

INDICE

Introduzione

Ai confini dell'amore (Aldo Carotenuto)

Estratto: é proprio la vicinanza dei sentimenti, il legame profondo che unisce due persone, a mobilitare contemporaneamente sentimenti opposti, accomunati dalla medesima intensit  di vissuti, ma separati dall'abisso delle circostanze. é cos  che possibile, persino, amare ed odiare al tempo stesso .

L'approccio alla psicosomatica Tra gestalt e psicologia analitica (Mario Mengheri- Riccardo Zerbetto)

Estratto: Il processo psicoterapico pu  essere inteso come una progettazione e messa in atto di momenti pedagogici, ovvero un intervento su processi cognitivi, partendo da comportamenti acquisiti che disturbano oltre che noi stessi, l'altro cui ci rapportiamo, per riadattarli alle necessit  del presente nel momento relazionale. Proprio in questa situazione l'enfasi posta sull'hic et nunc dalla teoria della Gestalt acquista tutta la sua pregnante importanza. Seguendo la Psicologia Analitica , il Senso a cui si fa cenno in questo contributo, va inteso come orizzonte al cui interno ognuno fissa determinati significati ove esprime la propria esistenza. I presupposti teorici e clinici di C.G. Jung con quelli di F. Perls rappresentano il coagulo di una visione diversa e meno sofferente della vita. Sotto questo profilo le diverse malattie mentali possono essere lette come altrettante modalit  in cui il soggetto si rivela incapace di conferire "significato" all'esistenza e al mondo che ad essa si presenta.

Psicologia e salute (Francesco Lamioni)

Estratto: Il concetto di salute, riletto alla luce del rivoluzionario paradigma epistemologico introdotto da Engel alla fine degli anni settanta, viene a coincidere per l'Organizzazione Mondiale della Sanit  con uno stato di benessere fisico, psicologico e sociale. Ci  introduce una nuova prospettiva d'intervento sanitario, che non si esaurisce in un'azione di prevenzione primaria, ma si cimenta in un tentativo di promozione di un miglior stato di salute della persona. Questa sembra dover essere una delle principali sfide del futuro nella sanit  mondiale. In ambito psicologico, chi pi  di altre mostra interesse a raccogliere tale sfida la neonata branca Psicologia della Salute , la quale, attingendo alle conoscenze della psicologia sperimentale (e neuroscienze), psicofisiologia clinica, psicosomatica, psicologia sociale e delle organizzazioni, realizza interventi psicoeducativi volti alla promozione della salute del singolo come della comunit .

Neuropsicologia e sclerosi multipla dall'assessment alla riabilitazione (Giammarco Bonsanti)

Estratto: Negli ultimi dieci anni la valutazione dei deficit cognitivi associati alla SM sta aprendo nuove prospettive sulle possibilit  riabilitative e contribuendo al miglioramento della qualit  di vita dei soggetti. La nostra esperienza allo stato attuale si propone un contributo pratico nel miglioramento dei servizi e della QOL dei soggetti con sclerosi.

Il ruolo dei fattori emotivi e sociali nel ricordo. La ricerca di Frederic Charles Bartlett (Fabio Bani)

Estratto: Il presente lavoro intende illustrare il contributo del ricercatore inglese nello studio dei processi cognitivi attraverso la produzione del primo Bartlett. Negli studi giovanili si evidenzia, soprattutto, l'importanza che i fattori sociali ed emotivi rivestono nei risultati come nella metodologia degli esperimenti effettuati da Bartlett in laboratorio. L'obiettivo principale che egli si pone di dimostrare che i meccanismi psicologici legati al comportamento, tradotti in termini di tendenze, intese come indicatori interni o suggerimenti direzionali, sono gli stessi in ogni stadio dello sviluppo sociale e che solo l'influenza dell'ambiente esterno complica e modifica il comportamento dell'individuo.

