reso possibile da una configurazione interattiva tra le istanze culturali socialmente e storicamente situate, nelle dimensioni possibili della manifestazione del linguaggio, mediata dall'orientamento contingente di ciò che chiamiamo attenzione e coscienza. Poiché veicolato da fattori simbolici, si ritiene che un adeguato uso, in senso performativo, di alcuni segni possa permettere di modulare la percezione stessa del dolore. Tale ipotesi si pone come teoria esplicativa di tecniche e procedure già esistenti, in uso in ambito clinico e dalla dimostrata efficacia, quali la cosiddetta ipnosi ed alcune tecniche di rilassamento e di meditazione. Considerando come alcuni stati modificati di coscienza siano il frutto di interazioni linguistiche, fondate su credenze condivise, è evidente come non sono le tecniche in sé ad operare gli effetti percettivi sul dolore, ma anche l'uso sapiente dei segni e dei simboli. Le manovre semiotiche hanno, da questo punto di vista, un'importanza cruciale che va aggiunta alle considerazioni sugli effetti delle manovre "dal corpo sul corpo" (respirazione diaframmatica, iperventilazione, etc.). Quanto esposto dovrebbe fornire al terapeuta o all'operatore del benessere la mappa teorica con la quale produrre consapevolmente le manovre terapeutiche finalizzate alla modificazione degli schemi percettivi del dolore. Tuttavia, a volte capita che le tattiche psicoterapiche volte all'analgesia siano applicate come mere repliche di procedure,

trascurando il valore degli aspetti semiotici dell'interazione. Ad esempio alcune metodologie ipnotiche anche estremamente efficaci, si appoggiano su teorie che descrivono la *psiche* come un luogo costituito di zone a maggiore o minore profondità o accessibilità; le tattiche suggestive prevedono in questi casi manovre che contemplano l'esistenza di questi luoghi, trascurando che, solo per fare un esempio, luoghi come l'*inconscio* appartengono più agli effetti della fama della psicanalisi sulla cultura condivisa che a qualche empirica, anatomica o funzionale divisione dell'animo umano. In questi casi va opportunamente tenuto in considerazione quanto l'espedito chiamato inconscio regga di fronte all'interlocutore e al contesto. Alcune metafore, alcune storie, alcuni segni, vanno opportunamente modulati sulla base della persona con la quale vengono adoperati, in quanto gli universi simbolici da questi abitati possono variare notevolmente. Non è raro incontrare clienti che pensano a se stessi e al proprio comportamento come la conseguenza di qualche determinismo atomico: in queste persone l'inconscio non è contemplato e sarebbe superfluo iniziare una diatriba con loro per chi ha ragione. Prendendo a prestito invece elementi del mondo dell'interlocutore, il suo modo di dare senso e valore alle cose, è possibile costruire di volta in volta procedure che possano orientare l'attenzione percettiva, oppure che possano ristrutturare le cornici di senso entro le quali verrà percepito il dolore. Camminare a piedi nudi su di una spiaggia di ciottoli può essere impossibile per il dolore provato se si ricevono troppe attenzioni materne, ma l'adolescente della comunità locale che deve dimostrare il suo valore imparerà presto a correre sui ciottoli non provando realmente alcun dolore; d'altronde un pubblico attonito e sbigottito per la prodezza può far camminare sui carboni ardenti colui che impara a credere che davvero non prova dolore, non provandolo sul serio.

Riferimenti bibliografici

- Cerbo R., Giglio A. (2010), *Il significato del dolore nelle religioni monoteiste*, Edizioni romane di cultura.
- Daniélou A. (1992), *Mythes et dieux de l'Inde*, tr. it., *Miti e dei dell'India. I mille volti del pantheon induista*, Bur, Milano, 2002.
- Eckel M.D. (2003), *Understanding buddhism*, Duncan Baird, tr. it. *Capire il buddhismo*, Universale Economica – ORIENTE, 2007.
- Faccio E. (2007), *Le identità corporee. Quando l'immagine di sé fa star male*, Giunti, Firenze.
- Le Breton D. (1995), *Anthropologie de la douleur*, Métailié, Paris; tr. it. *Antropologia del dolore*, Meltemi, Roma, 2007.
- Le Breton D. (2000), *Anthropologie du corps et modernité*, Universitaires de France, Paris; tr.it. *Antropologia del corpo e modernità*, Guffrè, Milano, 2007.
- Pagliaro G. (2011), *Psicologia clinica ospedaliera*, in A. Salvini e M. Dondoni (a cura di), *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*, Giunti, Firenze.
- Van Gennep A. (1909), *Les rites de passage*, Emile Nourry, Paris; tr.it. *I riti di passaggio*, Bollati Boringhieri, Torino (1981).
- Zola I. K. (1966), Culture and symptoms. An analysis of patient's presenting complaints, *American Sociological Review*, 31, 624-625.

“Se è una mia struttura, come posso guarire?” Il potere della metafora nella psicoterapia interazionista

*Stefano Zanon**

Riassunto. Raccontare è un'operazione creativa che valica i meri confini del descrivere. Il linguaggio genera e sostanzia oggetti immateriali, come sensazioni o sentimenti, attraverso figure retoriche quali la metafora. Una situazione di disturbo ossessivo compulsivo, letta secondo una prospettiva cognitivo-comportamentale, diventa un'occasione per riflettere sul ruolo della metafora in psicoterapia. Saranno discusse le implicazioni operative e sulle matrici di significato personali, motore del cambiamento, secondo la prospettiva del costruzionismo sociale e, più in particolare, dell'interazionismo simbolico .

Parole chiave: Linguaggio, Metafora, Razionalismo, Interazionismo, Costruzionismo Sociale, Psicoterapia

Abstract. Narrating is more than describing because of its creative function. Through the language we have the possibility to define and give substance to thought, feeling and emotions using figures of speech like metaphor. The present work analyses the role of the metaphor used in psychotherapy on an obsessive-compulsive disorder (OCD) situation, considering both a cognitive-behavioral and social constructionism perspectives.

Key words: Language, Metaphor, Rationalism, Interactionism, Social Constructionism, Psychotherapy

1. Introduzione

Le metafore pervadono le nostre comunicazioni in particolare quando si pone la necessità di argomentare e dare sostanza a sensazioni, vissuti, pensieri e idee (Faccio, Salvini, 2007): oggetti discorsivi immateriali che richiedono una *mappa* descrittiva che renda l'idea del *territorio* che si ha in mente. Il loro valore transitorio però, viene frequentemente a perdersi fino a trasformarsi in vera e propria rappresentazione descrittiva di un “oggetto reale”, tangibile. Un fenomeno questo che ha caratterizzato la psicologia moderna fortemente discusso ed indagato nelle scienze psicologiche postmoderne. Ovvero le metafore prese a prestito da altre discipline (fisica, medicina) e utilizzate nelle teorizzazioni psicologiche, sono via via diventate “i mattoni (reali)

* Psicologo, Psicoterapeuta, specializzato presso il Corso quadriennale di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva dell'Istituto Berna di Mestre, Docente a contratto Università di Padova.

dell'attività psichica" (Salvini, 1988, p. 5) e l'oggetto di lavoro della psicologia stessa. La metafora, perdendo il suo valore linguistico descrittivo, diventa oggetto reificato e sostantivizzato: così la mappa non è più uno strumento simbolico che de-complessifica la percezione del territorio per aiutare la persona a muoversi all'interno di esso, ma diventa una fotografia esaustiva del territorio stesso, annullando anche la sua naturale mutevolezza. Un punto di vista definito *meccanomorfista* che trascura il potenziale creativo e generativo delle persone (considerato invece da concezioni *antropomorfe*) che costruiscono e usano le proprie rappresentazioni, idee e teorie per sviluppare ipotesi conoscitive sul mondo (*realismo concettuale* (Salvini, 1988)). Sull'onda di questo pensiero, la realtà perde lo status di oggettività in quanto la sua conoscenza è fortemente legata alle credenze, alle competenze e alle intenzioni con cui l'individuo si dispone verso di essa: ciò che si coglie non sono solo le caratteristiche esterne di un oggetto, ma anche i suoi *significati* dettati dalla regola *relazionale* emergente e contestualmente importante (Salvini, 1988).

Il linguaggio, strumento simbolico per eccellenza, utilizzato per raccontare e raccontarsi, sfugge da un valore meramente descrittivo per diventare generativo e reificatore: quello che viene detto ha valore costitutivo per la persona che assume al contempo il ruolo di osservatore e agente di modificazione (Berger, Luckman, 1966). Infatti, come sostiene Maturana (1970) "tutto quello che è detto è detto da un osservatore" e "uno sguardo da nessun luogo" (Putnam, 1981) sui diversi eventi della vita non sembra ancora possibile. Tali concetti sono di fondamentale importanza per lo psicologo interazionista: la clinica rappresenta un'esperienza in cui le azioni della persona non sono rinchiusi e classificate in categorie diagnostiche patologizzanti, ma ridefinite e ridiscusse secondo punti di vista e ipotesi alternative. Il colloquio si costruirà intorno a *storie* (Bruner, 1987), anziché problemi, in luogo della causa sarà possibile riconoscere delle ragioni che hanno mosso la persona verso alcune scelte in luogo di altre. I contenuti raccontati diventano veicoli per accedere ai processi che li legano insieme secondo una coerenza di significato personale.

La situazione qui di seguito riportata rappresenta una testimonianza di come un utilizzo delle metafore che non tenga conto del loro forte potere reificatore, possa diventare uno strumento involutivo e iatrogeno per il lavoro psicologico.

2. Il caso

Adele¹ è una giovane donna che chiede una consulenza per un disturbo ossessivo compulsivo (DOC) e per il quale è impegnata da più di dieci anni in una psicoterapia cognitivo comportamentale. La ragione del consulto nasce da una crescente avversione e resistenza verso una tecnica (denominata *desensibilizzazione*²) prevista dal percorso: vuole sapere se esistono alternative terapeutiche a quella attuale in quanto lei non ne conosce altre e questo le aumenta una sensazione di "prigionia", di

¹ Nomi e informazioni personali che compariranno in questo lavoro sono stati modificati in base alla vigente normativa in materia di privacy.

² Dal racconto di A., la tecnica di desensibilizzazione prevedeva una esposizione progressiva e continua allo stimolo/pensiero che generava le ritualità ossessive: talvolta questa procedura era anche introdotta senza preavviso, a spot, all'interno del colloquio. L'intento era appunto quello di aumentare il livello di abitudine desensibilizzando progressivamente la persona.

“non avere via di scampo”. Quando le viene proposta la desensibilizzazione racconta di percepire “un continuo tirare un freno a mano”.

Senza una precisa regola o tempistica ad A. arriva un pensiero (da lei definito “il pensiero”) avente come contenuto il tema del tradimento che non riguarda però il proprio rapporto di coppia, ma il concetto in modo più generale. L’attivazione può arrivare da una rivista, da una conversazione, dalla televisione o dalla radio. Il pensiero attiva due rituali: il primo e più frequente è il lavaggio delle mani fino all’escoriazione, mentre il secondo riguarda il lavaggio dei vestiti ritenuti *contaminati* dal pensiero. Sostanzialmente, se durante un’azione o un momento della giornata, A. è visitata dal pensiero relativo al tradimento, gli abiti che indossa devono essere lavati e gli oggetti che ha in mano in quel momento, come ad esempio il cibo, accantonati o gettati. Teme anche di andare a fare la spesa o comprare qualcosa per se stessa poiché, qualora il pensiero si presentasse, dovrebbe abbandonare il negozio o buttare il prodotto appena rientrata a casa. La contaminazione non tocca né gli oggetti del figlio né quelli del marito né gli ambienti domestici (es. arredi, parti della casa): gli abiti personali, anche se lavati, non sempre si decontaminano e per questa ragione molti li ha gettati o nascosti. Vive questa situazione con forti sensi di colpa per l’irrazionalità del tutto e l’incapacità di sottrarsi a questo sistema. Il termine che A. utilizza maggiormente è proprio quello di “sconfitta” che rimanda ad una metafora che porta sullo sfondo il tema della guerra e del combattimento: il fallimento diventa il risultato del non riuscire a far fronte a questo problema e di sentirsi in balia di esso.

In chiusura del primo colloquio, dopo aver illustrato brevemente la poliedricità delle teorizzazioni psicologiche, invito A. a prendersi del tempo per riflettere se cambiare terapeuta o meno e, contestualmente, assegno anche un “compito per casa” che la può aiutare nella decisione, sperimentando un punto di vista alternativo sul lavoro psicologico permettendole, mi sia consentita la metafora, di non comprare a scatola chiusa.

Nel percorso precedente le era stato chiesto di contare quante volte si lavasse le mani durante il giorno e di annotarlo in un’apposita tabella: A. l’aveva seguito per un periodo ma presto abbandonato in quanto si sentiva obbligata a prendere contatto costantemente con la sua percezione di incapacità di controllarsi. Prescrivere il *diario di bordo*³ (Nardone, 2010), avrebbe ricalcato le maglie del percorso precedente: scelgo invece la *prescrizione del sintomo* (Nardone, 2010) con l’obiettivo di intervenire sul meccanismo del controllo. Fin da subito, infatti, è apparso evidente un sistema di anticipazione (“sto attenta che non mi venga”), che attiva un’allerta e una vigilanza costante sulle possibili minacce che attivano il pensiero e le ritualità. L’impressione è che anche il percorso terapeutico dal quale proviene si sia mosso nella medesima

³ La prescrizione del diario di bordo consiste nel chiedere alla persona di prendere nota di una serie di elementi contestuali (es. data, ora, luogo) e personali (sensazioni provate, contenuto del pensiero) relativi al momento esatto in cui si presenta il sintomo o, in questo caso, il pensiero. L’obiettivo (e funzione terapeutica al contempo) è quello di inserire un’azione che interrompa il sistema su cui la problematica si sorregge proprio nel momento in cui questo si presenta. Alterando tale sistema, si interviene sulle modalità e sulla frequenza con cui si presenta la problematica, generando nella persona un’esperienza di libertà da essa.

direzione del sintomo, spingendo ancora di più sul controllo: in altre parole, la *tentata soluzione*⁴ sembra seguire la direzione del problema fortificando il senso di inefficacia. A. sceglie di proseguire e afferma di aver già informato di questo la collega. Mi racconta:

“L’esercizio è stato bello. Per la prima volta ho controllato i pensieri e non sono stata controllata io. Mi sembra di esserne meno succube. Non sono mai riuscita a dominarli [i pensieri], mi hanno sempre soggiogata”.

Nello spazio riservato all'esercizio, non ha avuto l'impulso di lavarsi le mani e pensare *il pensiero* non l'ha spaventata. Al terzo incontro torna preoccupata di non aver svolto l'esercizio: “non ho occupato tutto il tempo con i pensieri negativi e una volta mi sono anche addormentata”. Le dico che il compito lo aveva svolto, semplicemente il pensiero non si era presentato: “mi aspettavo che mi avresti rimproverata”. Quando non riusciva a svolgere l'esercizio di desensibilizzazione, infatti, era ripresa e richiamata *all'impegno* in quanto quello era l'unico modo per uscire dal suo problema. Gli incontri seguenti proseguono concentrando il lavoro sulla problematica in senso stretto (pensiero e ritualità) e sulla ridefinizione, ri-narrazione e significazione delle diverse metafore che aveva costruito con la psicoterapia precedente, ormai ontologizzate e con valore di proprietà personale. Parallelamente al lavoro sulla ridefinizione del problema ha preso vita un percorso di decostruzione concettuale che svincolasse A. da un'idea di *malattia*, di persona affetta da un morbo e che aprisse il dialogo su racconti identitari alternativi e maggiormente funzionali. La domanda riportata qui sotto rappresenta un concentrato di significati, racchiusi in una metafora, che guidano i pensieri e le azioni di A. e che rendono conto delle “lenti” con cui si osserva, costruite nei dieci anni di relazione con la sua problematica e nello spazio terapeutico precedente.

A.: “Mi chiedevo: ma se è una struttura mia (riferendosi alla struttura ossessiva), come posso guarire?”

Questo nuovo percorso terapeutico la stava portando ad osservare un territorio secondo un punto di vista alternativo e le lenti del precedente modello costituivano un filtro non più idoneo alla prosecuzione del lavoro attuale.

La metafora è diventata “realtà” ovvero il DOC non è più un problema con cui la persona ha avuto un incidente relazionale, ma è diventato parte costitutiva della persona stessa. Come chiedere di rinunciare a quell'identità situata se al momento una alternativa non è disponibile? È plausibile una richiesta di cambiamento che implichi una “battaglia” contro una parte di se stessi? Da quel momento in poi altre metafore, con un analogo potere reificatore, sono emerse.

⁴ Con il termine *tentata soluzione* si intendono tutti quei tentativi, comportamenti, strategie che la persona mette in atto con l'obiettivo di trovare una soluzione alla situazione disfunzionale o problema e che non portano però al risultato sperato.

3. Le metafore

“Mi è stato spiegato che gli ossessivi compulsivi fanno fatica a esprimere le loro emozioni e per questo ho paura di fare qualcosa che mi faccia perdere gli affetti delle persone”

“Mi è sempre stato detto che il DOC è come una piovra che con i tentacoli tocca e si sposta su cose diverse”

“Mi diceva – ti manca tanto così (mima il gesto di un piccolo spazio tra pollice e indice) A. per arrivare, per guarire”

Gli effetti di realtà prodotti dalle metafore sul comportamento, richiamate da questi incisi, sono davvero molto forti, costituendo per A. dei cardini prima e dei vincoli, poi, al limite dell'irremovibilità. L'aver costruito intorno a loro un impianto discorsivo legittimante che le ha descritte come *mattoni* fondanti del DOC, sembra aver completamente bypassato la possibilità di negoziarne il significato. Del resto la funzione reificatrice del linguaggio, che echeggia in modo forte in questa situazione, generalmente scompare nei discorsi e nelle dissertazioni che si muovono nell'ambito del senso comune poiché il linguaggio è percepito come espediente descrittivo e meno come generativo. La realtà non è dubitata nella misura in cui non è percepita come costruita. Dal punto di vista interazionista, trascurare tali assunti epistemologici equivale a mettere a repentaglio la funzionalità di un percorso psicoterapeutico e non permette alla persona di riappropriarsi del potenziale d'azione e di cambiamento vincolato anche dalle sue scelte.

Tre metafore in particolare sembrano spiccare sulle altre: la *struttura*, il *traguardo*, la *piovra* con il meccanismo del *contagio*.

La struttura. Se l'evento DOC è il prodotto di una struttura stabile e imm modificabile, in che modo si potevano argomentare le modificazioni che A. stessa aveva riscontrato? Come si poteva, ad esempio, giustificare un periodo di vacanza che aveva trascorso in cui la sintomatologia non si era mai fatta sentire? Quali territori stava trascurando di osservare continuando a utilizzare la mappa finora proposta? Analizzando la variabilità del problema e sottolineando il fatto che, da quando aveva iniziato questo nuovo percorso clinico, il livello di fastidio del pensiero ed il rituale del lavaggio delle mani erano andati gradualmente diminuendo, questa metafora ha iniziato via via a perdere di autorevolezza. L'idea di A. di persona con una struttura consolidata e indiscutibile, stava lasciando il posto a quella di persona dinamica e poliedrica che per un certo periodo della sua vita aveva dato più voce ad alcuni lati della sua identità, ma che poteva anche scegliere di far assumere loro un ruolo più marginale.

Il traguardo. La metafora del *traguardo* racchiude sottintesi e implicazioni operative che vincolano a più livelli l'intervento psicologico:

a) costituisce un pericolo quando l'arrivo (come in questo caso) non sia definito secondo un parametro concordato e riconoscibile da entrambe le parti. Chi si rivolge a uno psicologo, spesso non possiede un'idea precisa dell'obiettivo che vuole raggiungere, o meglio, non sono definiti quelli che "tecnicamente" sono chiamati *indicatori di risultato*. Ricorrono spesso affermazioni come "voglio stare meglio" o "voglio stare bene" oppure "voglio risolvere questo problema": è forse chiaro da cosa ci si vuole allontanare, meno da quali elementi ci si accorgerebbe di aver raggiunto quanto desiderato. Le espressioni appena menzionate contengono termini che possono accogliere molteplici significati: disambiguarli aiuta a ridurre quanto più possibile i fraintendimenti accedendo al sistema di senso e alle teorie della persona. Discutere di questi aspetti richiede un lavoro di negoziazione e co-costruzione tra terapeuta e cliente, dove la discussione stessa diventa contemporaneamente ricerca, conoscenza e intervento. Viceversa la sensazione che solo il terapeuta possa agitare la bandiera a scacchi e decretare la *guarigione*, toglie potere di azione, di scelta e d'intervento alla persona sulle direzioni della propria vita. Il tutto è nelle mani del tecnico e, anche qualora si ottenesse un successo, non potrebbe essere imputato all'impegno o alle azioni compiute dalla persona. Cosa accadrebbe qualora nel futuro ricapitasse una circostanza analoga all'oggetto del consulto? È plausibile ritenere che il mancato intervento sull'impianto teorico della persona, sulle credenze relative al proprio disagio, possa farla sentire al punto di partenza coltivando l'idea di non possedere gli strumenti per far da sé.

b) L'attenzione al traguardo defocalizza dall'*hic et nunc* del lavoro creando una tensione verso l'arrivo, una sensazione di sconfitta quando non raggiunto, nonché una classificazione di ciò che accade secondo la dicotomia "andare avanti-tornare indietro"⁵. Ciò che accade alla persona è, invece, materiale utile nel lavoro con essa seguendo il principio Ericksoniano di *accettare ciò che il paziente dà*⁶ (Watzlavwick, Weakland, Fish, 1974; Parton, O'Byrne, 2005) e considerando che il focus del lavoro costruzionista non sono tanto gli oggetti quanto i significati ad essi attribuiti.

La piovra. Fortemente connessa al *contagio*, questa metafora veicola il timore che il disturbo possa allargarsi e condizionare in A. il desiderio di libertà di movimento, ad esempio scoprendo nuove categorie di oggetti contaminabili. L'intervento di ridefinizione rappresentava un punto particolarmente delicato poichè *la piovra* racchiude un'immagine descrittiva e reificatrice del sintomo richiamando possibilità di movimento vitale e autonomo. In altre parole, *la piovra* sembrava possedere una sorta di libero arbitrio indipendente, imprevedibile e quindi non governabile. Questo contribuiva a mantenere alto in A. il livello di timore verso il tema del contagio, vissuto come non gestibile e imprevedibile: una combinazione poco funzionale in virtù del mantenimento del meccanismo del controllo descritto sopra. L'intervento si è concentrato sulla riduzione di spiegazioni o riformulazioni dialogiche, sorvolando strategicamente l'argomento, per sottrarre progressivamente spazio di interesse, affievolire il livello di guardia e spegnere progressivamente sempre più riflettori sul

⁵ Nella logica del senso comune *all'andare avanti* è attribuito un significato di progresso in senso positivo, mentre il *tornare indietro* rimanda ad aspetti negativi legati alla perdita o comunque alla regressione.

⁶ Detto anche *Principio di Utilizzazione* di Erickson.

palcoscenico (Goffman, 1969) della *piovra*, spostando l'accento degli incontri sulle parti di storia non intaccate dal sintomo, su narrazioni quindi non saturate dal problema (White, 1992).

Anche il pensiero relativo al contagio, così come le ritualità, è vissuto con un forte senso di colpa e responsabilità: A. ne riconosce l'illogicità appellandosi ad una norma comunemente condivisa che lo vuole estraneo alla normalità così come intesa dal senso comune ma, dall'altro lato, si dice impossibilitata a sottrarsene.

T.: "Per quale ragione te ne dovresti sottrarre?"

A.: "Beh, nessuno fa quello che faccio io!"

T.: "E tu che ne sai? Quante persone conoscono quello che stai raccontando a me?"

A.: "Quasi nessuno"

T.: "E cosa ti fa pensare che gli altri lo sbandiererebbero ai quattro venti?"

Le riformulazioni sono subito accolte con più di qualche remora o perplessità, tuttavia al colloquio successivo o, a volte, anche oltre, mi comunica di averci riflettuto sentendo la teorizzazione precedente in modo meno forte.

A.: "quando tu mi dicevi che non ti interessava quanto mi lavavo le mani o quante lavatrici facevo, per me era uno choc e mi sollevava al contempo perché non ne potevo più di controllarmi e non ne ero più capace"

Patti di non belligeranza.

Sconfitta, fallimento, perdita, battaglia sono termini e concetti utilizzati da A. per descrivere la relazione con il suo disturbo: un linguaggio che richiama metafore di *guerra*. Ogni qualvolta A. non riusciva a raggiungere un obiettivo o non la convinceva l'esito di una scelta, la sensazione e la giustificazione più ricorrente ricadeva sulla *vittoria* del disturbo. L'istaurarsi e il mantenere attive queste posizioni discorsive, impediva di aprire la porta ad ogni altra possibile coerenza narrativa oltre quella conosciuta.

Un cambio di rotta è iniziato quando l'accento è stato posto non tanto sul disturbo in sé, quanto sulla *paura* dei suoi effetti sulle scelte. Ho messo in dubbio non l'idea di dover combattere il problema a tutti i costi ma la tecnica di belligeranza fino ad allora utilizzata. Sulla scorta di sconfiggere l'avversario utilizzando la sua stessa forza, ho concordato con A. di concedersi un periodo di "non belligeranza" grazie al quale avrebbe potuto conoscere meglio il suo sintomo, per intervenire sulla sua paura e per studiare nuove tecniche di intervento presso di esso. A questa mia proposta A. ha reagito con non poco stupore, soprattutto perché non aveva mai considerato prima l'ipotesi di una relazione diversa da quella della "guerra": in questo modo l'identità di persona sana che lei stava cercando di mantenere con tutte le sue forze si poteva conservare anche senza combattere. L'idea di doversi collocare in una posizione discorsiva che la vedeva in contrapposizione netta con il suo problema, assolveva infatti lo scopo di mantenere integro il suo bisogno di configurarsi come persona "sana" e non malata. Al contempo, però, era una fonte di grosso investimento energetico ed

attentivo che la manteneva paradossalmente ancorata anche al concetto di “malata” e toglieva spazio a nuove configurazioni.

Dai patti di non belligeranza, A. si racconta come più serena e soprattutto, quando si trova a dover fare i suoi riti, non percepisce più quel forte senso di colpa che la attanagliava in precedenza. Affronta con più leggerezza attività quotidiane e anche le mani hanno un aspetto sempre migliore. Gli effetti di questa nuova narrazione si sono riversati anche sul sistema del contagio e del controllo: abbassando il livello di guardia e di allarme richiamato dal linguaggio di guerra, A. ha ridotto la vigilanza stretta sui segnali che le potevano indicare il ritorno o la comparsa del sintomo. Un giorno, uscendo dal lavoro, si imbatte in una circostanza potenzialmente contaminante e per la quale si aspettava la consueta sensazione fisica che sancisce la contaminazione: lo stupore arriva, invece, quando tutto questo non accade ed il sistema del contagio non si avvia.

T.: “Bene, molto bene! Come ti spieghi questa novità?”

A.: “Eh, non lo so! Mi sono stupita anch’io, ma è un mese che sto attenta, quindi non è stato un episodio soltanto.”

Per la prima volta, A. ha descritto un suo cambiamento ricorrendo a forme linguistiche affermative e non dubitative: al “mi pare”, “mi sembra” si sostituisce un tempo di verifica e di osservazione che si traduce in un “ne sono sicura!”.

Il processo di modificazione della mappa concettuale e degli schemi di lettura attivati intorno alla sua problematica, ha acquistato maggiore vigore nel momento in cui un’altra proposta identitaria è stata sentita come plausibile e abitabile: un processo che ha contribuito ad abbassare le persistenze sul mantenimento di schemi disfunzionali e ad accettare di visitare territori, come il contagio, ritenuti quasi innominabili.

4. Riflessioni conclusive

La situazione discussa in queste pagine enfatizza ancora una volta l’importanza del *linguaggio* e, in particolare, delle *metafore* che, sorpassando il mero valore retorico, hanno rivelato la loro forza nel sostanziare e rendere *reali* prodotti del pensiero. L’esperienza clinica con A. racconta come lo spazio psicoterapeutico possa diventare un’occasione di cambiamento nel momento in cui entrambi gli attori si concedono la possibilità di creare. Ragionando sul comportamento umano come un insieme di copioni più o meno condivisi (Goffman, 1969), si apre l’opportunità per il clinico di disegnare innumerevoli mappe per traghettare il proprio cliente da un’esperienza di sofferenza ad una di conoscenza. Le coerenze narrative cui le persone sono fedelmente legate rappresentano certamente un’ancora sicura da dove prendono vita processi di coesione identitaria: tuttavia, allo stesso tempo, si possono rivelare zavorre che appesantiscono il progredire del viaggio. A. non si è mai arresa all’idea di essere ammalata di un disturbo ossessivo compulsivo: eppure, per un lungo periodo, questa è stata l’unica lettura per lei possibile di una serie di comportamenti particolari (chiamati *sintomi*), che sconvolgevano il suo sistema di significati. Al di là delle etichette diagnostiche, che probabilmente esauriscono la loro utilità proprio all’interno degli ambienti che ne hanno dato vita, il processo interattivo-creativo di ridefinizione e di co-

costruzione di nuove coerenze narrative a partire da nuovi significati, ha il potere di rimettere in movimento la persona.

Il privilegio di operare sui processi relazionali, superando, anche solo temporaneamente, il forte potere attrattore dei contenuti, permette di riportare mobilità dove prima regnava replicazione e fatica. Sposta il dialogo da un registro dicotomico e immobilizzante incernierato su note polarità come *giusto/sbagliato*, all'operatività del *funzionale/non funzionale* che apre ad una maggiore libertà di pensiero e operatività clinica. I criteri che rendono una manovra non funzionale possono variare velocemente, contestualmente e soprattutto si possono discutere con il paziente senza attivare sentimenti di colpa per la violazione di un proprio senso della moralità, come accade invece con i ben più praticati criteri di "giustizia".

Riferimenti bibliografici

- Berger P., Luckmann T. (1966), *The social construction of reality*, Garden City, New York; tr. it. *La realtà come costruzione sociale*, Il mulino, Bologna, 1969.
- Bruner, J. (1987), Life as narrative. *Social Research*, 54, 11-32.
- Faccio E., Salvini A. (2007), Le "metaforizzazioni" nelle pratiche discorsive della psicologia clinica. In E. Molinari, A. Labella (a cura di), *Psicologia clinica*, Springer, Heidelberg, Berlino, pp. 123 - 138.
- Fiora E., Pedrabissi I., Salvini A. (1988), *Pluralismo teorico e pragmatismo conoscitivo in psicologia della personalità*, Giuffrè, Milano.
- Goffman E. (1969), *La vita quotidiana come rappresentazione*, Il Mulino, Bologna.
- Maturana H. R. (1970), Biologia della cognizione. In H. R. Maturana, F. J. Varela, *Autopoiesi e cognizione*, Marsilio, Venezia.
- Nardone G. (2010), *Paura, panico, fobie*, Tea, Milano.
- Parton N., O'Byrne P. (2005), *Costruire soluzioni sociali*, Erickson, Trento.
- Putnam H. (1981), *Reason, truth and History*, Cambridge University Press, New York.
- Salvini A. (1988), Pluralismo teorico e pragmatismo conoscitivo: assunti meta-teorici in psicologia della personalità. In E. Fiora, I. Pedrabissi, A. Salvini, *Pluralismo teorico e pragmatismo conoscitivo in psicologia della personalità*, Giuffrè, Milano, pp 1 - 50.
- Watzlawick P., Weakland J. H., Fish R. (1974), *Change*, Astrolabio, Roma.
- White, M. (1992), *La terapia come narrazione*, Astrolabio, Roma.

Procreazione medicalmente assistita: implicazioni cliniche, sociali e nuovi servizi professionali

Antonio Iudici^{}, Federica Berti^{**}*

Riassunto. Alcune recenti decisioni giuridiche nazionali ed internazionali hanno riaperto il dibattito circa la procreazione medica assistita (PMA). Tale discussione contiene diverse implicazioni etiche e culturali che hanno determinato un quadro normativo disomogeneo, a seconda dei diversi ordinamenti nazionali. Il presente lavoro intende descrivere alcune implicazioni della metodica con la finalità di giungere ad una lettura non riduttivista della pratica e consentire di anticipare e gestire le diverse ricadute che si possono verificare, sia in caso di successo che in caso di insuccesso, sia in termini personali, sia di coppia e sociali.

Parole chiave: Procreazione medica assistita, Fecondazione, Consulenza psicologica

Summary. Some recent national and international legal decisions have reopened the debate about the Assisted Reproductive Technology (ART). There are several ethical and cultural implications, that led to an uneven regulatory framework, different for each country. This paper aims to describe some of the implications of the practice (ART) with the aim of reaching a non-reductionist reading and allow to anticipate and manage the various effects that can occur, both in case of success and failure, both personally, socially and as a couple.

Keywords: Assisted Reproductive Technology, Fecundation, Psychological Counselling

1. Introduzione

La recente sentenza n. 162 espressa dalla Corte Costituzionale nello scorso aprile, le cui motivazioni sono state rese pubbliche lo scorso luglio, ha riaperto prepotentemente il dibattito sulla Procreazione Medica Assistita (PMA). Annullando di fatto il divieto imposto dalla legge 40 che impediva la fecondazione eterologa, la sentenza è destinata a modificare l'assetto di alcuni servizi socio-sanitari e con sé anche le scelte di molte coppie italiane. Prima della sentenza su citata, molte coppie si rivolgevano a cliniche specializzate estere (dalla Spagna alla Repubblica Ceca) in cui è ammessa anche l'ovodonazione, l'embriodonazione e l'anonimato dei donatori, oltre alla

^{*} *Psicologo, Psicoterapeuta, insegna Psicologia Clinica dell'interazione presso l'Università di Padova. Docente della Scuola di specializzazione in Psicoterapia Interattivo-Cognitiva di Padova.*

^{**} *Psicologa, Psicoterapeuta. E' la Responsabile dell'area Psicologica della Clinica della Donna di Padova.*

fecondazione assistita per donne single. Oggi molte persone potrebbero usare tale tecnica anche nel contesto italiano, arrestando dunque quello che viene definito “turismo riproduttivo”. Negli ultimi due mesi infatti si è assistito ad una crescita vertiginosa delle richieste per poter accedere alla PMA, seguendo la tendenza di incremento degli ultimi anni, così come è aumentato il numero delle strutture private specializzate (Ministero della Salute, 2014).

Al di là dell'urgenza del momento, il tema della nascita, da sempre oggetto di regolamentazione giuridica, ha costituito nell'uomo un dilemma a cui sono state date risposte differenti nelle diverse società. Nella nostra società la procreazione medica assistita rappresenta innanzitutto una situazione in cui la donna non può essere madre “secondo natura”, ma “secondo scienza” e coinvolge un numero sempre più ampio di coppie e di donne, la cui fertilità è compromessa ad esempio da neoplasie, da malattie genetiche, da menopausa precoce, ecc. Siamo ormai distanti da quello che si intendeva con la locuzione latina *mater semper certa est* e quello che solo pochi anni fa sembrava un miracolo, come ad esempio la nascita di Louise Brown¹, oggi è routine. I successi della tecnologia medica rendono possibile diventare genitori tramite fecondazione omologa o eterologa. Conseguentemente, nel senso comune e in molti ambienti medici, il desiderio di genitorialità viene ricondotto principalmente al superamento di una “patologia del corpo”, limitando la comprensione delle motivazioni e delle ragioni sottese alla richiesta di procreazione assistita.

Tali ragioni implicano forti componenti emotive e cognitive, la cui gestione richiede un'attenzione costante, finalizzata ad affrontare le ricadute associate al percorso di procreazione. Ricadute che non si esauriscono certo con la conclusione dell'intervento medico, né in caso infausto e tanto meno con la nascita di un bambino. Nel primo caso l'esperienza del fallimento rappresenta lo spegnimento di molte speranze, di desideri e l'impossibilità di dare coerenza alla propria idea di genitori. Tale esito può comportare una rilettura degli sforzi effettuati e delle dinamiche interne alla coppia, con la conseguenza di mettere in discussione la relazione stessa. Nel secondo caso si dischiudono diverse questioni, che già oggi interrogano la psicologia, come ad esempio: cosa dire al proprio figlio circa la propria nascita? (soprattutto in caso di fecondazione eterologa)? Come i genitori possono comunicare la loro esperienza ai propri familiari, amici o conoscenti? Come i bambini possono dare senso a quelle comunicazioni? Quali interventi da parte degli educatori sul tema?

Oltre all'esito della procreazione medica assistita, non è trascurabile il percorso effettuato dalla coppia, che la letteratura di settore indica essere vissuto in modo molto critico, con vissuti di gioia alternate alla sofferenza, alla delusione, alla fatica, spesso anche legata ai viaggi internazionali. Infatti, le coppie che chiedono informazioni sulla procreazione medicalmente assistita dopo un lungo periodo di fallimenti con metodi naturali, possono presentare una situazione psicologica ed emotiva che rischia di influire sulla scelta, sul percorso e sull'efficacia delle stesse procedure mediche. Pur essendo prevista la figura del consulente psicologo dalla legge 40, le sue attività non erano certo basilari, infatti venivano solo suggerite dall'equipe medica, non erano parte

¹ Louise Joy Brown, nata nel 1978, è la prima persona al mondo nata attraverso il metodo della fecondazione in vitro.

di un protocollo. Questo è molto differente dai bisogni rilevati nell'ultimo congresso Europeo della European Society of Human Reproduction and Embryology (Eshre) tenutosi a Monaco di Baviera lo scorso luglio, nel quale è stata evidenziata l'importanza del counselling psicologico per le coppie e per le donne interessate a seguire un percorso di fecondazione assistita. In particolar modo è ritenuto fondamentale intervenire in tre momenti specifici: a) quello che precede l'intervento, e si basa sul sostegno e l'informazione sui risvolti emotivi e relazionali connessi con l'intero percorso; b) quello che coincide con il percorso, fondato sul sostegno ai momenti di difficoltà che dovessero presentarsi in itinere e c) il periodo successivo all'intervento, basato sull'aiuto clinico alla coppia per fronteggiare le eventuali conseguenze negative o l'eventuale fallimento del trattamento.

E' inoltre possibile che il counselling psicologico possa essere rivolto anche ai donatori, anche alla luce dell'ipotesi normativa di consentire al nascituro di poter conoscere lo stesso donatore, dopo il compimento di 25 anni.

Il numero di richieste e un maggiore riconoscimento delle esigenze di parte della popolazione, apre dunque a nuove possibilità di intervento psicologico nei confronti delle persone che si avvicinano a questa pratica.

Diventa quindi fondamentale capire l'intero percorso della procreazione medicalmente assistita al fine di cogliere più precisamente le nuove esigenze delle persone e le possibilità di intervento della psicologia.

2. Riferimenti normativi

I più recenti riferimenti normativi inerenti la procreazione medica assistita si possono far risalire alla Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e la biomedicina (4 aprile 1997), al codice di deontologia medica (art. 42, approvato il 3 ottobre 1998) e ad alcune circolari ministeriali (27/4/1987 on. Donat-Cattin; 17/4/1992 on. De Lorenzo; 5/3/1997 on. Bindi), i quali prescrivevano i limiti ed i divieti per l'applicazione delle tecniche di fecondazione assistita, per la sperimentazione sul genoma e sull'embrione umano.

Tuttavia la Corte Costituzionale, con sentenza n. 347 del 1998, formulava un chiaro monito nei confronti del legislatore: l'assenza di una legge imponeva ai Giudici di rispondere sulla base di principi generali a quesiti legati alla maternità surrogata, alla fecondazione eterologa, all'impianto di embrioni crioconservati, al disconoscimento di paternità a seguito di separazione o divorzio, all'utilizzazione di tecniche di fecondazione artificiale. Con risposte ovviamente contraddittorie.

Prima della sentenza della Corte Costituzionale del 9 aprile scorso, che ha decretato come incostituzionale la stessa legge, il riferimento normativo della procreazione medica assistita era regolamentato dalle "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita" definite dalla legge n. 40 del 19 febbraio 2004. In questa, la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) viene definita come "concepimento che avviene grazie al congiungimento non coitale dei gameti. Include le Tecniche di Riproduzione Assistita e, in Italia, anche l'inseminazione intrauterina, intracervicale e intravaginale".

Tale legge inquadra la PMA come una terapia, norma l'accesso alle tecniche, impone il divieto di PMA eterologa, stabilisce i requisiti soggettivi e la procedura, regola

l'impianto e la sperimentazione sugli embrioni umani, sancisce i limiti all'applicazione delle tecniche sugli embrioni. Inoltre legittima il ricorso alla PMA solo in caso di assenza di altri metodi terapeutici efficaci per rimuovere le cause di infertilità o di sterilità documentate da atto medico, solo dopo aver informato la coppia rispetto alle procedure di adozione e affidamento familiare. Stabilisce inoltre che alla PMA vi possono ricorrere (art. 5) solo coppie di maggiorenni di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambi viventi. Infine all'art. 7 si citano linee guida vincolanti per tutte le strutture autorizzate con lo scopo di fornire a tutti gli operatori le indicazioni necessarie al pieno rispetto di quanto previsto dalla legge. In esse sono riportate le indicazioni delle procedure e delle tecniche di PMA, emanate o decretate (21 luglio 2004) direttamente dal Ministero della Salute.

Fin dalla sua entrata in vigore, tale legge si presentava come di dubbia costituzionalità, per una serie di conflitti tra posizioni etiche e principi giuridici: il conflitto tra il diritto alla vita del concepito e i diritti costituzionali degli aspiranti genitori; tra il diritto ad avere un figlio con le tecniche di fecondazione eterologa, anche per le coppie omosessuali, e il diritto del concepito a far parte di una famiglia tradizionale; tra il diritto dei genitori ad avere un figlio sano e il diritto alla vita e alla dignità del concepito; tra la libertà di ricerca scientifica, il diritto alla salute della collettività e il diritto alla vita e alla salute del concepito (Artt. 2, 9, 13, 29, 31, 32, 33 Cost.). Tali dubbi, mai sopiti, hanno avuto degli strascichi giudiziari e sociali.

Pertanto nel tempo si sono susseguite Ordinanze e Sentenze di alcuni Tribunali italiani (Cagliari, Catania, Firenze, Milano, Bologna, Salerno, tra il 2005 e il 2010), nonché un intervento nel 2005 della Corte Costituzionale sul giudizio di ammissibilità dei 5 referendum abrogativi della legge n. 40/2004. Su tale linea la Corte Costituzionale, con l'ordinanza n. 369 del 9 novembre 2006, dichiarava la manifesta inammissibilità della questione di illegittimità costituzionale dell'art. 13 della legge n. 40, che vieta sperimentazioni su embrioni, tranne che per cause collegate alla salute dell'embrione medesimo. Allo stesso modo il Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio, con sentenza n. 398 del 2008, dichiarava illegittime le Linee guida del 2004 per violazione del principio di legalità, nella parte in cui limitavano la diagnosi genetica pre-impianto al tipo osservazionale. Quindi si giungeva alla modifica delle stesse con Decreto Ministeriale del 11 aprile 2008, non limitando più l'indagine esclusivamente a quella di tipo osservazionale, aprendo le tecniche di procreazione medicalmente assistita anche alle coppie in cui l'uomo è portatore di malattie sessualmente trasmissibili, prevedendo per tutte le coppie un sostegno psicologico. Ma la prima decisione che entra nel merito della valutazione della legge n. 40/2004 è la sentenza n. 151 del 8 maggio 2009: la Corte Costituzionale dichiarava l'illegittimità costituzionale dell'art. 14, comma 2 e 3 della legge, riguardante i limiti dell'applicazione delle tecniche sugli embrioni in nome della tutela dell'embrione, consentendo la produzione di un numero di embrioni superiore a tre, gli embrioni "necessari", e la loro crioconservazione per motivi legati alla salute fisica o psichica della donna, pur mantenendo il divieto alla crioconservazione espresso al comma 1. In tal modo si ammette l'inammissibilità di una tutela a senso unico, cioè del solo embrione (al fine di assicurare concrete aspettative di gravidanza) e viene sancito il giusto bilanciamento tra tutela

dell'embrione e tutela delle "esigenze di procreazione", le quali emergono come valore costituzionale nuovo.