Con le famiglie nei Servizi educativi per la prima infanzia (Lilia Bottigli)

Estratto: Come l'accoglienza delle famiglie oltre il ruolo di utenti sta cambiando i Servizi dell'infanzia del Comune di Livorno in centri di orientamento educativo che promuovono una funzione genitoriale condivisa e diffusa che, propria di una mente adulta, la prima prevenzione degli abusi di ogni tipo all'infanzia.

L'esperienza dolore al di là dell'evento nocizione (Medena Masini)

Estratto: Secondo la nuova prospettiva bio-psico-sociale, anche l'esperienza dolore diventa un evento multidimensionale che coinvolge l'individuo globalmente: dal suo stile di vita, al suo contesto, dal suo percorso evolutivo, alla sua forma comunicativa e relazionale. La valutazione e i significati che l'individuo attribuisce al dolore saranno caratteristiche chiave nel far fronte alla malattia, elementi preziosi di un approccio integrato sia alla diagnosi che alla cura.

Euro: gli aspetti psicologici (Mario Mengheri)

Poesie

Introduzione

Pur osservando e vivendo la gioia della vita, il nostro programma è fare della sofferenza psichica e corporea un momento centrale della nostra attenzione e ricerca. Aiutare chi non ha avuto i mezzi, i tempi, le possibilità, la tranquillità per avvicinarsi alla psicologia, alle relazioni con se stesso e con gli Altri da lui. Non vogliamo collocarci in un progetto di antipsichiatria ma in un progetto di prevenzione dei disturbi psichici, psichiatrici e delle dipendenze.

Troppo spesso si ha purtroppo la sensazione che la psicopatologia non sia importante. Sembra ci si dimentichi che, di solito, molto tempo prima di divenire un soggetto affetto da disturbi psichiatrici o da dipendenze, la stessa persona attraversa un importante disagio. Durante, e trascorso questo tempo, che di solito appare più breve di quello che in effetti risulta, la mente non regge più e il disagio diviene una manifestazione così importante da doversi collocare tra i gravi disturbi dell'umore e della personalità, conclamandosi, in alcuni casi, anche con anoressia, narcisismo, psicosi, eccetera.

La mente soffre col corpo e forse, per dirla con Wilhelm Reich, un massaggio dell'anima potrebbe aiutarci a vivere una vita possibile. Mi vengono in mente frasi come: blocco energetico, frammentazione organismica, linguaggio del corpo, corazza caratteriale, il precipitare dei pensieri nel corpo. Siamo nel vivo della psicosomatica.

Il principio che ha sempre ispirato e ispirerà il nostro impegno, anche attraverso questa rivista, è quello di confrontarci con gli argomenti che di volta in volta affronteremo, in una prospettiva di integrazione, cioè, non rigidamente settoriale e tanto meno riduttiva. Impresa non facile, sempre a rischio di conflittualità mimetiche oltre che della scomunica da parte di chi fa del proprio sapere e della propria prassi un hortus conclusus e assoluto.

Ringraziamo fin d'ora i colleghi che si avvicineranno all'AIRP o comunque a questa rivista, e prima di loro a coloro che, con grande generosità e competenza, già si sono resi partecipi e i cui contributi (selezionati) compaiono in questo numero.

Il primo lavoro "*Ai confini dell'amore*" è di Aldo Carotenuto. Curioso, ma interessante è che già 22 anni fa il Presidente dell'AIRP recensì il volume di Carotenuto "Diario di una segreta simmetria" dell'Astrolabio. Scrive oggi l'Autore: "È proprio la vicinanza dei sentimenti, il legame profondo che unisce due persone, a mobilitare contemporaneamente sentimenti opposti, accomunati dalla medesima intensità di vissuti, ma separati dall'abisso delle circostanze". Nel volume, che consigliamo di leggere o rileggere, si parla di un ampio carteggio autografo tra Jung, Sabina Spielrein e Freud. Il qui presente lavoro è stato chiesto dalla redazione a Carotenuto visto quanto, nel conscio collettivo, il film "Prendimi l'anima", del regista Roberto Faenza, ha consentito di riflettere e discutere: non meno di quanto avvenne quando allora il volume si presentò nelle librerie. Tra i vari temi quello del transfert e controtransfert, tutt'oggi importante