A ciò si aggiunge inoltre la decisione della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (decisione relativa alla causa S. H. e altri v. Austria, n. 57813/00) che dichiarava il divieto di fecondazione eterologa contrario agli artt. 8 e 14 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo, riguardanti i principi di non discriminazione e di rispetto della vita familiare e privata.

Infatti per la Corte Europea uno Stato non deve disciplinare la fecondazione assistita discriminando fra coppie sulla base del tipo di trattamento necessario. Questa decisione risulta fondamentale per il futuro della normativa in materia di procreazione medicalmente assistita in quanto la Corte Costituzionale a partire dalle sentenze n. 348 e n. 349 del 2007 si ritiene vincolata al rispetto dei principi della giurisprudenza della Corte Europea.

In attesa di nuove regolamentazioni inerenti la procreazione medica assistita, speriamo scervre da speculazioni ideologiche, è possibile sostenere che la procreazione assistita risponde all'impossibilità corporea di procreare e al desiderio di divenire genitori, pertanto è sempre necessario tenere presenti le implicazioni medico-biologiche e soprattutto quelle psicologiche.

3. Implicazioni biologiche nella procreazione medica assistita

L'impossibilità biologica di avere figli è spesso significata a partire da riferimenti morali e ideologici. Al fine di evitare equivoci, descriviamo i termini con cui viene definita l'incapacità procreativa nella letteratura di settore. La fertilità di una coppia si determina con una gravidanza dopo due anni di regolari rapporti sessuali non protetti da metodiche anticoncezionali: la diagnosi di sterilità è connessa all'assenza di tale evento/concepimento (Righetti, Luisi, 2007). I termini sterilità ed infertilità sono usati senza distinzione sia dai medici che dai pazienti per indicare una difficoltà a concepire protratta nel tempo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) fornisce una distinzione che tiene conto anche del criterio cronologico: la sterilità primaria viene diagnosticata dopo il mancato concepimento derivato da rapporti sessuali regolari non protetti per più di due anni; la sterilità secondaria si verifica quando una coppia che ha concepito, trascorso un periodo di due anni da tale evento, non riesce più ad avere un'altra gravidanza; l'infertilità è la condizione di una donna che arriva ad avere una gravidanza, ma non riesce a portarla a termine (Chelo, 2003).

Molteplici sono i fattori biologici che determinano una diagnosi di sterilità. Per la donna la diagnosi di sterilità viene stabilita per: endometriosi per il 30%, fattore ovarico per il 25%, fattore tubarico per il 35%. Per l'uomo la diagnosi è legata a: problemi testicolari per il 60%, problemi ormonali, problemi post-testicolari, problemi di erezione o di eiaculazione (Righetti, Galluzzi, Maggino, Baffoni, Azzena, 2009).

3.1 Iter diagnostico

L'iter prevede indagini medico-sanitarie specifiche, al fine di identificare una causa e scegliere, con il medico, la tecnica più o meno idonea per quella particolare coppia e per quel particolare problema. I centri di PMA si dividono in I, II, III livello sulla base del tipo di tecnica di PMA utilizzata. Le tecniche sono molteplici: inseminazione semplice;

FIVET (fecondazione in vitro e trasferimento dell'embrione); ICSI (iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo); prelievo testicolare dei gameti; trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili (GIFT), degli zigoti (ZIFT) o embrioni (TET); TESE (estrazione microchirurgica di spermatozoi dal testicolo); MESA (aspirazione microchirurgica di spermatozoi dall'epididimo). Tutte queste tecniche sono applicate in cicli a "fresco" (gameti o embrioni non crioconservati) o a cicli "di scongelamento" (gameti o embrioni crioconservati). La percentuale stimata di fertilità è del 20% nella donna di 30 anni, del 5% nella donna di 40 anni; l'età infatti scandisce una diminuzione fisiologica del successo riproduttivo in particolare dopo i 35 anni (Istituto Superiore di Sanità, ISTISAN 03/14).

Il linguaggio medico identifica con chiarezza le diverse condizioni cliniche di cui il corpo del singolo è portatore, ma spesso trascurava l'importanza delle componenti psicologiche.

4. Implicazioni psicologiche nella procreazione medica assistita

Come è noto, la ricerca di un figlio è una delle aspirazioni più importanti a cui ambiscono le persone di tutto il mondo. Quello che rappresenta il concepimento di un figlio nella nostra epoca implica dei significati culturali che vanno oltre le ragioni del singolo e caratterizzano diversi momenti della vita delle persone. Quando questo non si verifica, coloro i quali hanno tale aspirazione possono vivere periodi emotivamente significativi. E' questo il caso delle coppie che scoprono di non poter avere figli per una condizione medica che non lo consente. Questo momento è un crocevia importante per la coppia, in quanto a partire da qui si possono dischiudere differenti percorsi: dalla rinuncia ai nuovi consulti, dagli esami specialistici alla possibilità di ricorrere alla fecondazione assistita. Sotto il profilo psicologico, vi sono però già le prime importanti implicazioni.

- Percezione di diversità

La notizia di infertilità o di sterilità può dare la percezione di essere "diversi", portatori di una patologia invalidante, che conduce ad una condizione di inferiorità, di deprivazione, di limitata funzionalità (Valentini, 2004). Questo ha spesso come effetto quello di isolarsi progressivamente da parenti, amici e conoscenti che hanno figli, con conseguenze sulla propria unità e stabilità. Tale sentimento è rappresentato da frasi come *"non riusciamo ad accettare di non avere un figlio, negli ultimi mesi ci siamo isolati da tutte le coppie di amici con figli perché frequentarli ci faceva stare troppo male"*, *"siamo sempre più soli e questa condizione ci sta allontanando, ormai non riusciamo più nemmeno ad affrontare l'argomento figlio"*. A sua volta, tale processo porta spesso le coppie a mantenere segreta la decisione di ricorrere alla PMA, sia con i propri familiari che con la rete sociale. Questo principalmente per due ragioni: da una parte si attribuisce un significato di vergogna alla propria "diversità", dall'altra si desidera proteggere quel figlio che già si immagina presente nella propria vita (Miall, 1985; Greil, 1991).

- Destabilizzazione della coppia

In molti casi, la notizia di infertilità può comportare una diversità di intenti circa le decisioni da prendere, per esempio se fermarsi o se ricorrere alla fecondazione assistita. Di fronte a tali dubbi, possono emergere differenti teorie fino ad allora implicite, come ad esempio l'adesione ad una idea della maternità considerata "naturale", o l'idea fatalistica del destino, o l'esigenza esistenziale del sogno di divenire madre o padre. Da ciò ne consegue anche un diverso investimento rispetto ad altri importanti esigenze, come il lavoro, la propria professione, la gestione degli aspetti economici, ecc. La complessità della questione porta spesso a grosse perturbazione dell'equilibrio della coppia, la quale non riesce a stabilire una continuità tra la situazione del prima e dopo diagnosi medica. Nei casi estremi, che comunque sono diffusi, vi può anche essere una separazione, per esempio quando le esigenze personali si rivelano più importanti del progetto di coppia stessa (Delaisi de Parseval, 2003 , p. 61).

- Nuova idea di sé e del proprio corpo

A partire dalle comunicazioni effettuate dal medico rispetto alle diagnosi di infertilità o sterilità, prendono avvio una serie di riflessioni personali e interpersonali circa la rappresentazione di sé. Tali riflessioni si estendono anche al proprio corpo, che inizia ad essere rappresentato in modo differente rispetto a prima: da un'idea quasi invisibile del proprio corpo ad un'idea di diversità, di essere anormali, talvolta di patologia, che si fa fatica a riconoscere. In psicologia è noto come sia riduttivo definire il corpo solo come espressione dell'anatomia e della biologia dell'uomo. Infatti, il corpo è anche corpo semiotico *"con le sue espressioni, gesti, modi di agire, abilità acquisite. Non è qualcosa di separato dai discorsi, dai ruoli, dalle regole, dagli apprendimenti, dalle narrazioni e dalla gestualità che lo possiede e lo pervade. Si tratta (...) di un corpo relazionale, ovvero di segni e di atti comunicativi, che costituiscono in larga misura l'esperienza che abitiamo e che incontriamo"* (Faccio, 2007).

Così, quello che non si riusciva ad immaginare prima, ovvero l'impossibilità di diventare genitori, diventa ora il criterio con cui interpretare gli eventi, la coppia e anche se stessi. I momenti lavorativi, affettivi, sessuali, familiari e amicali sono costantemente regolati ed invasi da un flusso di coscienza in cui risonanze emotive, rappresentazioni mentali e sensazioni corporee implicano tutti quei significati personali e sociali che costruiscono l'identità di persona e di coppia sterile (Higgins, Klein, Strauman, 1987).

- Il cambiamento della vita sessuale

Frequentemente la vita affettiva e sessuale cambia. La sessualità assume un significato di atto riproduttivo e perde il significato di atto di piacere l'uno dell'altro. Autori come Mahlstedt (1985) e Fiumanò (2000) riferiscono che le coppie infertili arrivano anche all'evitamento dei rapporti sessuali. In un percorso di psicoterapia, una signora ha detto: *"da qualche mese non riesco ad avere rapporti, mi rendo conto che facendo così colpevolizzo anche il mio compagno che non sa più come starmi accanto, ma io non so come uscirne"*. I tentativi di concepimento naturale si ripetono con una costanza che tiene conto dei periodi di fertilità femminile, dell'ovulazione, del proprio ciclo mestruale attuale e storico, la misura della temperatura basale, i sintomi del muco

cervicale, i risultati degli stick, il numero dei rapporti avuti e di tutta una serie di calcoli probabilistici. Tutto questo porta ad organizzare l'attività sessuale, con la conseguenza per molte coppie di avere una percezione meccanicistica del rapporto stesso. I tentativi di concepimento vengono descritti ad esempio nel modo seguente: *“mi sento una macchina da sesso”, “in certi casi mi costringo”, “peccato, oggi mio marito si è addormentato ed era il periodo giusto”*. In questi casi si assiste ad uno scollamento tra il desiderio di maternità (che nelle teorie di senso comune è spesso configurato come un'attività libera e spontanea) e la programmazione dell'attività sessuale (considerata invece non naturale e dal carattere forzato).

- La colpevolizzazione

In assenza di una diagnosi precisa, l'insuccesso dei tentativi di concepimento viene spesso auto attribuito o attribuito all'altro, non con argomentazioni rigorose e articolate, ma nel tentativo ingenuo di addivenire ad una causa che possa consentire in tempi rapidi una sua risoluzione. La diagnosi di sterilità produce invece degli effetti differenti: nella vita sessuale di un uomo assume spesso un significato di perdita della propria virilità con conseguenti processi di colpevolizzazione (Basson, 2001; Basson, Berman, Burnett, 2000). Una ricerca condotta in Italia da D'Ottavio ed altri (1991) evidenzia come l'inadeguatezza sessuale dell'uomo infertile aumentava significativamente con l'attribuzione della diagnosi medica: dal 6,57% della prima consultazione al 15,8% al termine dell'iter diagnostico – terapeutico. Nella donna si produce invece l'idea di essere portatrici di una patologia (Luce, 2004; Lombardi, 2009) con relative implicazioni sull'umore, sulla percezione di un corpo che da lì in poi è considerato estraneo e che si fatica a riconoscere, con la conseguenza ultima di sentirsi in colpa (Andrews, Abbey, Halman, 1992; Laumann, Paik, Rosen, 1999; Monga, Alexandrescu, Katz, Stein, Ganiats, 2004). Tali sentimenti sono poi estesi al partner, laddove la sterilità di uno comporta la percezione di *“danneggiare l'altro”*, e di non consentirgli la realizzazione del desiderio di genitorialità, per esempio quando si dicono frasi come *“gli ho rovinato la vita”, “le ho spezzato un sogno”*, ecc.

A seconda di come le persone riusciranno a gestire i processi su descritti, il progetto di divenire genitori verrà implementato o limitato. Nel caso in cui la coppia decida di proseguire con la fecondazione assistita si assiste ad una nuova fase del percorso, con l'implicazione di altri processi psicologici.

- Quando il concepimento è un concepimento “a tre”

La scelta di aderire ai programmi di procreazione medica assistita comporta spesso l'affidamento completo alla medicina. E' infatti al medico che si chiede di intervenire in maniera efficace e risolutiva, di rispondere alle problematiche incontrate e di consentire la realizzazione del desiderio. La scelta del professionista diverrà poi molto importante per il percorso futuro non solo della “patologia”, ma della coppia stessa. Quindi, al medico si demanda l'onere e l'onore di esaudire i bisogni di maternità e di paternità, che consentano al singolo individuo ed alla coppia di sentirsi come gli altri e di poter condividere con gli altri le stesse aspettative, gli stessi bisogni, gli stessi interessi e

percorsi che contraddistinguono la “naturale” genitorialità. Per esempio: *“io e mia moglie abbiamo estrema fiducia nel nostro medico e facciamo quanto ci suggerisce”*.

Pertanto il medico diventa la terza persona che entra a far parte dell'intimità della diade, da cui ci si attende una condivisione di aspettative e di speranze, unico artefice della straordinarietà di tale concepimento: il concepimento diviene dunque un “concepimento a tre” (Imrie, Vasanti, Golombok, 2012). Anche in questo caso si assiste ad una nuova configurazione del modo attraverso cui sta insieme la coppia, che appunto vede l'inserimento del medico nell'ambito delle scelte, delle decisioni, dei sentimenti vissuti che la coppia effettuerà da qui in poi.

- La medicalizzazione del tentativo di concepimento

L'intero periodo dei tentativi di procreazione medicalmente assistiti è pervaso dal medium discorsivo della medicina, pertanto successi, ansie, difficoltà e sofferenze vengono descritte attraverso il linguaggio medico, così come si può notare nella seguente frase pronunciata da una signora durante il trattamento: *“il risultato di questa ICSI è stato solo un ovocita fecondato, ma il medico mi ha detto che non vuol dire nulla: uno o tre, se deve andare a buon fine andrà”*. A fronte della presenza di uno spazio e di un tempo dominato dalla medicina, si riduce la possibilità di riflettere e di vivere il momento secondo codici differenti: la condivisione del desiderio e dei sentimenti vissuti cedono il passo alla prescrizione medica (Lombardi, 2009). Non ci sono più spazi e tempi in cui fermarsi, in cui si possa ascoltare la propria sofferenza ed accettare l'insuccesso, come si può evincere dal seguente riportato: *“sono stanca, ho un sacco di disagi fisici, ma continuo a sperare che prima o dopo verrò premiata nei miei sforzi”*. Molto spesso il ruolo degli psicologi è confinato alla richiesta di sostegno a seguito del fallimento (Lukse, Vacc, 1999), pregiudicando così la possibilità di aiutare la coppia nel suo procedere, per esempio gestendo in altro modo il rischio che le coppie vivano il tentativo di concepimento attraverso il processo “del tutto o nulla”, come una partita in cui si vince o si perde, come una malattia da cui si può guarire o morire.

- Le categorie psicologiche a giustificazione dell'insuccesso

L'uso di categorizzazioni diagnostiche, come ad esempio la frequente diagnosi di depressione episodica o persistente, consegna alle persone l'idea di aver trovato una causa della propria sofferenza, privandole in tal modo della possibilità di riconoscere la complessità dei processi psicologici implicati nella propria visione della vita, più o meno congruente rispetto alla condizione clinica che è stata diagnosticata. Come gli psicologi sociali sanno bene, questo è un ragionamento tautologico: la diagnosi di depressione (effetto) viene definita a seguito di speranze deluse e di un modo di pensare che ha comportato il crollo, che però diventa causa della stessa sofferenza. Ancora una volta, il medium narrativo della psicopatologia, rischia di pregiudicare la visione alternativa dell'intero percorso.

In seguito all'esito positivo della fecondazione assistita si assiste invece ad un cambiamento epocale nella storia della rappresentazione dell'uomo, che consiste nel cambiamento e nell'allargamento del costrutto di figura materna, di genitorialità e di famiglia. La nascita di un figlio tramite fecondazione omologa o eterologa implica

nuove rappresentazioni e narrazioni rispetto a quelle attualmente presenti (Mamo, 2007). I cambiamenti sono significativi e confluiscono in una serie di interrogativi e domande che possono caratterizzare il rapporto genitori-figli, e che interrogano i professionisti, la ricerca, i sistemi educativi e gli amministratori. Per esempio: cosa dire della nascita in provetta ai propri figli? E come dirlo rispetto alle donazioni esterne? Come dirlo ai propri amici e parenti? Come gestire le differenti idee che la coppia può avere rispetto a queste comunicazioni? Come evitare discriminazioni o stigmatizzazioni sulle coppie che decideranno di esplicitare pubblicamente le loro scelte? Come contrastare l'idea che esistano madri di serie A e di serie B a partire da un'idea di natura carica di pregiudizi morali, culturali e religiosi? Domande a cui molti professionisti tentano di rispondere già oggi, soprattutto nei confronti dei concepimenti avvenuti a seguito di fecondazione eterologa effettuata all'estero.

5. La gestione del percorso e la consulenza psicologica. Alcune indicazioni generali

Come abbiamo detto, ad oggi la figura dello psicologo è prevista dalla legge 40 solo marginalmente. In riferimento alla complessità dei processi su delineati, è a nostro avviso importante dedicare un servizio specifico più ampio per le coppie o per le persone interessate alla fecondazione assistita. La consulenza non dovrebbe riguardare però il solo sostegno in caso di esito negativo, ma consentire un'analisi completa della domanda e in anticipazione un confronto su come la coppia andrà a gestire tutte le implicazioni che tale scelta comporta, non esclusi a) il rapporto con la rete sociale, amicale e parentale entro cui si è inseriti e b) i processi di etichettamento associati alla percezione di diversità che molte persone e coppie vivono in quanto "sterili o infertili".

In particolar modo possiamo evidenziare le seguenti esigenze.

Lo psicologo può certamente intervenire nelle varie fasi che costituiscono la scelta della fecondazione assistita, che però iniziano molto prima del rivolgersi ad un centro autorizzato e che non si esauriscono nell'atto della fecondazione. Il ruolo centrale verte dunque principalmente sulla gestione del percorso intrapreso dalla coppia che, in un percorso così complesso e articolato, si snoda attraverso lo sviluppo di alcune competenze.

Innanzitutto quella di riconoscere le implicazioni medico-sanitarie e quelle psicologiche dell'intero percorso, padroneggiandone poi la gestione complessiva della salute (Iudici, 2015). Questo dovrebbe impedire la "lettura" della propria situazione solo sulla base delle procedure mediche e dei suoi esiti ("sono un essere sbagliato"), così come le interpretazioni psicologiche che non tengano conto degli aspetti biomedici a cui si va incontro ("la mia tenacia ha vinto su tutto"). In questo modo le problematiche restano confinate nel problema specifico, non dominando lo spazio esistenziale della coppia.

Il percorso deve poi sviluppare quelle competenze decisionali che in un percorso di fecondazione assistita sono costantemente richieste, senza le quali si rischia di vivere momenti carichi di stress. Decidere a chi rivolgersi, in quale Centro, quante volte riprovare, decidere in modo condiviso e non, decidere dopo aver sentito altre esperienze, decidere dopo vari consulti medici, ecc.

Altra competenza richiesta in un percorso di fecondazione assistita è quella di gestire l'alternanza dei sentimenti che in genere si vivono in un percorso di questo tipo, come ad esempio la colpevolizzazione e la percezione di essere sbagliato o di sentirsi diverso o la delusione e la sofferenza nel caso di fallimento del percorso. E questo può avvenire se le persone coinvolte occupano un ruolo attivo rispetto al progetto di fecondazione. In questo percorso più che subire la diagnosi giustificatoria della "patologia depressiva", si tratta di riconoscere la sofferenza e la delusione come sentimento adeguato al contesto ed alla situazione, come una risorsa a cui attingere per identificare il proprio stato d'animo e dare senso ai propri propositi. Lo psicologo può certamente facilitare questo processo di scoperta di ruolo attivo della persona, anche in presenza dei fallimenti che il percorso di PMA presenta.

Altra competenza da sviluppare è quella di gestire le relazioni interpersonali, ovvero imparare ad affrontare le pressioni, le immagini e le credenze che vengono attribuite alla coppia durante il percorso da conoscenti, amici e familiari. Tali attribuzioni hanno spesso una valenza morale o ideologica che rischia di interferire con l'esperienza vissuta e in alcuni casi con le decisioni che si prendono. Come abbiamo visto, contrapporre la "Natura" alla "Scienza" è un repertorio molto usato dal senso comune nei confronti di chi si rivolge alla fecondazione assistita.

Un altro oggetto di lavoro può riguardare l'immagine corporea e come essa viene narrata dalla persona in termini meccanicistici. Come abbiamo visto a seguito della diagnosi medica, la persona rischia di considerare il proprio corpo in termini patologici, oggettivandolo e separandolo dall'intera persona. Nei discorsi il corpo assume una posizione centrale e regolatrice di tutti gli altri aspetti della vita. Spesso viene percepito come un'entità separata, indipendente dalla stessa persona: da una parte il corpo malato, dall'altra il desiderio di maternità. L'aiuto in questo caso potrebbe consistere nel dare un peso al corpo come parte integrante di come la persona affronta le implicazioni della scelta condivisa con il partner. Si tratta di risignificare il proprio corpo e al contempo produrre nuove narrazioni dello stesso e di se stessi.

Dove è possibile, è necessario poi che tali competenze siano fondate su un progetto di coppia altamente condiviso. L'invasività del percorso clinico della PMA, le difficoltà e i vari ostacoli associati possono perturbare gli equilibri di ogni coppia. In questo caso è utile aiutare la coppia a inquadrare gli eventi in un'ottica di progetto condiviso, guidato dalla coppia stessa; in mancanza del progetto e della guida, la coppia potrà essere maggiormente esposta alle difficoltà implicate nel percorso.

Lo psicologo può, attraverso queste mappe, fornire una navigazione che non rinnega nulla della mappa, ma aggiunge sapendo che la mappa verrà ridisegnata attraverso la navigazione stessa.

Riferimenti bibliografici

- Andrews FM, Abbey A, Halman LJ. (1992), Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. *Fertil Steril*, 57, 1247-1253.
- Basson R., Berman J., Burnett A. (2000), Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.*, 163, 888-893.

- Basson R. (2001), Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstet Gynecol*, 98, 350-353.
- Chelo E. (2003), *Quando i figli non arrivano. Manuale per la coppia infertile*. Editore CIC Edizioni Internazionali.
- D'Ottavio G., Nicotra M., Simonelli C., Trischitta G., (1991), Modifiche del comportamento sessuale maschile in presenza del sintomo di infertilità", in *Atti del Congresso Nazionale della S.I.S.C. e dell'AASECT*. Donum Vitae, Firenze.
- Delaisi de Parseval G. (2003), *Les PMA ou 'Paternites medicalement assistee. Le pere, l'homme et le masculin en perinatalite*. Ed. Marciano P., Eres, Ramonville Saint-Agne.
- Faccio E. (2007), *Le identità corporee*, Giunti, Firenze.
- Fiumanò, M. (2000), *A ognuna il suo bambino*. Pratiche Editrice, Milano.
- Greil A. L. (1991), *Not Yet Pregnant: Infertile Couples in Contemporary America*, Rutgers University Press, New Brunswick.
- Imrie S., Vasanti J., Golombok S. (2012), *Centre for Family Research*, University of Cambridge, Cambridge.
- Istisan 03/14, www.iss.it/binary/rPMA/cont/14.1161698167.pdf
- Iudici A. (2015), *Health promotion in schools: theory, practice and clinical implications*. Nova Publisher, New York.
- Laumann E., Paik A., Rosen R. (1999), Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*, 281, 537-544.
- Lombardi L. (2009), *The Medicalization of Human Reproduction: Body and Gender. Salute e Società*, F. Angeli, Milano.
- Luce J. (2004), Imaging Bodies, Imagining Relations: Narratives of Queer Women and "Assisted Conception", *Journal of medical Humanities*, 25(1), 47-56.
- Lukse M.P., Vacc N.A. (1999), Grief. Depression, and coping in women undergoing infertility treatment. *Obstet Gynecol.*, 93, 245-251.
- Mahlstedt P. P. (1985), The Psychological components of infertility, *Fertility and sterility*, 43, 335-346.
- Mamo L. (2007), *Queering reproduction: Achieving pregnancy in the age of technoscience*, Duke University Press.
- Miall C. E. (1985), Perceptions of Informal Sanctioning and the Stigma of Involuntary Childlessness, *Deviant Behaviour*.
- Ministero della Salute (2014), *Relazione del Ministro della Salute al parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (legge 19 febbraio 2004, n. 40, articolo 15)*.
- Monga M., Alexandrescu B., Katz S.E., Stein M., Ganiats T. (2004), Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 63, 126-130.
- Righetti P. L., Galluzzi M., Maggino T., Baffoni A., Azzena A. (2009), *La coppia di fronte alla procreazione medicalmente assistita*, Franco Angeli, Milano.
- Righetti P. L., Luisi S. (2007), *La procreazione assistita*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Valentini C. (2004), *La fecondazione proibita*, Feltrinelli, Milano.

Il "Tipo criminale". Perché riproporre le pagine di un vecchio libro di Antropologia criminale?

*Alessandro Salvini**

Alcune pagine tratte da libri scritti molto tempo prima della nostra comparsa sulla scena, mostrano come alcuni schemi di pensiero delle scienze cliniche della psiche non siano cambiati e persistano ancora oggi. Si tratta di procedimenti inferenziali basati sull'uso di 'schemi di tipizzazione', in cui attraverso taluni criteri si configura un prototipo categoriale, ad esempio somatico-caratterologico o personologico-sintomatico, e sulla base di costrutti selettivi linguistici semantici e normativi si assegna una persona ad una certa classe o categoria. Una volta identificata questa persona con un'etichetta psicologica o psicopatologica, il concomitante processo attributivo prevede che le valutazioni o i giudizi dati a dei segmenti comportamentali selezionati (descrizioni) diventino le caratteristiche psicologiche di questa persona che spiegano il suo modo di essere o di agire. Questo procedimento cognitivo che utilizza l'inferenza attributiva (descrizione per prototipi e spiegazione per cause) è profondamente radicato nel senso comune e da sempre cardine legittimo del pensiero medico. Le scienze cliniche della psiche nascono con il desiderio di imitarne la precisione e l'efficacia e di trovare i nessi che collegano la descrizione con la spiegazione. Per far questo le scienze della psiche trasformano giudizi e valutazioni in entità empiriche, ovvero trasformano degli aggettivi in sostantivi. Naturalizzando lo psichico e medicalizzando la devianza morale, possono presumere di costruire una conoscenza e spiegazione, formalmente scientifica, dell'agire umano. Supponendo che per questa via, generalizzando, si possa risalire alle cause mentali e a prevedere i comportamenti.

L'alienistica e la medicina morale (psichiatria), l'antropologia criminale e l'ortopedagogia e altre discipline e saperi simili, nascono da questa radice, da questo progetto e schema di pensiero iniziato ai primi dell'Ottocento la cui tendenza sarà quella di voler radicare nel corpo, soprattutto se diverso o deviante, gli attributi psichici/cause di ogni agire umano. La fisiognomica, la frenologia e la caratterologia somatica, si svilupperanno con questo programma. Poi abbandonate dalla storia, lasceranno alle generazioni successive non i loro saperi, ma lo schema generativo di un sapere ricorsivo: l'uso di inferenze diagnostiche e prognostiche attraverso gli schemi di tipizzazione.

E' con J.E.D.Esquirol (1805) che con il suo libro edito a Parigi "Des passions" (consideration comme cause, symptomes et moyens curatifs de l'alienation mentale) inizia la psichiatrizzazione delle passioni e della morale e si afferma l'idea della loro cura, così come della loro codifica in termini eziologici e nosografici. Secondo un programma prima illuminista e poi positivista si recupera e si valorizza il preesistente

* *Direttore scientifico della Scuola di specializzazione in Psicoterapia Interattivo-Cognitiva di Padova. Già Ordinario di Psicologia Clinica, Università di Padova.*

pensiero tipologico della fisiognomica, di cui l'iconografia manicomiale sarà per due secoli il reperto storico più evidente. Con lo stesso schema tassonomico dei botanici, degli zoologi e degli anatomisti si cercherà con ogni mezzo di stabilire una relazione tra il 'tratto' somato-psichico, poi biografico-personologico, e i comportamenti devianti o diversi tipizzati. Sarà così stabilito come elemento di continuità la validità di un principio euristico, "la diagnosi". Atto clinico quasi sacrale per ogni clinico della psiche, legittimato dall'imitazione formale di un atto medico. Ancor oggi la pratica centrale e costitutiva delle scienze cliniche della psiche continua ad avvalersi dell'euristica dello schema di tipizzazione e delle inferenze tautologiche descrittivo-causali, di cui la diagnosi è il punto di arrivo. Una varietà di aporie che sopravvivono anche a sostenere, è bene dirlo, la propria egemonia professionale in un ambito che potrebbe farne a meno.

Abbiamo stralciato da un libro di 'Antropologia criminale' pubblicato oltre cento anni fa, nel 1908, una dimostrazione di come il pensiero tipologico costituisca il 'progetto' tassonomico/naturalistico a cui continuano ad aspirare larga parte delle scienze cliniche della psiche. Nel libro l'autore, Mario Carrara, conclude il capitolo scrivendo: "L'esistenza di questo 'tipo criminale' consacra e sintetizza la concezione naturalistica e positiva del delinquente. Il delitto non è altro che l'effetto necessario "naturale" di questa anomala struttura antropologica".

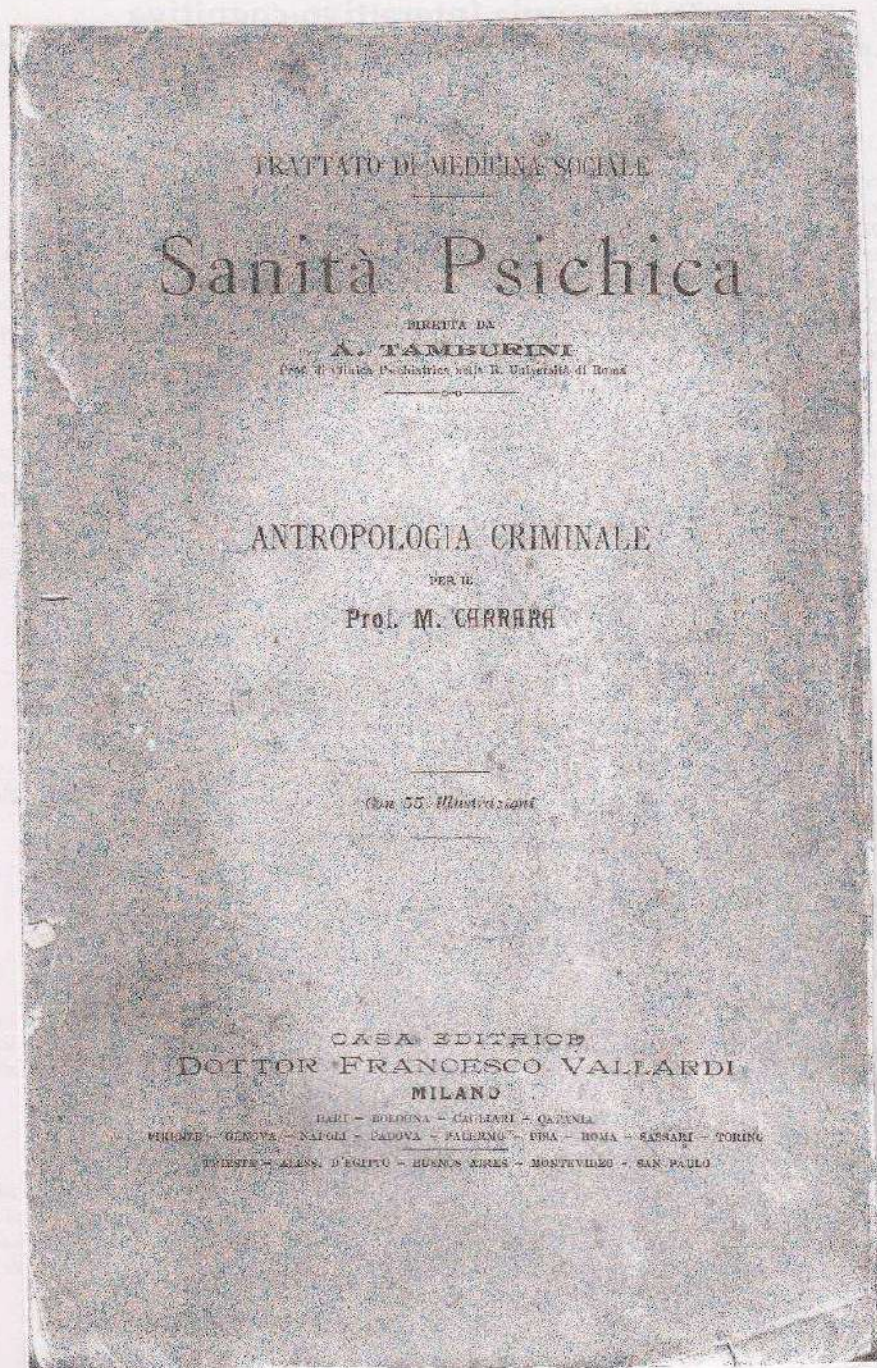
Una decina di anni fa, in una Università italiana, partecipando come presidente di commissione ad un concorso per due posti di ricercatore in psicologia clinica, mi sentii dire da una concorrente 'molto quotata': "Abbiamo studiato i minori delinquenti nel carcere di X e abbiamo rilevato, anche grazie ad una batteria di test tra cui l'MMPI, che questi soggetti hanno una personalità patologica che li predispone all'atto criminale, come del resto confermato dalla letteratura internazionale".

Quando al giovane psicologo vengono insegnati con una certa enfasi i procedimenti per disegnare "il profilo di personalità" ignora che sta replicando un progetto conoscitivo tipologico, seppur con contenuti diversi, ideato da un fisiognomista di Zurigo alla fine del settecento, Johann Kaspar Lavater, il quale valutando in controluce il profilo somatico dei soggetti rilevava le inclinazioni, i modi di agire, gli umori, le disposizioni d'animo, in una parola i caratteri tipizzati descrittivi e predittivi di un certo modo di essere.

Lo studio dei caratteri e dei 'tratti' prima somatici e poi sempre più psicologici e psicopatologici, darà poi vita nel tempo a varie teorie della personalità e a differenti nosografie ed eziologie psichiatriche. Ognuna con i suoi criteri, dove la valutazione di un segmento comportamentale verrà eletto a 'tratto', disposizione, sintomo/malattia. Nell'Ottocento e poi nel Novecento, compaiono vere e proprie gallerie di tipi umani, criminali, folli, devianti e bizzarri. Così le varie tipologie caratterologiche o patologiche che si contendono il campo, trasformano le vite individuali, il loro modo di essere e di fare, in personificazioni astratte. Ovvero in prototipi che diverranno dei prototipi linguistici, delle astrazioni concettuali, degli schemi attributivi, delle regole interpretative stereotipate: una inestricabile costruzione cangiante e polimorfa di etichette descrittive

con intenti esplicativi, seppur tautologiche, ma necessarie a restituire al 'noto' quello che rimane 'ignoto'.

Spetterà poi ad alcune psicoterapie ripristinare il valore conoscitivo della soggettività non disgiunta dai contesti interattivi da cui emerge e si trasforma. Ma questo sembra più un progetto per il domani che per l'oggi.



8. Il « Tipo criminale ». — Così abbiamo rapidamente descritto, assegnando loro il significato che ci parve più legittimo ed importante, i principali caratteri anatomici, funzionali e psichici che son stati trovati più frequenti e in grado più spiccato nei criminali che non tra gli individui non delinquenti della stessa razza, classe sociale ed età: s'è visto che la maggior parte d'essi, sia per quel che concerne le strutture anatomiche, particolarmente l'esagerazione dei caratteri etnici dell'indice cefalico, le asimmetrie, la non rara submicrocefalia, l'impianto anomalo delle orecchie, la scarsità della barba, il prognatismo, la fronte sfuggente, l'eccessiva lunghezza e larghezza della faccia;... sia per varie alterazioni funzionali, particolarmente la diminuzione della sensibilità generale, dolorifica e tattile; sia per il mancino, sia per le alterazioni psichiche, particolarmente in quanto ledono i sentimenti morali, il sentimento di compassione, il sentimento dell'integrità propria ed altrui, l'impulsività, la ripugnanza ad un'attività continuata e costante, e così via... rappresentano evidenti « ritorni » atavici.

Ora individui che possiedono in sé raccolta tanta somma di caratteri aberranti si distinguono evidentemente e nettamente dagli individui normali — ed a ragione si raccolgono; com'è già stato accennato, tutti insieme in una sorta di varietà della razza umana che è l'« uomo criminale ».

E se noi immaginiamo adunate in una sorta di « modello » — come quelli che per gran tempo s'usavano nelle scienze fisiche a rappresentare le proprietà dei corpi — tutte queste anomalie o stigmate degenerative o le principali almeno di esse, avremo costruito quel « tipo criminale » con forme, funzioni, idee, sentimenti, morale diversa del normale, intorno a cui si son combattute così aspre battaglie tra fautori e oppositori.

Che i criminali presentino le anomalie che abbian descritto in numero maggiore del normale e con maggior gravità — la massima parte degli oppositori stretti dall'evidenza dei fatti ormai concede; ma contrasta che queste anomalie siano di tale importanza da poter delimitare e caratterizzare una vera e propria varietà umana con un « tipo » particolare.

Nè noi accettando questa figura antropologica del « tipo criminale » intendiamo, come abbian accennato, che tutti gli individui i quali appartengono a questa « varietà » presentino « tutte » e contemporaneamente e in pari grado le anomalie enumerate. Bensì come per qualsiasi « tipo » come per qualsiasi « modello » anche per il « tipo » criminale le singole individualità vi si avvicineranno più o meno — come una sorta di valore « limite » direbbero i matematici — senza che debbano di necessità arrivare mai ad identificarsi con esso.

Così inteso e rappresentato, il « tipo criminale » è la derivazione logica e l'applicazione legittima e diretta, la sintesi più espressiva di tutti gli ordini di ricerche sin qui compiute in questo argomento e si sottrae facilmente alle due principali obiezioni mosse a questo concetto di « tipo »: che cioè non tutti i delinquenti hanno « tutte » codeste anomalie, ma come s'è detto soltanto circa il 40 % e che alcuni individui normali ne possano possedere qualcuna.

Alle quali si può rispondere che non solo per ovvie ragioni non tutti quelli che appaiono « normali » sono veramente tali — e reciprocamente vi son forme di criminalità così leggere e « convenzionali » o occasionali, in contrapposto ai delitti naturali del GAROFALO, che non corrispondono a squisite anomalie organiche; ma anche perchè avviene della « varietà criminale » come d'ogni altra classazione umana, la quale non si differenzia per separazione netta e recisa — ma si continua per via di graduali variazioni con le vicine. Così sarebbe assurdo credere che tra l'uomo normale, non delinquente, e il criminale vi sia un hiatus, una barriera e che l'Antropologia criminale abbia scoperto questo abisso differenziale che separa l'uno dall'altro.

Bensì come tra la maniera di comportarsi dell'uomo normale e quella del criminale vi è una gran quantità di modalità intermedie, rappresentate da azioni che non sono perfettamente corrette senz'essere ancora realmente criminose — così è anche dal punto di vista antropologico: cioè anche i normali — e si pensi quante forme di criminalità latente o larvata si nascondano sotto questa denominazione, se non sotto questo con-

cetto — possono aver sofferto nel loro sviluppo qualche limitato disturbo, che dà luogo a parziali ed isolate anomalie, mentre tutto il resto della organizzazione si serba sano e normale, perchè una condizione sfavorevole isolata ed unica non può da sè sola comprometterne la integrità.

Ma se gli effetti del disturbo evolutivo individuale saranno più numerosi, più gravi e profondi, l'individuo che ne è affetto se ne risentirà in tutta la sua personalità e verrà a trovarsi in una relativa inferiorità — la quale diventerà appariscente appena che le condizioni di vita si facciano difficili o sfavorevoli. Avremo allora forme di criminalità latente che posson trasformarsi in attuali sotto lo stimolo di date circostanze e che invece restan potenziali e latenti se non trovano stimoli occasionali per svolgersi: ecco allora come si spiega l'esistenza di insolite anomalie fisiche o funzionali non associate a manifestazioni criminose.

E finalmente se il disturbo e il disordine dello sviluppo è stato ancor maggiore, darà luogo senz'altro a più numerose anomalie riunite nello stesso individuo; il quale così pel numero che per la gravità loro rappresenterà in modo più o meno completo il « tipo criminale ». Ciò appunto avviene nei criminali nati, i quali come che siano le condizioni, in cui l'individuo viene a trovarsi, agiscono criminosamente, e delinquono, proprio per necessità organica.

Vedremo or ora nella classificazione dei delinquenti come questa schematica enumerazione di possibilità risponda alla realtà. Ma intanto resta ben chiaro e dimostrato che i « caratteri criminali » che abbiamo enumerato e descritto non perdono il loro valore sintomatologico benchè non tutti e non esclusivamente si ritrovino nei criminali e benchè il « tipo » non si presenti nella sua integrità e completezza che circa nel 40% dei criminali. Resta sempre il fatto capitale che « la proporzione delle anomalie è maggiore in un dato numero di condannati che in un dato numero di non condannati ».

Nè l'alta febbre, nè l'ulcera intestinale perdono del loro valore sintomatologico rispettivamente per la polmonite o pel tifo perchè vi son dei casi di polmonite e di tifo in cui l'una

e l'altra non si ritrovano o perchè febbre e ulcerazioni si trovano in malattie diverse dal tifo!

Questo « tipo criminale » risulta dunque da un complesso di numerose anomalie strutturali e funzionali: ma certo esso è più appariscente nella fisionomia, di cui appunto gli antichi « fisiognomisti » avevan tenuto per tale ragione esclusivo conto.

Anche ora sulla base della diversa « fisionomia » furono assegnati particolari « caratteri » persino alle singole sorta di criminali; particolarmente il MARRO (l. c.) ha descritto quelli più propri a ciascuna d'esse (vedi fig. 49).

I ladri hanno per es. in generale notevole mobilità della faccia: occhio piccolo, mobilissimo, spesso obliquo: fronte quasi sempre piccola e sfuggente. Negli stupratori quasi sempre l'occhio è scintillante, la fisionomia delicata però con mandibola assai sviluppata, labbra grosse, palpebre tumide, capelli abbondanti, voce spesso rauca: sono non di rado in età avanzata e affetti spesso da anomalie degli organi genitali, da ernie, ecc.

Gli incendiari studiati dal MARRO avevano peso minimo, estremità lunghe, circonferenza cranica minima, una forte proporzione di alienazioni mentali: vi era un motivo preciso al loro delitto, ma sproporzionato.

Il tipo di omicida è a fronte sfuggente cioè con microcefalia frontale, mandibola enorme, sguardo freddo, pallore terreo, labbra sottili: enorme la mandibola, larghi gli zigomi, crespi e abbondanti i capelli oscuri: denti canini molto sviluppati, labbra sottili. Nei feritori domina la brachicefalia e hanno recidive numerose ma « proprie » e raramente commettono altre forme di reati che son spesso disprezzati.

È naturale che invece i truffatori manchino o scarseggino di tali caratteri di degenerazione appariscenti che sarebbero per loro compromettenti: ed abbiano invece una fisionomia atteggiata commemente a bonomia o ad untuosità che inganna più facilmente gli ingenui; vi si trova invece una maggior frequenza di anomalie patologiche; son nati spesso da padri vecchi: più colti degli altri, sono armati di caratteristica diffidenza; hanno enorme cupidigia di guadagno: son spesso piccoli negozianti, scrivani, ecc., e rappresentano, dice il MARRO, la civiltà nel delitto, l'acquisto della ricchezza col minore sforzo.

per confermare le conclusioni a cui la teoria per altre vie è pervenuta, le osservazioni che han fondamento ed origine empirica e che avevano stabilito un rapporto tra dati caratteri fisici abnormi e le varie forme di attività criminosa: i fisiognomisti per es., di cui nel cenno storico (pag. 6) furon accennati i più acuti riferimenti.