e attuale, fornisce un buon materiale per riflessioni tale da meritare la nostra attenzione e, quando diciamo “nostra”, non intendiamo solo riguardo agli addetti ai lavori. Il film non può essere neutro poiché per la psiche, a rigore, nulla è neutro: tutto è testimonianza di maggiore o minore coinvolgimento. Il film non è neutrale certo per coloro che operano nel campo psicoterapico o analitico, questo ci ha indotto a parlarne. Se le ombre non possono divenire luci, che almeno si possano vedere e divenire, con la presa di coscienza, più tenui. Col secondo contributo, di Mario Mengheri e Riccardo Zerbetto ci è consentito di studiare l’approccio alla Psicosomatica tra Gestalt e Psicologia Analitica: “comportamenti acquisiti che disturbano oltre che noi stessi, l’altro cui ci rapportiamo, riadattandoli alle necessità del presente nel momento relazionale. Proprio in questa situazione l’enfasi posta sull’*hic et nunc* dalla teoria della Gestalt acquista tutta la sua pregnante importanza”. Della Psicologia Analitica si fa cenno e il Senso, di cui in questo contributo, “va inteso come orizzonte al cui interno ognuno fissa determinati significati ove esprime la propria esistenza”. Il terzo lavoro è di Francesco Lamioni. Esso ci aiuta a riflettere sul concetto di salute, riletto alla luce del rivoluzionario paradigma epistemologico introdotto da Engel alla fine degli anni settanta. Esso, scrive Lamioni, “viene a coincidere, per l’Organizzazione Mondiale della Sanità, con uno stato di benessere fisico, psicologico e sociale. Ciò introduce una nuova prospettiva d’intervento sanitario, che non si esaurisce in un’azione di prevenzione primaria, ma si cimenta in un tentativo di promozione di un miglior stato di salute della persona. Questa sembra dover essere una delle principali sfide del futuro nella sanità mondiale. In ambito psicologico, chi più di altre, mostra interesse a raccogliere tale sfida è la neonata branca Psicologia della Salute, la quale, attingendo alle conoscenze della psicologia sperimentale (e neuroscienze), psicofisiologia clinica, psicosomatica, psicologia sociale e delle organizzazioni, realizza interventi psicoeducativi volti alla promozione della salute del singolo come della comunità”.

Con Giammarco Bonsanti s’intraprende un percorso di neuropsicologia e sclerosi multipla dall’*assessment* alla riabilitazione vedendone le attuali prospettive che ne incentrano il miglioramento della qualità di vita dei soggetti proponendo “un contributo pratico nel miglioramento dei servizi e della QOL dei soggetti con sclerosi”.

Fabio Bani affronta un tema teorico importante: il ruolo dei fattori emotivi e sociali nel ricordo. Con questo scritto s’intende illustrare il contributo del ricercatore inglese nello studio dei processi cognitivi attraverso la produzione del primo Bartlett. Degli studi giovanili si evidenzia, soprattutto, l’importanza che i fattori sociali ed emotivi rivestono nei risultati come nella metodologia degli esperimenti effettuati da Bartlett in laboratorio. L’obiettivo principale, osserva Bani, in Bartlett, è quello di “dimostrare che i meccanismi psicologici legati al comportamento, tradotti in termini di «tendenze», intese come

indicatori interni o suggerimenti direzionali, sono gli stessi in ogni stadio dello sviluppo sociale e che solo l'influenza dell'ambiente esterno complica e modifica il comportamento dell'individuo".

Lilia Bottigli si confronta su un tema particolarmente caro all'AIRP, quello delle rapporto Genitori e Figli e nello specifico quello delle famiglie nei Servizi educativi per la prima infanzia. Viene promossa, oltre l'accoglienza e il nuovo ruolo delle famiglie nei servizi dell'infanzia, la funzione genitoriale e "la prevenzione degli abusi di ogni tipo all'infanzia".