E non soltanto i ricercatori artisti e scienziati che se ne sono occupati in modo particolare — ma anche ogni artista nel rappresentare o nella letteratura o pittoricamente o plasticamente i criminali quando ha voluto ottenere quel dato effetto di « fisionomia » criminale è ricorso ai caratteri che l'antropologia criminale ha poi riconosciuto infatti propri di essi.

Il Mantegna, il Tiziano, il Ribera han dato ai criminali da essi rappresentati — i ladroni crocifissi, Giuda, il diavolo — cranio deformato, mandibola enorme, orecchie ad ansa, zigomi sporgenti, asimmetrie, ecc. Michelangelo (1) rappresenta il demonio con fronte sporgente, naso affilato, grandi orecchie ad ansa; nella barca di Caronte vi è un condannato con orecchio animalesco. Il Mantegna rappresenta un carnefice con fronte sfuggente, naso schiacciato, bocca larga, labbra grosse e sporgenti, e mento quadrato. Raffaello nella « Cena » ha dato a Giuda testa grossa, sopracciglia contratte, labbro superiore corto e grosso. Rubens rappresenta Giuditta che taglia la testa ad Oloferne con la muscolatura straordinariamente sviluppata, con fisionomia bella, ma con mandibola enorme, labbra grosse e sporgenti, ecc. E Dante in Vanni Fucci, in Mastro Adamo, Niccolò III, Francesca, e Shakespeare in Jago, Amleto, Otello hanno magistralmente scolpito caratteri di criminali perfettamente rispondenti a quelli che abbiamo ora enumerato e a quelli che troveremo nelle varie classi di criminali: come han fatto poi in una quantità di loro personaggi, il Balzac, il Flaubert, il Gautier, lo Zola....

Di recente il SHERIDAN (2) dimostrava che anche il SUE nei suoi popolari « Misteri di Parigi » ha assegnato ai suoi criminali — il Maestro di Scuola, la Civetta, ecc. — caratteri fisici e psichici rispondenti a quelli che noi diciamo propri dei delinquenti nati.

E altrettanto importanti son le constatazioni personali e dirette di acuti osservatori passati attraverso il terrore delle carceri: SETTEMBRINI, DOSTOJEWSKY, TOLSTOI, GORKI — i quali senza preoccupazioni di scuola, senza poter prender misure e isti-

(1) LEFORT, *Le type criminel d'après les savants et les artistes*, Lyon, 1892.

(2) *Archives d'Anthropol. crimin.*, 1908, pag. 105.

tuir confronti, ci han però descritto quei tristi abitatori in una maniera così colpevole, proprio con quei caratteri che la loro intuizione artistica contemporaneamente e prima delle nostre valutazioni statistiche rivelò loro per « tipici ».

Finalmente è innegabile che ciascun di noi, e specialmente i bambini e le donne che restano — mi si permetta la parola — primitivi e quindi più intuitivi, son dotati infatti a questo riguardo di una meravigliosa istintiva sensibilità, di una conoscenza e valutazione acutissima della fisionomia criminale, la quale suscita in loro una subitanea e viva per quanto inconscia ripugnanza. E mentre essi non sono in grado, naturalmente i bambini, ma spesso neppure le donne, di apprezzare il valore intellettuale delle persone che avvicinano, sono invece quasi sempre felici estimatori del loro valore morale.

Tutti lo possiamo constatare quotidianamente: ma il LOMBROSO (U. D. I, 312) ha anche sottoposto il fatto ad esperienze su fotografie e ne ha dato un'ardita interpretazione.

E del resto i proverbi, che non sono altro che il frutto di un'esperienza individuale e collettiva cristallizzata durante più generazioni, confermano con la « sapienza dei popoli » il risultato di quest'osservazione empirica ma spregiudicata, dalla quale l'esistenza del tipo viene affermata in modo press'a poco uguale in tutti i paesi: essendo pressochè dappertutto riguardati come segnalamento sicuro del vizio o del delitto la mancanza di barba nell'uomo, la sua presenza nella donna, lo strabismo, il naso incavato, ecc.

Dicesi infatti in Romagna: Poca barba e nien colore sotto il ciel non vi ha peggiore. — E nel Veneto: Omo rosso e femmina barbuto da lontano xe megio la saluta. — Vardete de la donna che gha voxe da omo (voce virile). — Dio me varda de l'omo senza barba. — Vardete da chi tiene i ooi bassi e da chi cammina a curti passi. — El sguerso xe maledotto per ogni verso. — Rix e ross mai ghen foss (mai es ne fossoro). — Megio vender un campo e una cà che tor una donna dal nas levà. — E in Piemonte: Faccia smorta pegg che scabbia. — E i Toscani ripetono: Uomo sbarbato e femmina barbuto da lontano li saluta. — Donna barbuto coi sassi la saluta. — Vista rossa mal animo mostra. — Vista all'inghiù tristo e non più (Giusti). — Naso per insu un per casa e non più. — « Semel malus semper malus ». Vizio per natura fin alla fossa dura. — Naso che guarda in testa è peggior che la tempesta.

E possiamo dar a questi proverbi importanza e valore di riprova perchè, come dice lo SPENCER (1) « un'idea estesamente accolta senza esame critico, armonizza in fondo, con varie altre idee di coloro che la ammettono; e in quanto queste varie altre credenze sono fondate su osservazioni e giudizi personali, esse

danno indirettamente garanzia a quella con la quale armonizzano. Può essere che questa garanzia poco valga, ma però qualche cosa vale ».

Nim'altra spiegazione di tutti questi fatti che possiamo dire veramente associati — da tante e così diverse parti ce ne è venuta conferma — equivale a quella che l'Antropologia criminale ce ne ha data: collegandoli ed unificandoli, con metodo veramente scientifico sotto leggi naturali comuni e riducendoli ad unità di interpretazione e di significato.



Fig. 50. — Alienato criminale.

Quando il LAURENT pur riconoscendo l'« aria di famiglia » che han tra loro i criminali l'attribuisce al « caso » — rinuncia evidentemente a qualsiasi « pretesa » scientifica; la sua « teoria » annulla questa come tutte l'altre scienze, che non son altro appunto che la ricerca e la determinazione delle leggi secondo le quali accadono i fenomeni — al di fuori del « caso » (2). Questa « aria di famiglia » cioè questa somiglianza generica e diffusa tra i delinquenti è appunto la espressione volgare del « tipo criminale ».

(1) *I Principi Principi*, Torino, Bocca, 1907.

(2) Cfr. ARDIGO, *La formazione del sistema solare*.

Accade per essi, commenta poeticamente il SINCLAIR, come delle ondate che si frangono sulla spiaggia; l'acqua si cambia ma l'onda ha sempre lo stesso aspetto.

E quando il TARDE chiama i caratteri criminali caratteri « professionali » scambia grossolanamente la causa per l'effetto; e anche superata la difficoltà di spiegare con le traversie della vita libera e carceraria dei criminali certe loro particolari strutture anatomiche o funzionali, che non possono assolutamente derivarne — resta sempre insoluto il problema iniziale: perchè quei dati individui si son « dedicati » a questa disgraziata professione, invece che alle buone e sane attività degli altri uomini.

Così l'esistenza di questo « tipo criminale » consacra e sintetizza la concezione naturalistica e positiva del « delinquente ». Nel quale noi non vediamo ormai che un individuo in cui tutta l'organizzazione si è foggata a seconda di forme ataviche superate nell'evoluzione umana. Egli è adunque un anomalo; e la sua attività psichica e sociale caratteristica, aberrante dalla morale e dalla legge — il delitto — non è altro che l'effetto necessario, « naturale », di questa anomala struttura antropologica.

Il delitto resta così privato di ogni concetto mistico di riprovazione e di imputabilità: e considerato puramente e semplicemente come la maniera di funzionare necessariamente anomala di un organismo anomalo.

La relazione tra percezione del valore rigenerativo di un luogo e *sensation seeking*. Uno studio esplorativo[#]

Margherita Galli^{}, Gioacchino Pagliaro^{**}, Rita Berto^{***}*

Riassunto. L'obiettivo di questa ricerca è verificare se esiste una relazione tra la percezione del valore rigenerativo di un luogo, lo stile cognitivo del *sensation seeking* e lo stato affettivo-emotivo derivante dalla piacevolezza del luogo, e se questa relazione varia a seconda dell'età. Si ipotizza che pur essendo uno stile senso-percettivo, la ricerca di "emozioni forti" possa variare anche con l'età e che presumibilmente i giovani le cerchino più degli adulti. Per questo motivo ci si aspetta che i giovani, rispetto agli adulti, preferiscano e valutino come più "rigenerativi" luoghi meno familiari perché in grado di suscitare maggiori emozioni e stati d'animo positivi. A questo scopo è stato chiesto a un gruppo di 80 soggetti, 40 giovani (età M = 24) e 40 adulti (età M = 44), di compilare la *Perceived Restorativeness Scale*, lo *Zuckerman Inventory of Personal Reactions and Feelings* e la *Sensation Seeking Scale* in relazione alla presentazione di immagini raffiguranti due categorie ambientali che richiamano un diverso grado di *sensation seeking*: il deserto di roccia e le colline. I risultati ottenuti sono in linea con quanto già emerso nella letteratura su preferenza ambientale e benessere percettivo dei luoghi; queste due variabili sono cioè in relazione lineare. Tuttavia, i risultati hanno anche messo in evidenza che la mancanza di alcune caratteristiche fisiche tipiche dei luoghi rigenerativi rende il deserto di roccia un luogo a basso valore rigenerativo per entrambi i gruppi sperimentali.

Parole chiave: Benessere percettivo, Preferenza ambientale, *Sensation seeking*, Emozioni positive

Abstract. The goal of this research is to see if there is a relationship between the perception of the value of a regenerative place, the personality trait of sensation seeking and emotional-affective state resulting from the pleasantness of the place, and whether this relationship varies according to age. It is hypothesized that despite being a personality trait, a search for "thrills" can also vary with age, and the young people who allegedly seek more than adults. For this reason it is expected that young people than adults, and assess how they prefer more "regenerative" places less familiar because it can arouse emotions and more positive moods. For this purpose has been

[#] **Nota editoriale.** Riserviamo questa sezione agli studi esplorativi e ai progetti di studio -afferenti anche a diversi orientamenti metateorici- che possono risultare interessanti per lo sviluppo di nuove ipotesi e aree di ricerca.

^{*} Psicologa, Bologna.

^{**} Direttore UOC Psicologia Ospedaliera AUSL di Bologna, già professore a contratto di Psicologia Clinica c/o l'Università degli Studi di Padova.

^{***} Psicologa, Dottore di Ricerca in Percezione e Psicofisica, già professore a contratto di Psicologia Ambientale e Psicologia Cognitiva c/o l'Università degli Studi di Padova.

asked a group of 80 subjects, 40 young (M age = 24) and 40 adults (age M = 44), fill in the Perceived Restorativeness Scale, the Zuckerman Inventory of Personal Reactions and Feelings and Sensation Seeking scales in relation to the presentation of images depicting two environmental categories that attract a different level of sensation seeking: the desert of rock and hills. The results obtained are in line with what has already emerged from the literature on environmental preference and regenerative capacity of the places, namely that these two variables are in linear relationship, but they have also highlighted the lack of some physical characteristics typical of the places makes the regenerative rock desert place a low value regenerative for both experimental groups.

Keywords: Regeneration, Environmental preference, Sensation seeking, Positive emotions

1. Introduzione

Questo studio si colloca all'interno di un settore della Psicologia nato agli inizi degli anni '70 del secolo scorso, che ha preso il nome di Psicologia Ambientale. L'obiettivo della Psicologia Ambientale è indagare il rapporto tra l'uomo e l'ambiente socio-fisico (Bonnes e Secchiarioli, 1992), cioè capire da un lato come l'ambiente possa influenzare il comportamento e i processi cognitivi, e dall'altro come l'uomo possa a sua volta influenzare l'ambiente che lo circonda. In pratica la Psicologia Ambientale cerca di spiegare i percorsi mentali sottostanti le nostre scelte comportamentali e i meccanismi cognitivi che ci portano a percepire e ad attribuire certi significati all'ambiente (Baroni, 2008). Già Kurt Lewin (1936) nella sua famosa equazione: $B = f(E;P)$ dove B è il comportamento (*behavior*), E è l'ambiente (*environment*) e P è la persona (*person*), aveva messo in evidenza che il comportamento umano è determinato dall'interazione tra la persona e il suo ambiente. I campi di ricerca tradizionali della Psicologia Ambientale sono la percezione e la cognizione ambientale, la preferenza ambientale, la rappresentazione spaziale, le mappe cognitive e il comportamento spaziale, il ricordo di ambienti, il rapporto disposizioni-ambiente, gli atteggiamenti rispetto all'ambiente e l'impatto dell'ambiente fisico sul comportamento. Il settore della Psicologia Ambientale al quale si fa riferimento in questo studio è quello della preferenza ambientale e in particolare quello degli ambienti rigenerativi (*restorative environments*) e della *restorativeness* dei luoghi.

Le persone preferiscono quegli ambienti che suscitano in loro emozioni positive (Russell e Snodgrass, 1987). In particolare i luoghi maggiormente preferiti sono quelli che consentono di distrarsi, di rilassarsi, che favoriscono gli stati emotivi positivi e che consentono uno stacco dalla routine quotidiana, cioè i cosiddetti ambienti rigenerativi (Kaplan, 1995). Il concetto di *restorativeness* e di ambiente rigenerativo è collegato al concetto di stress ambientale, definito come un processo di risposta emozionale, fisiologica e comportamentale a situazioni che minacciano il benessere psicofisico. Situazioni stressanti (cioè quando le richieste ambientali superano le capacità di risposta di una persona) compromettono quotidianamente il buon funzionamento

umano e causano il verificarsi di disturbi fisiologici e/o psicologici. Però le persone sono in grado di apprendere e attuare strategie di *coping* che consentono loro di “far fronte a” e “di essere in grado di” gestire le richieste ambientali (Baroni e Berto, 2013). Una di queste strategie è proprio l'esposizione agli ambienti naturali che sono apprezzati non solo per le loro qualità estetiche ma anche perché promuovono il benessere psicofisico. Sono numerose ormai le ricerche che hanno evidenziato i benefici derivanti dall'esposizione agli ambienti rigenerativi (Ulrich, 1981; Kaplan, 1983; Hartig et al., 1991; Purcell et al., 2001; Berto, 2005; Berto, 2007).

Ma cosa rende un luogo rigenerativo? Principalmente la presenza di elementi naturali (per maggiori dettagli si veda Kaplan, 1995; Berto, 2005). La natura è una risorsa per gli esseri umani in quanto portatrice di alcune caratteristiche “terapeutiche” e “rigenerative” importanti per il mantenimento della salute fisica e mentale. I luoghi naturali consentono di rilassarsi, di liberare la mente da eventi emotivamente negativi, di vivere un'esperienza di bellezza, di controllo e di libertà e di usufruire di un momento importante per il processo di regolazione emozionale e del sé (Korpela e Hartig, 1996). Le ricerche sugli effetti benefici della natura sono dominate da due posizioni teoriche complementari: una vede nell'esposizione alla natura la riduzione dello stress (*Stress Recovery Theory*; Ulrich, 1981), l'altra invece il recupero della capacità attentiva (*Attention Restoration Theory*; Kaplan, 1995). Per entrambe le teorie il motivo che spinge una persona a entrare in contatto con un luogo rigenerativo è una condizione di stress psicofisiologico e/o una condizione di fatica attentiva. Il contatto con un ambiente naturale consente di recuperare da una situazione di stress psicofisiologico, favorendo la comparsa di emozioni e sentimenti positivi e riportando il livello di attivazione dell'organismo (*arousal*) ad un livello ottimale; consente inoltre la rigenerazione dallo stato di fatica mentale (*mental fatigue*) causato dallo sforzo necessario per inibire le distrazioni al fine di rimanere focalizzati sul compito da svolgere (per maggiori dettagli si veda Berto, 2005). Al contrario, negli ambienti naturali le persone non sono costrette a sforzarsi per sopprimere gli stimoli distraenti ma sono attratte da stimoli *affascinanti* (per maggiori dettagli si veda Berto et al., 2010).

Nonostante gli studi sugli ambienti rigenerativi siano relativamente recenti, la ricerca in questo campo è stata molto produttiva. Sappiamo infatti che gli ambienti naturali sono più rigenerativi degli ambienti costruiti (Purcell et al., 2001), che nella percezione del valore rigenerativo di un luogo non c'è nessuna differenza dovuta al genere (Berto, 1998; Berto et al., 2004) e nemmeno dovuta all'età (Berto, 2007; Berto et al., 2012): per maschi, femmine, bambini, adolescenti, adulti e anziani gli ambienti naturali sono più rigenerativi degli ambienti urbani costruiti. Soprattutto sappiamo che preferenza ambientale e benessere percettivo vanno di pari passo: alti livelli di preferenza sono accompagnati da alti livelli di benessere percettivo e viceversa (Hernandez et al., 2001; Purcell et al., 2001).

Da quanto detto finora potrebbe sembrare che la preferenza ambientale dipenda esclusivamente dalle caratteristiche fisiche degli ambienti, invece non è così. Di fatto la preferenza ambientale dipende anche dallo stile senso percettivo del soggetto (per maggiori dettagli si veda Baroni, 2008). Le persone esprimono differenze nei loro giudizi di preferenza e tali differenze sono dovute a variabili quali l'età, il genere, le esperienze passate (per esempio la preferenza varia a seconda della familiarità con il

luogo) e a variabili socio-economiche (Lyons, 1983). La preferenza cambia nel corso della vita: le valutazioni affettive degli anziani e dei bambini sono differenti da quelle degli adulti, e durante l'adolescenza ci sono delle differenze tra maschi e femmine (Axia et al., 1991). Anche il tono dell'umore del soggetto influisce sul tipo di ambiente preferito e infatti c'è differenza nei giudizi di preferenza forniti da persone allegre o tristi e da persone introversive ed estroverse. Altrettanto determinante sul giudizio di preferenza è una caratteristica del soggetto conosciuta in letteratura come *sensation seeking* (Zuckerman, 1979), cioè quello stile cognitivo e senso percettivo che rende un soggetto particolarmente affascinato da attività o comportamenti rischiosi e che lo porta a cercare continuamente sensazioni forti. I "cercatori di sensazioni" forniscono valutazioni affettive diverse dagli "evitatori".

Lo scopo di questo studio è verificare la relazione tra *sensation seeking* e percezione del valore rigenerativo di un luogo, in pratica ci chiediamo se la dimensione *sensation seeking*, oltre ad influenzare il giudizio di preferenza per un luogo, possa influenzare anche la percezione del suo valore rigenerativo, portando a considerare come rigenerativi ambienti cosiddetti "estremi". Ci rendiamo conto che metodologicamente sarebbe corretto testare due gruppi, uno con soggetti caratterizzati da "alto" *sensation seeking* e l'altro da "basso". Purtroppo questo non è stato possibile. Consapevoli di poter incorrere in questo problema, abbiamo usato come materiale stimolo ambienti che potessero richiamare livelli diversi di *sensation seeking*. Questo accorgimento metodologico ci ha permesso di verificare il rapporto tra preferenza ambientale, benessere percettivo e familiarità per una categoria ambientale piuttosto trascurata in letteratura: il deserto di roccia. Infatti un altro degli obiettivi di questo studio è verificare la relazione tra preferenza ambientale e benessere percettivo per questo tipo di ambiente che richiama l'avventura, confrontandolo con una delle categorie ambientali più familiari e maggiormente indagate in letteratura: le colline. Si ipotizzano delle differenze nella percezione del grado di *restorativeness* percepita e nella preferenza espressa nei confronti di queste due categorie ambientali. Verranno verificate anche eventuali differenze e/o effetti dovute all'età e alla familiarità. Inoltre essendo la preferenza ambientale e il benessere percettivo legati all'attribuzione di sentimenti ed emozioni positive all'ambiente, verranno prese in considerazione le emozioni suscitate nei soggetti da luoghi così diversi. Visto che la preferenza ambientale corrisponde all'attribuzione di sentimenti positivi all'ambiente, si ipotizza che la presenza di uno stato emotivo positivo vada di pari passo con un alto giudizio di preferenza e di *restorativeness*. Infine, per quanto riguarda la *sensation seeking*, si ipotizza che questa dimensione possa influenzare la preferenza ambientale e di conseguenza la percezione del grado di *restorativeness* del luogo in virtù della relazione lineare esistente tra queste due variabili.

2. Metodo

2.1. Partecipanti

Hanno partecipato all'esperimento 80 soggetti: 40 studenti universitari (20 maschi e 20 femmine, età media = 24,6, DS = 2,37) e 40 adulti (16 maschi e 24 femmine; età media = 44, DS = 9,40).

2.2. *Materiale stimolo*

Sono state utilizzate 4 immagini rappresentanti 2 categorie ambientali differenti: il deserto di roccia e la collina. Sono state scelte 2 immagini per categoria per annullare il cosiddetto *place effect* e per evitare il che il soggetto valutasse il singolo luogo raffigurato in quella specifica immagine e non la categoria ambientale a cui appartiene l'immagine (per maggiori dettagli si veda Galli, 2011).

2.3. *Strumenti*

Ad ogni soggetto sono state somministrate tre scale:

1-La PRS (*Perceived Restorativeness Scale*; Korpela e Hartig, 1996) consente di misurare la percezione individuale del valore rigenerativo di un luogo. La versione italiana della PRS (Berto, 1998) è composta da 25 item che misurano 5 fattori rigenerativi: *being-away* (6 item), *fascination* (7 item), *coherence* (3 item), *scope* (1 item), *compatibility* (6 item); dalla media dei punteggi dei singoli fattori rigenerativi si ottiene il valore rigenerativo di un luogo (per maggiori dettagli si veda Pasini et al., 2009); inoltre la scala consente di misurare la familiarità (1 item) e la preferenza per il luogo (1 item). Ogni item della PRS viene valutato su una scala a 11 punti, dove 0 = per niente, 6 = parecchio e 10 = moltissimo.

2-Lo ZIPERS (*Zuckerman Inventory of Personal Reactions and Feelings*; Zuckerman, 1977) viene usato per valutare lo stato emotivo del soggetto nel momento in cui gli viene somministrata la scala. La scala è composta da 12 item che misurano la paura (3 item), la tristezza (1 item), la rabbia (3 item), sentimenti positivi (4 item) e la concentrazione (1 item). Ogni item viene valutato su una scala a 5 punti, dove 1 = per niente e 5 = moltissimo.

3-La SSS (*Sensation Seeking Scale*; Zuckerman, 1979) consente di misurare quell'orientamento definito *sensation seeking*. La versione originale della scala è composta da 40 item, ognuno dei quali è rappresentato da due affermazioni contrapposte e il soggetto deve scegliere quale tra le due affermazioni corrisponde al proprio modo di pensare; in questo studio si è deciso di modificare leggermente la versione italiana della scala, proponendo al soggetto di valutare solo una delle affermazioni su una scala a 5 punti, dove 1 = per niente e 5 = moltissimo.

2.4. *Procedura*

Ogni gruppo sperimentale è stato suddiviso in due sottogruppi; ad un sottogruppo sono state presentate le 2 immagini nell'ordine "deserto-collina", mentre all'altro nell'ordine "collina-deserto", questo per evitare possibili effetti della sequenza nella compilazione delle scale (Galli, 2011). Ogni soggetto ha compilato una PRS e uno ZIPERS per ognuna delle 2 immagini; per favorire il processo di "immersione nel luogo" durante la compilazione delle scale le immagini rimanevano a disposizione del soggetto. Alla fine, ad ogni soggetto veniva fatta compilare anche la SSS. I soggetti sono stati testati singolarmente e non sono stati posti limiti di tempo alla compilazione delle scale.

2.5. *Risultati e discussione*

Per prima cosa è stato calcolato il punteggio medio alla SSS dei due gruppi sperimentali; il punteggio medio dei giovani è risultato 2,98 (DS = 0,05) mentre quello

degli adulti 2,40 (DS = 0,05). Dal T-test per campioni indipendenti non è emersa alcuna differenza significativa tra i due gruppi ($p > 0,05$), inoltre non è emersa alcuna differenza significativa neanche dal confronto dei punteggi medi di maschi e femmine all'interno dei due gruppi ($p > 0,05$). Siccome i due gruppi sono risultati omogenei rispetto alla dimensione *sensation seeking*, non è stato possibile considerare questa variabile come "indipendente", ma è stato comunque possibile verificarne la relazione con le altre variabili oggetto dello studio. Infatti un altro obiettivo della nostra ricerca è indagare se preferenza e *restorativeness* mostrano lo stesso andamento anche per la categoria deserto di roccia, una categoria ambientale poco indagata in letteratura, e se questa relazione è indipendente dalla familiarità per il luogo e dall'età dei soggetti.

Al fine di verificare se la categoria ambientale e/o il gruppo (cioè le variabili indipendenti) avevano avuto degli effetti sui punteggi medi delle variabili dipendenti, cioè il punteggio di *restorativeness* derivante dalla PRS, di preferenza, dello ZIPERS (si veda Tab. 1) e della SSS sono state eseguite delle analisi della varianza multivariata e dei T-test per campioni indipendenti.

	Deserto di roccia		Col line	
	giovani	adulti		
PRS	4,72 (1,81)	4,04 (1,79)		giovani 6,17 (0,29)
Preferenza	5,17 (3,11)*	3,45 (3,26)		7,22 (0,41)
Familiarità	1,95 (2,27)	1,51 (2,57)		6,75 (0,46)
Paura	2,11 (0,92)	2,06 (0,71)		1,59 (0,76)
Emozioni positive	2,51 (1,01)*	1,72 (0,76)		2,99 (0,87)
Tristezza	2,25 (1,27)*	2,91 (1,48)		1,82 (1,08)
Rabbia	1,91 (0,96)	2,11 (0,68)		1,51 (0,88)
Concentrazione	3,11 (1,12)	2,77 (0,91)		2,97 (0,99)*

Tabella 1: media e deviazione standard tra parentesi del punteggio di *restorativeness*, preferenza e familiarità di giovani e adulti per le due categorie ambientali (* = differenza statisticamente significativa).

Dalle analisi è emerso l'effetto significativo della categoria ambientale sui punteggi della PRS; in generale il deserto di roccia è risultato per entrambi i gruppi sperimentali meno rigenerativo rispetto alle colline ($p < 0,05$). Per quanto riguarda la preferenza e la familiarità, ancora una volta i punteggi medi di entrambi i gruppi sperimentali hanno mostrato lo stesso andamento: il deserto di roccia è risultato significativamente meno familiare e meno preferito rispetto alle colline, anche se ai giovani piace di più rispetto agli adulti ($p < 0,05$).

Sono emersi dei risultati importanti anche per quanto riguarda i punteggi dello ZIPERS. Dall'Anova multivariata calcolata sulle singole variabili dello ZIPERS è emerso che per entrambi i gruppi sperimentali il deserto di roccia ottiene punteggi superiori per le dimensioni *paura*, *tristezza* e *rabbia*, rispetto alle colline che invece ottengono da entrambi i gruppi punteggi più alti sul versante delle emozioni positive ($p < 0,05$).

Questo risultato trova spiegazione alla luce del precedente risultato, quello relativo alla percezione del minore valore rigenerativo del deserto di roccia rispetto alle colline; infatti la percezione dell'alto valore rigenerativo di un luogo è accompagnata dalla comparsa di sentimenti ed emozioni positive, nel caso del deserto di roccia è accaduto esattamente il contrario. Quindi un primo risultato interessante è che contrariamente a quanto avevamo ipotizzato, ma comunque in linea con la letteratura, il benessere percettivo di un luogo è indipendente dall'età; infatti anche nel nostro studio è emerso che giovani e adulti percepiscono le stesse categorie ambientali come rigenerative. Invece, a differenza di quanto emerge dalla letteratura, qui la variabile familiarità potrebbe avere influenzato i giudizi di preferenza e di benessere percettivo come dimostrano le correlazioni bivariate calcolate tra punteggio di PRS, preferenza e familiarità per i due gruppi sperimentali, per le due categorie ambientali (si veda Tab. 2 e 3).

Deserto di roccia	Familiarità	Preferenza
PRS	G: $r = 0,46$ A: $r = 0,46$	G: $r = 0,67$
Familiarità		A: $r = 0,40$

Tabella 2: valori della correlazione bivariata tra PRS, familiarità e preferenza calcolata per giovani (G) e adulti (A) per la categoria ambientale deserto di roccia ($p < 0,01$).

Colline	Familiarità	Preferenza
PRS	G: $r = 0,59$ A: $r = 0,59$	G: $r = 0,69$
Familiarità		A: $r = 0,80$

Tabella 3: valori della correlazione bivariata tra PRS, familiarità e preferenza calcolata per giovani (G) e adulti (A) per la categoria ambientale colline ($p < 0,01$).

3. Conclusione

I risultati ottenuti sono molto interessanti nonostante abbiamo confermato soltanto in parte le ipotesi iniziali. Tra le due categorie ambientali si sono verificate differenze significative importanti, ciò dimostra che il concetto di “ambiente naturale” non è un concetto unitario neanche per soggetti “non esperti” come i partecipanti al nostro studio. Infatti gli ambienti naturali non sono tutti uguali; in particolare gli ambienti naturali rigenerativi, cioè quelli che consentono ad una persona di distrarsi e di rilassarsi, che favoriscono gli stati emotivi positivi e soprattutto consentono di recuperare da una situazione di stress psicofisiologico e dalla fatica mentale, sono caratterizzati da natura “verde” (*Attention Restoration Theory* - Kaplan, 1995; *Stress Recovery Theory* - Ulrich, 1981), proprio come hanno dimostrato i nostri soggetti con le loro valutazioni di preferenza e *restorativeness*.

Inoltre anche se la nostra ipotesi principale, cioè quella relativa al *sensation seeking*, non è stata verificata pienamente perché i nostri soggetti non si sono differenziati rispetto a questa dimensione (probabilmente per scarsa numerosità del campione), possiamo comunque trarre una piccola conclusione: forse questo tratto è meno diffuso

di quanto pensiamo. Infatti sapere che la “persona media” per rigenerarsi non necessita di entrare in contatto con ambienti “estremi” è molto importante, soprattutto per chi si preoccupa di offrire benessere a categorie speciali di persone o di progettare ambienti che non siano fonte di stress o fatica mentale, ma che al contrario aiutino a combatterlo (Baroni e Berto, 2013). Pensiamo per esempio all'importanza di offrire un ambiente rigenerativo all'interno di certi reparti ospedalieri: l'ambiente come strategia di *coping* per affrontare lo stress legato alla malattia. Oppure all'interno delle scuole, dove potersi rigenerare dalla fatica mentale legata all'uso continuo dell'attenzione può essere di grande aiuto soprattutto a quei bambini con disturbi dell'apprendimento e dell'attenzione. Allo stesso modo l'ambiente potrebbe rivelarsi un importante alleato della psicoterapia; potrebbe essere interessante sviluppare percorsi terapeutici che prevedano anche l'esposizione all'ambiente naturale soprattutto per persone con disturbi dell'umore, facendo affidamento sulla capacità “terapeutica” dell'ambiente naturale di suscitare emozioni e sentimenti positivi.

Riferimenti bibliografici

- Axia, G., Mainardi Peron, E. & Baroni, M.R. (1991). Environmental assessment across life span. In T. Garling, G. Evans (a cura di), *Environment, cognition and action. An integrated approach*, Oxford University Press, New York.
- Baroni, M. R. (2008). *Psicologia ambientale*. Il Mulino, Bologna.
- Baroni, M.R., e Berto, R. (2013). *Stress ambientale. Cause e strategie di intervento*. Carocci, Roma.
- Berto, R. (1998). *Rapporti tra restorativeness dei luoghi e preferenza espressa*. Tesi di Laurea. Università degli Studi di Padova, a.a. 1997-1998.
- Berto, R., Magro, T. & Purcell, A.T. (2004). La percezione della restorativeness in un gruppo di adolescenti. In G. Carrus, F. Fornara, C. Plauto, M. Scopelliti (a cura di), *La psicologia ambientale in Italia. Secondo incontro nazionale*. Sapienza, Università di Roma, Dipartimento dei processi di sviluppo e socializzazione, Roma, CD-ROM.
- Berto, R. (2005). Exposure to restorative environments helps restore attentional capacity. *Journal of Environmental Psychology*, 25, 249-59.
- Berto, R. (2007). Assessing the restorative value of the environment: A study on the elderly in comparison with young adults and adolescents. *International Journal of Psychology*, 42(5), 331-41.
- Berto, R., Baroni, M.R., Zainaghi, A. & Bettella, S. (2010). An exploratory study on the effect of high and low fascination environments on attentional fatigue. *Journal of Environmental Psychology*, 30(4), 494-500.
- Berto, R., Pasini, M. & Barbiero, G. (2012). Biofilia sperimentale. Il contatto con l'ambiente naturale aumenta la percezione del suo valore rigenerativo da parte dei bambini e migliora la loro capacità attentiva. *Culture della Sostenibilità*, 10, 161-184.
- Bonnes, M. & Secchiaroli, G. (1992). *Psicologia ambientale. Introduzione alla psicologia sociale dell'ambiente*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Galli, M. (2011). *Rapporto tra restorativeness e preferenza ambientale per il deserto di roccia e la collina: giovani e adulti a confronto*. Tesi di laurea. Università degli

- Studi di Padova, a.a. 2010-2011.
- Hartig, T., Mang, M., & Evans, G.W. (1991). Restorative effects of natural environment experiences. *Environment and Behavior*, 23(1), 3-26.
- Hernandez, B., Hidalgo, C., Berto, R., e Peron, E. (2001). The role of familiarity on the restorative value of a place. Research on a Spanish sample. *IAPS Bulletin* (International Association for Study of People and their Physical Surroundings), 18, 22-4.
- Kaplan, S. (1983). A model of person-environment compatibility. *Environment and Behavior*, 15(3), 311-32.
- Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, 15, 69-82.
- Korpela, K. & Hartig, T. (1996). Restorative qualities of favorite places. *Journal of Environmental Psychology*, 16, 221-33.
- Lewin, K. (1936). *Principles of topological psychology*. McGraw-Hill, New York.
- Lyons, E. (1983). Demographic correlates of landscape preference. *Environment and behavior*, 15, 487-511.
- Pasini, M., Berto, R., Scopelliti, M. & Carrus, G. (2009). Measuring the restorative value of the environment: Contribution to the validation of the Italian version of the Perceived Restorativeness Scale. *Bollettino di Psicologia applicata*, 257, 3-11.
- Purcell, A.T., Peron, E. & Berto, R. (2001). Why do preferences differ between scene types? *Environment and behavior*, 33(1), 93-106.
- Russel, J.A. & Snodgrass, J., (1987). Emotion and the environment. In D. Stolkos e I. Altman (a cura di), *Handobook of environmental psychology*, 1, 245- 81.
- Ulrich, R.S. (1981). Natural versus urban scenes: some psychophysiological effects. *Environment and behavior*, 13, 523-56.
- Zuckerman, M. (1977). Development of a situation-specific trait-state test for the prediction and measurement of affective responses. *Journal of consulting and clinical psychology*, 45, 513-523.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking*. Erlbaum, Hillsdale (N.J.).

Il protocollo di *ArmoniosaMente* con i pazienti oncologici L'esito di uno studio su otto gruppi di pazienti

Margherita Galli *, *Gioacchino Pagliaro* **

Riassunto. Con questo articolo si vuole presentare il protocollo *ArmoniosaMente*¹, progetto attivo ormai dal 2003 e di cui è responsabile il Dott. Gioacchino Pagliaro, Direttore dell'Unità Operativa di Psicologia Ospedaliera del Dipartimento Oncologico dell'Ospedale Bellaria di Bologna. Tale progetto è rivolto a donne affette da tumore alla mammella ed integra tecniche meditative, derivate dalla medicina tibetana con incontri formativi – informativi. Il protocollo *ArmoniosaMente* si basa, infatti, su due aspetti che si sono rilevati basilari nelle pratiche riguardanti la salute, ovvero: una corretta informazione sanitaria e l'utilizzo di pratiche meditative. Si è pensato di chiamare il protocollo "*ArmoniosaMente*" poiché il suo obiettivo principale è appunto quello di agire sulla dimensione mentale delle pazienti, offrendogli sia una completa informazione sanitaria sia una pratica meditativa che stimoli il loro potenziale interno di guarigione.

Parole Chiave: Meditazione, Visualizzazione, Oncologia, Protocollo *ArmoniosaMente*

Summary. With this article we want to present the protocol "*ArmoniosaMente*", active project since 2003 in which the responsible is Dr. Gioacchino Pagliaro, Director of the Unit of Psychology Department of Oncological Hospital Bellaria Hospital in Bologna. This project is aimed at women with breast cancer and integrates meditation techniques, derived from Tibetan medicine with training and informative sessions . The protocol "*ArmoniosaMente*" is based , in fact, on two aspects that are recognized basic practices related to health, namely: proper health information and the use of meditative practices. It was decided to call the protocol "*ArmoniosaMente*" as its main objective is precisely to act on the mental dimension of the patients, offering both a complete health information and a meditative practice that stimulates their potential internal healing.

Keywords: Meditation, Visualisation, Oncology, "*ArmoniosaMente*" Protocol

* Psicologa, Bologna

** Direttore UOC Psicologia Ospedaliera AUSL di Bologna, già professore a contratto di Psicologia Clinica c/o l'Università degli Studi di Padova.

¹ Per informazioni sullo studio condotto scrivere a: gioacchino.pagliaro@ausl.bo.it

1. La meditazione

Le definizioni di *meditazione* possono essere molteplici e non sempre coincidenti tra di loro, poiché vi sono connotazioni differenti a seconda della tradizione culturale - filosofica cui si fa riferimento. Il termine sanscrito utilizzato per definirla è “*samadhi*” e contiene tanto gli aspetti religiosi quanto quelli spirituali, filosofici e terapeutici, il che permette di accostarsi alla *meditazione* continuando ad aderire liberamente alla propria cultura di appartenenza.

Genericamente con il termine meditazione si intende un addestramento alla presenza mentale che, attraverso l'acquietamento della mente ed un livello più profondo di consapevolezza, agisce sul piano fisico, energetico, mentale e spirituale, favorendo l'equilibrio energetico del microcosmo individuale e al tempo stesso mantenendo l'equilibrio tra quest'ultimo ed il sistema energetico del macro cosmo.

Lo scopo della *meditazione* è quello di migliorare la qualità della vita, liberandosi da emozioni e fattori mentali negativi, liberandosi dalla sofferenza e liberando la mente dalle impurità, ovvero da tutto ciò che turba o affligge (Pagliaro, 2004).

Sono ormai numerose le ricerche presenti in letteratura che dimostrano gli effetti benefici di questa pratica. A livello fisiologico, infatti, durante la *meditazione*, diminuisce la frequenza del ritmo respiratorio e del ritmo cardiaco; aumenta il flusso sanguigno nei muscoli del corpo; il cervello emette onde cerebrali di tipo alfa e teta (onde tipiche del rilassamento e simili a quelle del sonno profondo) (Hirai, 1975); vi è una riduzione dell'attività metabolica; diminuisce la tensione muscolare; si regolarizza la pressione sanguigna; si rafforza il sistema immunitario e c'è una regolazione a livello della chimica del sangue (Benson, 1976). A livello psicologico, invece, Goleman (1976), importante studioso statunitense, ha indagato gli effetti della *meditazione* nel trattamento di stress e ansia, scoprendo la sua efficacia anche su molti disturbi di tipo psicologico. Meditare, infatti, diminuisce lo stato di tensione interna; aumenta e favorisce uno stato di tranquillità; aumenta le nostre capacità attentive e di concentrazione; migliora il rapporto con noi stessi; genera apertura e disponibilità nei confronti degli altri; aiuta a sviluppare uno stato mentale sereno.

Nello specifico in ambito oncologico, gli studi pionieristici del dott. Simonton (1980), oncologo e radioterapista, hanno dimostrato l'efficacia della *meditazione* addirittura su pazienti in stadio avanzato di malattia, portando alla conclusione che le emozioni, le convinzioni e gli atteggiamenti mentali possono influenzare pesantemente la salute e la qualità di vita delle persone. Simonton applicò un metodo di supporto oncologico, associato a tecniche meditative, su 159 pazienti giudicati incurabili dai medici e ciò che risultò fu che il metodo da lui utilizzato aveva aumentato da 3 a 4 volte la sopravvivenza in ben 63 pazienti, oltre ad aver portato un netto miglioramento nella qualità della loro vita.

2. Le visualizzazioni

Quanto appena detto, a proposito delle ricerche condotte da Simonton e quindi all'importanza delle nostre emozioni, convinzioni e dei nostri atteggiamenti mentali, riveste un'enorme importanza quando si parla di “visualizzazione”.

Visualizzare significa “vedere con gli occhi della mente” alcune immagini che hanno la proprietà di produrre effetti benefici.

Come scriveva Lazarus (1989): “*Se desiderate compiere qualcosa nella realtà, innanzitutto visualizzate voi stessi mentre riuscite a compierla*”. Se è vero, infatti, che l'interazione con il mondo produce immagini mentali ed emozioni, è vero anche il percorso contrario e cioè che l'induzioni di nuove immagini mentali, connesse ad emozioni particolari, può portare a nuove interazioni con il mondo aprendo opportunità in termini di benessere psico-fisico.

Partendo dal presupposto che ci sono immagini di nostri limiti o di insuccessi incorsi nella nostra vita (i quali alimentano convinzioni che a loro volta inducono l'accadimento di alcuni fatti), l'ipotesi di base - nel lavoro di visualizzazione - è che modificando tali immagini si modifichino conseguentemente anche le convinzioni e i fatti, cioè, i dati della realtà.

Questo è il motivo per cui la visualizzazione è oggi ampiamente utilizzata all'interno delle pratiche meditative ad integrazione della psicoterapia tradizionale in diversi contesti di cura, come per esempio quello del supporto psicologico a pazienti oncologici, offerto dall'U.O.C. di Psicologia Ospedaliera dell'Azienda USL di Bologna, all'interno del protocollo ArmoniosaMente.

3. Il protocollo “ArmoniosaMente”

Il protocollo *ArmoniosaMente* è ad oggi uno degli interventi più completi nel campo dell'applicazione della *meditazione* in oncologia. Si tratta di un progetto attivo ormai dal 2003, il cui responsabile è il Dottor Gioacchino Pagliaro, Direttore dell'Unità Operativa di Psicologia Ospedaliera del Dipartimento Oncologico di Bologna, presso l'Ospedale Bellaria.

Tale progetto, rivolto a donne affette da tumore alla mammella con trattamenti ancora in corso, integra tecniche meditative derivate dalla medicina tibetana con incontri formativi - informativi di tipo medico ed interventi di educazione sanitaria.

In ogni gruppo vi possono essere da un minimo di 12 partecipanti ad un massimo di 15 partecipanti ed all'interno del progetto possono essere inserite tutte le pazienti, poiché non ci sono limitazioni o vincoli dati da variabili quali l'età o il livello culturale.

ArmoniosaMente è basato su due aspetti in particolare, che si sono rivelati basilari nell'efficacia delle pratiche riguardanti la salute: la corretta informazione sanitaria e l'utilizzo di pratiche meditative.

Infatti, se da un lato è ormai evidente l'importanza che una corretta informazione sanitaria può svolgere nel creare l'adesione del paziente alle cure e nel rafforzare il suo sentimento di fiducia verso quello che sta facendo, dall'altro è ormai ampiamente dimostrato che la *meditazione* è un ottimo strumento pratico, utilizzabile dalle pazienti stesse per gestire lo stato di stress o ansia di cui spesso sono vittime.

Si è pensato di chiamare il protocollo “*ArmoniosaMente*” poiché il suo obiettivo principale è appunto quello di agire sulla dimensione mentale delle pazienti, offrendogli sia una completa informazione sanitaria sia una pratica meditativa che stimoli il loro potenziale interno di guarigione.

Il progetto si sviluppa nell'arco di undici incontri, a cadenza settimanale. Il primo incontro, con lo psicologo di riferimento, è di carattere prevalentemente introduttivo e

serve per spiegare alle partecipanti quali sono le modalità secondo cui si svilupperà il corso e quindi i due livelli sopra citati.

I sei incontri successivi, come si è detto, riguardano la parte informativa di educazione alla salute e sono tenuti da tutti i medici specialisti che le pazienti incontrano durante il loro percorso di trattamento. Il primo incontro è diretto dal senologo, che sensibilizza le pazienti ad esempio sul tema dello screening mammografico e quindi della prevenzione; nel secondo incontro le pazienti incontrano il chirurgo, che presenta loro le varie possibili tipologie di intervento chirurgico cui potrebbero essere sottoposte; il terzo incontro è diretto dall'oncologo, che mostra loro i differenti tipi di trattamento e spiega in quali casi e perché ne viene scelto uno anziché un altro; nel quarto incontro le pazienti hanno la possibilità di confrontarsi con il radioterapista che spiega l'importanza di questi trattamenti; il quinto incontro è condotto dal dietologo, che ha l'occasione di sottolineare l'importanza di una corretta alimentazione; il sesto ed ultimo incontro è tenuto da un medico specialista dello sport che, coerentemente con l'incontro precedente, rafforza l'importanza di uno stile di vita sano e di una attività motoria costante per prevenire episodi di ricaduta.

Gli obiettivi di questa prima parte quindi sono: offrire una corretta informazione sul tumore della mammella e sui trattamenti conseguenti; sviluppare un atteggiamento mentale fiducioso da parte delle pazienti nei confronti delle terapie, per poter mobilitare le loro risorse interne; consentire ai medici di potenziare la dimensione relazionale della cura, troppo spesso trascurata per problemi organizzativi e di tempo.

Gli ultimi quattro incontri sono tenuti, invece, dallo psicologo di riferimento e riguardano il percorso di *meditazione*. Partendo da un'auto-presentazione delle partecipanti per inquadrare le loro storie di malattia, le loro convinzioni sulla malattia ed i loro atteggiamenti mentali a riguardo, si procede con l'introduzione al concetto di *meditazione*. Vengono fornite le istruzioni basilari per poter poi insegnare loro un primo esercizio di presenza mentale che dovranno ripetere a casa, il maggior numero di volte possibile e fino all'incontro successivo. In quell'occasione, dopo un primo resoconto da parte delle partecipanti su come è andata la loro settimana, sulle modalità con cui hanno svolto l'esercizio e sulle eventuali difficoltà trovate, si procede con un commento dei resoconti individuali da parte dello psicologo e con l'insegnamento di una nuova parte dell'esercizio, introducendo una specifica visualizzazione. Lo stesso accade nell'incontro successivo e nell'ultimo, nel quale viene insegnata la parte conclusiva della visualizzazione, arrivando così a completare la pratica meditativa. L'ultimo incontro si chiude con un bilancio complessivo dell'esperienza da parte delle pazienti. Terminata anche questa parte di incontri settimanali si procede poi con tre incontri a cadenza mensile per offrire l'opportunità alle pazienti di continuare a trovarsi in gruppo. In questa seconda fase viene fatta anche un'indagine psicodiagnostica, somministrando il POMS (Profile of Mood Stare) durante il primo e l'ultimo incontro. Il significato in Italiano della sigla POMS è "analisi degli stati emotivi" ed infatti il test viene genericamente utilizzato per analizzare aspetti fisiologici e comportamentali ma anche soggettivi ed emotivi (come sensazioni o umori) che possono aver caratterizzato la vita del soggetto nell'ultimo periodo. E' composto da 58 item, costituiti da locuzioni o

aggettivi, che vanno a definire sei fattori in particolare: il fattore “T” (tensione-ansia) che analizza la tensione somatica osservabile dall'esterno ma anche manifestazioni psicomotorie o stati di ansia vaga e diffusa; il fattore “D” (depressione- avvilitamento) che si riferisce ad uno stato depressivo accompagnato da un senso di inadeguatezza personale ma anche a sentimenti di integrità personale, di inutilità dei propri sforzi o di isolamento emotivo; il fattore “A” (aggressività-rabbia) che va ad indagare sentimenti di rabbia intensa, aperta e manifesta ma anche sentimenti di ostilità più attenuati e nascosti; il fattore “V” (vigore-attività) che rileva lo stato di vigore, di esuberanza, di energia e di vitalità della persona; il fattore “S” (stanchezza-indolenza) che si riferisce soprattutto alla sensazione di noia, alla mancanza di forza ed infine il fattore “C” (confusione-sconcerto) che spesso rappresenta il risultato di una auto valutazione in merito alla propria efficienza cognitiva.

3.1. Dati sperimentali

A sostegno di quanto illustrato fino ad ora riportiamo alcuni dati relativi al protocollo *ArmoniosaMente* applicato, presso l'Unità Operativa di Psicologia Ospedaliera del Dipartimento Oncologico all'Ospedale Bellaria di Bologna.

Sono stati presi in considerazione otto gruppi di pazienti per un totale di 69 donne con neoplasia alla mammella, in trattamento presso l'Ospedale Bellaria e che hanno partecipato ad *ArmoniosaMente* tra Settembre 2010 e Settembre 2013.

Tutti i gruppi hanno seguito lo stesso protocollo (1 incontro introduttivo con lo psicologo, 6 incontri informativi di educazione alla salute, 4 incontri con lo psicologo sulla *meditazione* e somministrazione del POMS) però, mentre in 3 gruppi su 8, test e retest sono stati sottoposti rispettivamente nel primo e nell'ultimo incontro di *meditazione*, nei restanti 5 gruppi test e retest sono stati invece somministrati all'ultimo incontro di *meditazione* e al primo incontro di richiamo.

Innanzitutto va sottolineato come, già a conclusione della prima parte del protocollo, si sia verificato un aumento della fiducia nelle cure, un aumento della speranza nei confronti della guarigione e come sia diminuita di molto quella sensazione di ansia dovuta alla scarsità di informazioni e alla poca chiarezza su quello che si sta facendo o che si dovrà fare. Con i primi 7 incontri hanno iniziato poi ad essere sperimentati anche i primi legami interni al gruppo, che innescano sempre un forte senso di appartenenza e che interrompono il senso di isolamento percepito fino a poco tempo prima.

Dunque, dopo questa prima fase di *ArmoniosaMente*, i risultati ottenuti nei gruppi presi in considerazione possono essere così classificati: aumento della fiducia nelle cure mediche che le pazienti stanno facendo; aumento del senso di controllo sulla malattia; diminuzione del senso di confusione e smarrimento; rafforzamento della speranza nei confronti della guarigione.

Per quanto riguarda la seconda parte ci sembra possa essere utile riportare nello specifico qualche dato numerico, per poter mettere meglio a fuoco che cosa accade realmente durante il percorso. Come si è detto, nella seconda fase del protocollo viene somministrato per due volte il POMS, poiché questo consente di analizzare che cosa si modifica nelle pazienti per ognuno dei fattori che lo compongono.

Contando che il campione totale è composto da 69 donne, è emerso che: il fattore “tensione-ansia” è migliorato in 27 donne, così come anche il fattore “depressione-

avvilimento” ed il fattore “aggressività-rabbia”; il fattore “vigore-attività” è migliorato in 15 pazienti; il fattore “confusione-sconcerto” in 21 ed infine il fattore “stanchezza-indolenza” in 26. In tutti questi casi c’è stata una modificazione significativa in positivo del fattore considerato.

Va notato poi che in 18 pazienti su 69 non sono avvenute delle modifiche per nessuno dei 6 fattori e che nella grande maggioranza dei casi, i fattori che non hanno subito un miglioramento significativo sono rimasti stabili su valori già medio bassi in partenza.

Il fattore “vigore-attività” è quello che è migliorato nel minor numero di donne e che, più frequentemente rispetto agli altri fattori, ha subito anche lievi peggioramenti. Questo lo possiamo spiegare con il fatto che le pazienti che partecipano ad *ArmoniosaMente* di solito sono ancora nel pieno del loro faticoso iter terapeutico.

Su un piano più generale si può comunque affermare che, rispetto alle pratiche di *meditazione*, le pazienti si sono mostrate molto motivate ma soprattutto curiose di apprendere tecniche che potranno utilizzare loro stesse nella vita quotidiana e che potranno essere utili per il loro benessere. Infatti, accade molto frequentemente che, dopo aver colmato le lacune informative ed aver avuto risposta ai dubbi di ordine medico, le pazienti sentano proprio l’esigenza di trovare un modo per prendersi cura di sé e per ridurre le loro ansie e le tensioni. Ecco perché le pazienti si avvicinano a questa seconda fase del protocollo con grande entusiasmo.

In linea di massima, al di là dei cambiamenti specifici che avvengono nei vari fattori del POMS, è stato riscontrato che, arrivate all’ultimo incontro, le partecipanti ai gruppi condividono ormai una sensazione di calma che si espande in tutte le situazioni di vita quotidiana delle pazienti e che si connette ad un piacevole sollievo dallo stato di malessere iniziale.

Dunque, i risultati riscontrati alla fine della seconda parte di *ArmoniosaMente* sono stati: un’aumentata capacità di gestione dello stress e della paura da parte delle pazienti; una riduzione dello stato di depressione e di ansia; una migliore sopportazione di tanti effetti collaterali o dei dolori dovuti alle terapie ed un atteggiamento mentale più aperto, positivo e funzionale nei confronti dell’esperienza di malattia.

Riferimenti bibliografici

- Benson, H., Wallace, R.K. (1972), *Decreased blood pressure in hypertensive subjects who practiced meditation, supplement II to Circulation*, 45-46.
- Benson H., Klipper, M. (1976), *The Relaxion Response*, Avon, New York.
- Goleman D., Schwartz, G. (1976), Meditation and intervention in stress reactivity, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 456-466.
- Goleman, D. (1988), *La forza della meditazione*, tr.it. Rizzoli, Milano, 1997.
- Goleman, D. (1997), *Le emozioni che fanno guarire*, tr.it. Mondadori, Milano, 1998.
- Goleman, D. (2003), *Emozioni distruttive. Liberarsi dai tre veleni della mente: rabbia, desiderio e illusione*, tr.it. Mondadori.
- Hirai, T. (1975), *Meditazione Zen come terapia*, tr.it. red, Como, 1995.
- Lazarus, A. (1989), *L’occhio della mente*. Astrolabio, Roma.

- Pagliaro, G. (1993), Gli aspetti psicologici del malato oncologico, in *Attualità e prospettive in oncologia medica*, Atti del Convegno G.O.S.P.A.L., Rotalit, Chiavenna.
- Pagliaro, G. (2004), *Mente, meditazione e benessere. Medicina tibetana e psicologia clinica*, Tecniche Nuove, Milano.
- Pagliaro, G., Salvini, A. (2007), *Mente e Psicoterapia. Modello Interattivo-Cognitivo olistico*, UTET, Torino.
- Pagliaro, G. (2009), Il modello olistico della mente e la meditazione in ambito sanitario. In GRANDI M. (a cura di) *Nuove prospettive in oncologia*, Tecniche Nuove.
- Pagliaro, G. (2009), La meditazione in oncologia: la mente che cura, il corpo che guarisce, in Bottaccioli F. (a cura di) *Geni e comportamento. Scienza e arte della vita*, Red Edizioni.
- Pagliaro, G., Martino, E. (2010), *La mente non localizzata. La visione olistica e il modello mente-corpo in psicologia e medicina*, UPSEL Domeneghini Editore, Padova.
- Simonton, C., Simonton, S., Creighton J. (1980), *Getting Well Again*, Bantam Books, New York.

Entropie Cromatiche **Note per una pittura processuale**

*Laura Nicolae**

Prefazione. Spesso come accade ai veri pittori o agli scrittori, o anche ai compositori e a certi fotografi, il loro lavoro ha qualcosa di affine alla psicoterapia, motivato dal comune intento di una esplorazione affettiva e conoscitiva, ora volta a se stessi e al mondo, ora agli altri. Un lavoro di ricerca che fa dell'artista un entronauta e un semiologo. Ognuno con il proprio linguaggio e con i propri mezzi espressivi. Accade talvolta che questi entronauti/semiologi ci offrano un resoconto dei loro percorsi mentali e degli effetti che cercano di produrre su se stessi e gli altri. È per questo motivo che proponiamo alla vostra riflessione questo breve saggio introspettivo, intenso e rivelatore, scritto da Laura Nicolae, a commento delle sue belle produzioni. Un prezioso strumento per comprendere l'«espressionismo astratto» di *Entropias Cromaticas*, che altrimenti sarebbe comprensibile solo per via estetica, ma non per le soggettive ed intime ragioni che lo guidano.

Alessandro Salvini

Il testo sotto riportato è tratto dal catalogo *Entropias Cromaticas* – mostra personale di Laura Nicolae, in esposizione dal 13 Gennaio 2015 all'08 Febbraio 2015 presso l'*Instituto Cultural Peruano Norteamericano*, Lima, Perù.

Ho messo a soqquadro la mia abitudine al figurativo. La figurazione continua a rimanere, per me, un perno, partendo dal presupposto che non miro alla rappresentazione, ma all'uso del disegno o della pittura come strumento conoscitivo. Cerco di esplorare letteralmente il mondo attraverso il disegno, come se fosse un ulteriore senso ma anche un'ulteriore capacità intellettuale.

Eppure sento che è uno strumento incompleto e che cerco un modo per aderire di più, nella prassi pittorica, al mio pensiero, che cerca di essere minimamente reificante e massimamente fluido, che è strutturante in maniera funzionale e che soffre di accidenti dogmatici come un corpo soffrirebbe di artrite.

Il risultato è che sto esplorando le possibilità espressive della fluidità. Il mio intervento si limita nel predisporre e far scorrere, per poi tamponare, dirigere, aggiungere, togliere. Nelle mie intenzioni, ciò dovrebbe aderire alla mia idea di taoismo, sulla falsariga della

* *Pittrice e illustratrice, laureata in storia dell'arte.*

sinologia di François Jullien (1998):

"Invece di pretendere di mirare direttamente ed espressamente all'effetto in modo volontaristico, conviene seguire ciò che dicono in generale gli strateghi cinesi, ovvero far sì che l'effetto scaturisca sponte sua dalla disposizione preparata in precedenza - dunque indirettamente, riguardo a qualunque esito già dato. Secondo questa logica dell'immanenza non bisogna pretendere di imporre l'effetto, ma far sì che l'effetto sia condotto a dispiegarsi di per sé."

Ovviamente questa logica, ammesso che sia genuinamente orientale e non mediata dalla "traduzione" di Jullien, non mi appartiene se non per adozione. Le mie radici non possono che essere europee, anzi, bizantine (come risuonerà, credo, nella scelta delle cromie: oro, blu, viola, verde e nell'approccio ironico che ebbi, all'epoca in cui dipingevo icone, alle interpretazioni teosofico-esoteriche di questa pratica, per poterla vivere come un esercizio alchemico più che religioso).

Ho scelto di sottostare alle leggi dell'entropia, nell'accezione di processo catabolico, per dirla con le parole di Rudolf Arnheim (1989), o ancor meglio nella sua accezione etimologica, dal greco τροπή cioè "dentro", e da tropie, ossia "cambiamento, punto di svolta, rivolgimento" (o trophé, nutrimento), sul modello di energia. Diciamo che il fulcro del procedimento che adottato è la fase in cui, in seguito alla predisposizione di un ordine, tale strutturazione viene degradata per azione dell'acqua, del tempo, del mescolamento spontaneo dei pigmenti. Data la difficoltà ad accettare una destrutturazione così radicale cerco di intervenire, lungo tale processo, per ripristinare un'impronta, una forma. Il tutto si risolve in un processo quasi di ispirazione/espiazione, di potenza/atto, casualità/direzione. La difficoltà di accettare la fase di massima entropia è dell'ordine esistenziale, oltre che culturale. Credo che l'atto di dipingere questi quadri risulti parallelo al mio vissuto: tentativo, dettato dall'abitudine e dalla necessità, di ricondurre ad un ordine, ad un ritmo e ad una monotonia quella serie incontrollata ed inarrestabile di trasformazioni processuali che cerchiamo imperterriti di ricondurre a un senso, ad un'identità, ad una storia, ad una serie di eventi. Mentre, sempre Jullien docet, le trasformazioni sono silenziose e l'evenemenziale, artificiale (Jullien, 2002; 2004); tuttavia siamo culturalmente portati a ricercare dei nuclei identitari e fenomenici. In questo caso questa necessità si concretizza nella ricerca estetica della forma (e del ritmo).



*Nuvole spesse.
Alle terme: vapori.
Nessun riflesso.*

In termini comunicativi la monotonia, o meglio, la ridondanza, è povera di informazioni. Forse per rendere un apice comunicativo, un punctum, vi è bisogno di una certa dose di accidenti che rendono significativo il messaggio e lo fanno emergere dal rumore di fondo. Ma l'entropia, d'altro canto è d'impedimento alla chiarezza e univocità del messaggio; maggiore è l'entropia, maggiore è la quantità di informazione. Quindi si arriva al risultato ricercato: l'ambiguità, ovvero ciò che consente una pluralità di interpretazioni.

Tuttavia credo che non bisogna utilizzare in maniera indiscriminata terminologie quali entropia, processi catabolici e anabolici o anche ridondanza, perché sono prelevate da un contesto scientifico (fisica, teoria dell'informazione) che ha una sua coerenza concettuale, coerenza che si perde nell'atto di tradurre ed adattare questi termini in contesti quale l'arte (forse la principale critica che si può rivolgere anche allo stesso Arnheim). In questa sede lo scopo è che siano concetti suggestivi usati in senso ampio e generico. Non ho la

presunzione di incorporare e rendere evidenti questi presupposti attraverso i dipinti. Sto solo cercando di delineare quelle che sono le mie riflessioni nell'imboccare una strada.

A qualcuno di sicuro verrà in mente l'espressionismo astratto (Hess, 2011). Inutile dire che le premesse sono altre. L'espressionismo astratto si impernia su un'idea di libertà e di azione, in seguito usato per associarlo a un ideale americano che tornava comodo nel clima politico tra gli anni '40 e '60, soprattutto nel segno della guerra fredda. Ovviamente nessuna ideologia così forte è possibile oggi, per quanto il quadro generale di crisi inviti ad irrigidimenti. Attraversare il postmodernismo porta alla circospezione e all'impossibilità dell'univocità. D'altro canto entro in risonanza con ciò che John Cage, in quegli stessi anni, diceva rispetto all'inclusione del caso nella produzione artistica, all'uguaglianza tra artista e pubblico e al rapporto di scambio tra arte e vita. Ma, al di là di tutto, questo non è più tempo di indirizzi, correnti artistiche e affiliazioni. E io traggio spunti, come tutti, da tutto ciò che vedo, in un costante gioco della citazione, che oggi non fa distinzioni tra cultura alta e bassa, dalla tazza di ceramica raku alle soluzioni per l'arredamento ai muri di Venezia e alle sue acque, dalle icone bizantine all'illustrazione di libri, dai video di Bill Viola ai paesaggi di Turner, da Rothko alla vista dalla mia finestra, senza soluzione di continuità. E ciò che ometto è ugualmente incluso, o per intenzionale e significativa esclusione, o per presenza implicita.

Per definire questo trarre linfa da svariati aspetti culturali trovo calzante la definizione che dà Nicolas Bourriaud (2009) del fenomeno di moltitudine di simultanei o successivi radicamenti, nel suo *The radican*t:

*"Thus, the radican*t subject appears as a construction or montage, in other words, as a work born of endless negotiation"

Sempre Bourriaud parla di Creolizzazione, in questi termini:

"Forming an artificial, purely circumstantial cultural mix but one that is generative of singularity"

Nel valutare le varie opzioni, ad un certo punto è sorto il problema del titolo, da conferire o meno ai quadri. Sarei stata incline a non porre, programmaticamente, nessun titolo, per evitare di incanalare lo sguardo e di comprimere una realtà che voglio lasciare aperta. Ma, sotto il segno dello yugen (oscuro, imperscrutabile) e del wabi-sabi (transitorietà, imperfezione), ho optato per una concezione unitaria di testo e immagine nello spirito degli haiga. Gli haiga sono componimenti di origine giapponese, per l'appunto, che hanno la struttura di un haiku ma vengono accompagnati da un'immagine (Arena, 2001). La continuità tra pratica poetica, calligrafica e pittura, come si sa, nel contesto "orientale" è data dallo stesso sfondo, per così dire, funzionale. Da una parte sono considerate tante diverse "vie" per entrare in risonanza con il Tao, non solo per comprenderlo appieno, ma per praticarlo e "diventarlo". D'altro canto vengono utilizzati gli stessi strumenti e si fa

ricorso alla stessa messa in gioco di vuoto e di pieno, di energia ritmica. Infine, si usano gli stessi strumenti: inchiostro, carta, pennelli. I presupposti sono gli stessi in poesia e pittura, sia in quella giapponese che in quella cinese:

“Trattare la pittura nei termini della rassomiglianza formale: questa visione è piuttosto infantile; così come se, componendo una poesia, tutto è perfettamente definito, si capisce senza dubbio che non si è in presenza di un poeta.” (Su Dongpo)



*Il mare, pietra.
Anche la schiuma, sabbia.
Capelli bianchi.*

Insomma, al posto del titolo, che pare più un'appendice posticcia, un'etichetta da apporre sulla cornice, ho scelto la contiguità di questi brevi testi e ad una modalità alternativa alla tradizione occidentale di concepire l'uso della parola nell'arte. Questa scelta mi consente di rimanere al di qua di una definizione. Si tratta di un'operazione pericolosa se si considera che il rischio è di incoraggiare una lettura troppo lirica delle tele. Ci tengo a sottolineare che il testo non illustra l'immagine che accompagna. Si tratta di due vie di accesso alla fruizione, caratterizzate da un rapporto di contiguità. E' un po' come se si sorseggiasse un bicchiere di vino mentre si ascolta, per esempio, un quartetto d'archi. Le due azioni si completano e si mescolano, magari sinestesicamente, ma non hanno lo scopo di "rappresentarsi" a vicenda. Nello stesso modo in cui il quadro non rappresenta un paesaggio e il soggetto dell'haiku non descrive una stagione, ma sono entrambe intenzionate a lasciar filtrare qualcosa di più vago e indefinito, che verrà sperimentato ogni volta in modo diverso da ogni fruitore, in un'ottica indiziale. Il testo non funge da mappa, non afferma, va di pari passo.

Riferimenti bibliografici

- Arena, V. (a cura di) (2001), *Haiku*, BUR, Milano.
Arnheim, R. (1989), *Entropia e arte*, Einaudi, Torino.
Bourriaud, N. (2009), *The Radicant*, Lukas and Sternberg, New York.
Hess, B. (2011), *Espressionismo astratto*, Taschen, Bonn.
Jullien, F. (2004), *La grande immagine non ha forma. Pittura e filosofia tra Cina antica ed Europa contemporanea*, Angelo Colla Editore, Costabissara.
Jullien, F. (2002), *Il saggio è senza idee, o l'altro della filosofia*, Einaudi, Torino.
Jullien, F. (1998), *Trattato dell'efficacia*, Einaudi, Torino.

Psicoterapia e benzodiazepine

Andrea Cavallo¹

Premessa. Gli specializzandi del terzo anno della nostra scuola di psicoterapia, a completamento delle necessarie conoscenze maturate nell'ambito delle 'tossicofilie' e 'tossicodipendenze', partecipano anche ai seminari/convegni, annualmente promossi e organizzati dall'Unità operativa di medicina delle dipendenze, presso l'Azienda ospedaliera universitaria del policlinico di Verona (Centro Lotta alle Dipendenze onlus). Nel penultimo seminario/convegno è stato affrontato il problema degli usi, abusi e dipendenza dalle benzodiazepine. Sostanze psicoattive di largo impiego, con effetti spesso iatrogeni. Effetti che interessano anche lo psicoterapeuta, dovendone valutare il riflesso sui processi mentali dei suoi assistiti e sul loro comportamento. Quindi anche allo psicoterapeuta in formazione è necessaria una conoscenza di questa classe di sostanze, considerando che gran parte dei pazienti/clienti che si rivolge alla psicoterapia ha già sperimentato o sta assumendo qualche tipo di psicofarmaco, spesso e in particolare qualche tipo di benzodiazepina.

Per saggiare le conoscenze maturate in quest'ambito durante il triennio di specializzazione, e in occasione della partecipazione ai convegni/seminari promossi dal Centro Lotta alle Dipendenze di Verona, proponiamo ai nostri allievi un questionario specifico. Abbiamo scelto di pubblicare quello elaborato dal nostro dott. Andrea Cavallo.

Andrea Cavallo

Scuola di specializzazione in Psicoterapia Interattivo-cognitiva

1. Rispetto alle nozioni che sono già in vostro possesso questo Convegno, (a) in che misura ha ampliato le vostre conoscenze e (b) quali riflessioni vi ha suggerito rispetto al rapporto tra il trattamento farmacologico e la psicoterapia dei disturbi d'ansia.

Un primo aspetto che mi ha molto colpito deriva dalla presentazione dei dati epidemiologici dei numerosi relatori; in particolare due aspetti mi hanno dato una consapevolezza che prima non avevo: i) oggi le benzodiazepine (BDZ) sono tra gli psicofarmaci più prescritti al mondo, ma soprattutto; ii) la fortissima prevalenza nel consumo di BDZ nella popolazione anziana (Figura 1).

¹*Psicologo, psicoterapeuta, specializzato presso la Scuola di specializzazione in Psicoterapia Interattivo-Cognitiva di Padova.*

FIGURA 1. Consumo ed esposizione a farmaci del SNC in Italia nel 2011.



Nella figura, presentata al congresso, si può notare come l'esposizione a farmaci che agiscono nel SNC sia già considerevolmente elevata nella fascia di età 15-24 anni, ma subisca un incremento progressivo e sempre più accentuato con il crescere dell'età (DDD= dailydefined dose; ovvero la dose media giornaliera nell'adulto definita dall'OMS).

La riflessione maggiore che questi dati mi hanno suggerito è che, prendendo una fascia d'età tra i 25 e i 65 anni (ovvero probabilmente quel range entro il quale può essere compresa la quasi totalità di adulti che si rivolgono allo psicoterapeuta) si scopre che oltre il 15% di questa popolazione assuma farmaci psicoattivi. Se poi si considera che tipicamente il farmaco viene assunto da persone in una situazione di difficoltà (affettiva, sociale ecc) e che sono proprio queste le persone che tipicamente si rivolgono ai servizi in generale e allo psicoterapeuta in particolare, la mia deduzione è che in quanto specializzando in psicoterapia, dovrò necessariamente mettere in conto che una altissima percentuale di persone che si rivolgeranno a me, saranno persone già assuntrici di psicofarmaci.

Gli obiettivi quindi dello psicoterapeuta dovranno quindi necessariamente essere molteplici. Sarà necessaria innanzitutto una adeguata formazione riguardo ai meccanismi fisiologici di azione (farmacocinetica e dinamica) degli psicofarmaci per poter anche svolgere un ruolo di 'informatore' nei confronti del cliente. Questa riflessione deriva proprio dal convegno di Verona, durante il quale è emerso che non ha alcuno scopo terapeutico prescrivere una BDZ per più di 6-7 settimane, proprio perché oltre quel periodo, la BDZ cessa di avere efficacia sui recettori GABA mantenendo solamente un effetto di piacevolezza (per l'azione dopaminergica). Credo quindi che dipenda anche un po' dalla ragione che porta la persona ad assumere BDZ.

Se la logica è ad ampio raggio e generalizzata del tipo: “la prendo perché mi fa star bene” allora credo che ci possa essere ampio spazio di manovra per lo psicoterapeuta, soprattutto per agire sulle costruzioni di senso e significato. Se invece la logica è “la prendo da tre giorni perché non potevo più uscire di casa”, allora credo che forse, e ribadisco forse, non sia funzionale pensare ad una psicoterapia che cerchi di ‘liberare’ il cliente dal farmaco.

2. Indicare in modo succinto e schematico la progressione delle conoscenze sul meccanismo di azione delle BDZ e gli ambiti di prescrizione sempre più estesi (i problemi per cui sono prescritte con maggiore frequenza).

La maggior parte delle benzodiazepine (BDZ) agiscono mediante un legame specifico con i recettori GABAergici. Il GABA appartiene alla classe dei neurotrasmettitori con effetti inibitori sul sistema nervoso centrale (SNC). In particolar modo esso agisce inibendo l'eccitabilità neuronale, aprendo selettivamente i canali del cloruro della membrana neuronale (principio di ‘conduttanza transmembrana degli ioni cloruro’). Il legame della BDZ ai recettori GABA permette perciò di potenziare e facilitare la conduttanza del cloruro, favorendo così l'inibizione sinaptica.

3. Quali sono le nozioni più importanti di farmacologia per uno psicoterapeuta che debba capire e rendersi conto degli effetti delle BZD sui processi cognitivi e il comportamento?

L'elemento importante, emerso anche durante la conferenza, riguarda l'effetto farmacologico della BDZ. Infatti, oltre ad un effetto ansiolitico, le BDZ hanno l'effetto (più o meno potente a seconda della composizione) di generare confusione mentale e amnesia, contrazioni muscolari involontarie e tremore (dovute al coinvolgimento dei motoneuroni alpha) e convulsioni. Un altro aspetto di notevole rilevanza che lo psicoterapeuta ha bisogno di considerare riguarda i fenomeni di tolleranza e dipendenza. Infatti i segni di sospensione tendono ad essere abbastanza marcati soprattutto nei giorni immediatamente successivi alla sospensione del farmaco e comprendono principalmente un ritorno dei sintomi per i quali il farmaco era stato inizialmente prescritto, talvolta in forma più intensa (rimbalzo). Il rimbalzo tende a manifestarsi in forma di insonnia, irrequietezza, irritabilità e tensione muscolare.

4. In quali casi l'uso prudente delle BDZ, seppur importante nel trattamento di vari quadri sintomatologici, è da considerarsi integrativo rispetto alle terapie psicologiche?

Le BDZ sono tutt'oggi considerate ‘tranquillanti minori’ ma, nonostante ciò, sembra ampiamente dimostrato la completa perdita di effetto nel lungo termine. Al convegno di Verona è emerso che, un trattamento che vada oltre le 6-7 settimane non possa più essere considerato un trattamento ansiolitico. E' emerso infatti da numerosi dei contributi presentati come, oltre le 6 settimane, l'effetto delle BDZ sia esclusivamente un effetto ‘gratificante’ dovuto in gran parte legame delle moderne BDZ con recettori dopaminergici. In ogni caso, per lo psicoterapeuta potrebbe essere utile inserire le BDZ (per brevi periodi) ad integrazione della terapia nei casi in cui lo stato psicofisico del

cliente sia completamente debilitante per le attività di vita quotidiana (e.g. il lavoro, i rapporti interpersonali ecc.)

5. Per quali motivi (e secondo quali indicatori) potete ritenere che il vostro assistito in terapia possa presentare gli effetti crociati tra l'assunzione delle BDZ prescrittegli dal medico e l'ingestione di alcol anche in modiche quantità? In che misura e perché vi spetta segnalargli i gravi rischi a cui espone se stesso e gli altri se...?

Gli effetti di un farmaco possono modificarsi notevolmente in seguito alla concomitante somministrazione di un altro farmaco o un deprimente del SNC come l'alcool. Infatti, come indicato nel testo 'Droghe e farmaci psicoattivi', "l'alcool preso dopo che è stato assunto un sonnifero o un ansiolitico farà aumentare la sedazione e la perdita della coordinazione. Questa azione avrà conseguenze modeste se le dosi di ciascuna sostanza sono basse [...], ma dosi più elevate di una o entrambe possono essere pericolose sia per chi le usa, sia per gli altri". Durante il convegno di Verona è emerso che le complicazioni più temibili degli effetti crociati tra BDZ e altri farmaci riguardano l'incremento di episodi di overdose, la comparsa di importanti forme di astinenza e l'aumento della probabilità di sviluppare altre forme di abuso e dipendenza. Ne deriva che per lo psicoterapeuta diventa necessario informare il cliente sulla pericolosità del poliabuso di sostanze, sia per il cliente stesso che per la comunità (e.g. un utilizzatore di BDZ e alcool potrebbe rappresentare un pericolo molto concreto per sé e per gli altri qualora si mettesse, per esempio, alla guida)

6. Quali sono gli effetti del cosiddetto effetto "rimbalzo" che si accompagna all'uso di BDZ a emivita breve o prolungata? Quali effetti nel caso della loro sospensione repentina?

Il 'rimbalzo' si riferisce alla situazione in cui, in seguito alla sospensione non graduale di un farmaco, si verifica un repentino ritorno in forma più intensa dei sintomi per i quali il farmaco veniva somministrato. E' stata inoltre dimostrata una forte correlazione tra la durata di azione di un farmaco e la velocità di insorgenza dei sintomi da sospensione, la quale sarà tanto più rapida quanto più breve è l'azione del farmaco. Nel caso delle BDZ il rimbalzo tende principalmente a presentarsi in forma di irrequietezza, insonnia, tensione muscolare, irritabilità e agitazione.

7. Qual è il meccanismo d'azione che porta a instaurarsi una condizione di "tolleranza"?

Come da definizione, la tolleranza può essere definita come uno stato di responsività progressivamente decrescente a un farmaco (Julien, 1997). Il libro 'Droghe e farmaci psicoattivi' individua tre principali meccanismi implicati nello sviluppo della tolleranza. Due di essi sono definiti come meccanismi farmacologici e riguardano: i) la 'tolleranza metabolica' che prevede che la presenza di farmaci nel sangue che perferisce il fegato induca la sintesi degli enzimi epatici farmaco metabolizzanti implicati nel metabolismo dei farmaci. A causa di questa induzione, i farmaci verrebbero metabolizzati con una velocità maggiore. Sarà quindi necessaria una dose sempre maggiore di un farmaco per mantenere nell'organismo lo stesso livello di farmaco. Il secondo tipo di tolleranza

è ii) la 'tolleranza da adattamento cellulare' e prevede che siano i recettori all'interno dell'encefalo ad adattarsi alla continua presenza di un farmaco. In questo modo sarebbero perciò i neuroni ad aumentare il proprio numero di recettori (o riducendo la loro sensibilità al farmaco). Conseguenza di questo processo sarà quindi la necessità di una quantità sempre maggiore di farmaco per mantenere lo stesso effetto biologico. Infine, il terzo meccanismo è quello di iii) 'condizionamento comportamentale' e si basa sull'osservazione secondo cui l'esposizione dei farmaci ai recettori non spieghi la tolleranza che molte persone sviluppano per gli oppiacei o i barbiturici. Il meccanismo di condizionamento comportamentale prevede quindi che la tolleranza si sviluppi in quelle situazioni in cui il farmaco viene somministrato nel contesto degli usuali segnali prefarmaco ma non in contesti alternativi.

8. Sapresti indicare gli effetti crociati, inutili e tossici, tra vari farmaci psicoattivi che sono prescritti per le più svariate forme di disagio mentale o dei comportamenti indesiderati?

Il fenomeno della reattività crociata si riferisce ad una reazione, in gran parte indipendente dalla dose di farmaco assunta, che deriva dall'assunzione di farmaci con una struttura chimica simile o con un simile meccanismo d'azione. Si tratta di un fenomeno molto diffuso soprattutto a causa della moderna farmacologia che ha portato ad un forte aumento nella produzione di farmaci con simile struttura chimica. Gli effetti che si presentano come conseguenza di questo fenomeno sono molteplici e di varia gravità e possono comprendere gravi allergie, disturbi a carico delle cellule del sangue, tossicità a carico del fegato o dei reni.

9. In che misura e perché l'uso del Lorazepam (Tavor) o del Diazepam (Valium) usato per far dormire ad esempio gli anziani, può provocare forme di pseudodemenza in questi ultimi e disfunzioni cognitive in genere?

Questi fenomeni si verificano poiché, con l'aumentare dell'età, si ha una forte riduzione della capacità di metabolizzare BDZ come Lorazepam e Diazepam (le quali hanno azione prolungata) e i loro metaboliti attivi. Gli anziani quindi possono sviluppare una profonda e persistente demenza poiché l'emivita di eliminazione di una BDZ può spesso superare i 10 giorni. Ne deriva che, essendo necessarie 6 emivite perché l'organismo si liberi completamente di un farmaco, in un anziano ci vorranno circa 60 giorni perché ne scompaia ogni traccia, persino dopo una dose singola di BDZ.

10. Quante emivite ci vogliono perché l'organismo si liberi completamente da un farmaco? Perché questa nozione è così importante per valutare gli effetti attesi e quelli collaterali delle BDZ?

Il concetto di emivita si riferisce al tempo necessario perché la distribuzione del farmaco riduca del 50% il livello massimale di azione del farmaco stesso. Ne deriva che, a seconda dell'emivita, l'organismo impiega un tempo variabile per liberarsi completamente di un farmaco. Per far sì che il paziente possa essere considerato libero dal farmaco sono necessarie 6 emivite (che corrispondono alla perdita del 98% dell'effetto del farmaco)

11. Avete degli argomenti in difesa delle BDZ? In che misura e in quali casi possono aiutare o coadiuvare una psicoterapia?

Come già espresso alla risposta 1 e alla risposta 4, non è in alcun modo possibile negare l'effetto fisiologico delle BDZ ma, in parallelo, e come appreso durante i primi 3 anni di scuola, non è in alcuno modo possibile pensare che la fisiologia sia la risposta al benessere delle persone. Quindi, come già ribadito, la mia riflessione è che per lo psicoterapeuta potrebbe essere utile 'utilizzare' il fatto che il cliente assuma le BDZ (per brevi periodi) se il suo stato psicofisico gli impedisce di far fronte alle comuni attività di vita quotidiana (e.g. il lavoro, i rapporti interpersonali ecc.), ma allo stesso tempo il terapeuta dovrà porsi come obiettivo quello di intervenire sui linguaggi utilizzati del cliente per descriversi in modo da favorire una sorta di cambiamento narrativo che possa permettergli di raccontare una storia di benessere in cui non necessariamente è presente il ricorso al farmaco.

12. Perché la somministrazione senza consenso di psicofarmaci, come può avvenire in un pronto soccorso o come prassi ospedaliera abituale, può essere configurata come un abuso e potrebbe essere rilevante da un punto di vista penale?

La costituzione Italiana prevede che qualsiasi somministrazione di farmaci, e quindi non solo gli psicofarmaci, senza il preventivo consenso dell'adulto (o di chi esercita la potestà sul minore) preclude la liceità dell'attività sanitaria, costituendo quindi reato. Infatti, il malato deve essere messo nella condizione di decidere se vuole essere curato per una malattia ed ha il diritto di conoscere tutte le informazioni riguardanti un particolare trattamento farmacologico.

E' in particolare l'articolo 32 della Costituzione italiana a sancire che "nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge, in sintonia con il principio fondamentale della inviolabilità della libertà personale".

Ci sono però alcune eccezioni all'obbligo del consenso informato e riguardano: i) situazioni nelle quali la persona malata esprima esplicitamente la volontà di non essere informata; ii) situazioni, definite di consenso presunto, in cui le condizioni del paziente siano talmente gravi e pericolose per la sua vita da richiedere un immediato intervento di necessità e urgenza indispensabile; iii) situazioni, definite di consenso implicito, che riguardano le così dette cure di routine e; iv) i trattamenti sanitari obbligatori (TSO) quando tutti i tentativi volti ad ottenere un consenso del paziente alle cure siano falliti. Quest'ultimo punto solleva molti interrogativi poiché il TSO incide drammaticamente sulla libertà individuale e, di fatto, il rischio è che siano le autorità amministrative ad avere un potere decisionale troppo elevato.

SCIENZE DELL'INTERAZIONE

Rivista di psicologia clinica e psicoterapia

NORME PER GLI AUTORI

Scopo. Scienze dell'Interazione – Rivista di psicologia clinica e psicoterapia – pubblica lavori di ricerca e contributi teorici inerenti alle applicazioni cliniche e alle metodologie operative adottate: *a)* in ambito psicologico e psicoterapeutico, con il singolo e con i gruppi, *b)* nel lavoro con i contesti (istituzionali, organizzativi, territoriali e formativi); *c)* nei nuovi campi di intervento resi accessibili dal modello interazionista.

Aspetti formali. Gli articoli devono essere originali e scritti in ottimo italiano. Possono essere segnalati per la traduzione anche contributi già editi ritenuti di particolare interesse scientifico e culturale; la Rivista si riserva di richiedere le dovute autorizzazioni.

Ogni contributo dovrà essere suddiviso in sezioni, se necessario sottosezioni, che ne rendano più chiara l'articolazione. In particolare, gli articoli di ricerca dovranno contenere una precisa introduzione teorica relativa ai problemi trattati, alla quale seguiranno sezioni riguardanti il metodo, i risultati, le interpretazioni dei dati e le conclusioni.

Il testo degli articoli deve essere inviato come “documento di word”, non usando formattazioni automatiche, per consentire la corretta impaginazione seguendo i criteri della Rivista. Le tabelle devono essere inviate in un file separato, indicando nel testo dell'articolo il punto in cui vanno inserite.

Riassunto. Ciascun contributo dovrà essere accompagnato da un riassunto in italiano e in inglese di massimo 500 battute.

Riferimenti bibliografici

a) I riferimenti bibliografici del testo daranno indicazione solamente del cognome degli autori, dell'anno di pubblicazione e delle eventuali pagine citate: ad es. “... gli aspetti della validità concorrente e predittiva di alcuni reattivi sono stati studiati da Rubini (1977)...” oppure “la consistenza fattoriale del P.M. 38 è singolare (Rubini, 1977)”; oppure nel caso di citazione diretta: “Assai problematica è invece la possibilità che i test, qui presi in esame, aiutino nella previsione del rendimento scolastico” (Rubini, 1977, p. 217). Nel caso di lavori in collaborazione, se gli autori sono due si indicherà, ad es. Smith e Rauch (1967), oppure (Smith, Rauch, 1967). Se essi sono più di due, la prima volta compariranno tutti i nomi, mentre nelle successive si potrà far seguire al primo nome l'abbreviazione *et al.* Nel caso di più opere dello stesso autore edito nel medesimo anno, si useranno le indicazioni *a*, *b*, *c*, ecc.: ad es. Salvini (1988a) e Salvini (1988b);

b) i lavori citati saranno riportati alla fine dell'articolo (Riferimenti bibliografici), seguendo l'ordine alfabetico e anche cronologico nel caso di opere dello stesso autore. Non si devono usare abbreviazioni. Riportiamo alcuni esempi:

Bonnes M. (1988), *Mascolinità e femminilità*, in G.V. Caparra, (a cura di), *Personalità e rappresentazioni sociali*, Nuova Italia Scientifica, Roma, pp. 190-209.

SCIENZE DELL'INTERAZIONE

Rivista di psicologia clinica e psicoterapia

1-2, 2014

Goffman E. (1961), *Asylums*, Doubleday, New York; tr. it. *Asylums*, Einaudi, Torino, 1968.

Job R., Rumati R. (1984), *Linguaggio e pensiero*, Il Mulino, Bologna.

Segal Z.V., Vella D.D. (1990), Self-schema in major depression: Replication and extension of a priming methodology, *Cognitive Therapy and Research*, 14 (2), 161-176.

Norme per l'invio degli articoli. Gli articoli vanno inviati via mail all'indirizzo psicopraxis1@gmail.com, indicando in oggetto "proposta per la pubblicazione" e inserendo i dati di presentazione e contatto dell'Autore (nominativo, ente di appartenenza, indirizzo, recapito telefonico e mail). Al fine di valutarne la validità scientifica e l'aderenza alle norme redazionali, i contributi inviati vengono sottoposti ad una prima valutazione dell'Editor e successivamente inoltrati per una *peer review* da parte di due revisori scelti tra studiosi, ricercatori e professori universitari di affermato prestigio nazionale o internazionale. Il parere favorevole/sfavorevole alla pubblicazione o gli eventuali suggerimenti di modifica necessari a completare la procedura di revisione vengono comunicati direttamente agli autori tramite mail.

Rivista edita dalla Scuola di specializzazione
in Psicoterapia Interattivo-Cognitiva di Padova

Scuola di specializzazione in Psicoterapia Interattivo-Cognitiva

Via Longhin, 83 – 35100 Padova

Tel./Fax 0497808204

Email: info@ist-psicoterapia.it

Sito: www.psicoterapiainterazionista.it