Con Medena masini viene la nuova prospettiva bio-psico-sociale dell'esperienza dolore al di là dell'evento nocicezione. Secondo quest'approccio, scrive Masini "anche l'esperienza dolore diventa un evento multidimensionale che coinvolge l'individuo globalmente: dal suo stile di vita, al suo contesto, dal suo percorso evolutivo, alla sua forma comunicativa e relazionale. La valutazione e i significati che l'individuo attribuisce al dolore saranno caratteristiche chiave nel far fronte alla malattia, elementi preziosi di un approccio integrato sia alla diagnosi che alla cura".

Con le poesie di Elena Romeo Maltinti e Gianfranco Lippi, le recensioni del prestigioso volume di Aite sul "Gioco della sabbia" e quella dei cari amici e colleghi di Perugia, Carlo e Rita Brutti, che ci consentono d'intersecare il diritto con la psicoanalisi, segue, a conclusione di questo numero, la promozione delle attività che l'AIRP svolgerà nel 2003.

La Redazione

Aldo Carotenuto

Ai confini dell'amore

Estratto

È proprio la vicinanza dei sentimenti, il legame profondo che unisce due persone, a mobilitare contemporaneamente sentimenti opposti, accomunati dalla medesima intensità di vissuti, ma separati dall'abisso delle circostanze. È così che è possibile, persino, amare ed odiare al tempo stesso.

Alla base dell'umano sentire esiste, forse, la consapevolezza della solitudine cui ogni uomo è, per sua natura, costretto. La singolarità del suo essere, l'impossibilità di non avvertire il peso della propria individualità rispetto al contesto più ampio, fanno, però, anche avvertire l'esigenza di stringere un legame che, non soltanto ci avvicini ad altri universi umani, ma che, in qualche modo, ci allontani dalla solitudine. La solitudine esistenziale, se guardata nella sua interezza, non è la forma di vita più adeguata. Da questo bisogno primario che fa dell'uomo un 'animale sociale', quasi per necessità, nasce anche una parte dell'amore. O meglio, su questo terreno si innesta una delle maggiori motivazioni non solo dell'innamoramento in quanto tale, quanto soprattutto dell'ostinazione con la quale molte persone proseguono nel portare avanti relazioni a volte impossibili. E queste sono le basi anche dell'altrettanto ostinata ricerca da parte di alcuni di un rapporto ad ogni costo: quasi una coazione a ripetere che ci rende impossibile convivere con noi stessi. Un'affannosa ricerca di un Altro che con la sua sola presenza possa alleviare un silenzio interiore pericoloso e inquietante. Ma quanto più questo silenzio viene allontanato, tanto più esso si nutre di ombre e fantasmi maggiormente terribili, dando vita ad una

spirale che impone la necessità di allontanare, a qualsiasi costo, la possibilità di confrontarsi con se stessi. Il che, spesso, influisce negativamente sulla scelta dell'oggetto del nostro interesse.

È, infatti, a volte, quasi soltanto il bisogno di "un" altro, più che dell'altro, a spingere l'uomo a legarsi, a costruire rapporti sentimentali che risultano, pertanto, al loro nascere già artificiosi. Ciò ci fa credere e ipotizzare che in molti rapporti tormentati e difficili, che appaiono infiniti, ma che nascono tante lacrime - così come in quegli amori che nascono e si consumano in un lasso di tempo tanto esiguo da apparire della consistenza di un soffio - vi è, forse, proprio un problema di basi. Di costruzione, di presupposti.

E se è vero che ogni rapporto, ogni ipotesi, ogni tesi, ogni costruzione teorica, ma anche ogni atteggiamento di vita, ogni comportamento volto all'azione nasca da un preciso assetto di motivazioni, cause e presupposti, ciò vale nei legami sentimentali ancor di più.

Potrebbe apparire paradossale ciò che espongo - che cioè proprio quando sono in gioco i sentimenti più irrazionali e inspiegabili, siano invece fondamentali le motivazioni che ne sanciscono l'esistenza - eppure proprio questo incide sull'evoluzione, sullo strutturarsi e sull'esito della relazione stessa, più di quanto si immagini. Finendo, poi, col condizionare, a volte pesantemente, la vita stessa degli attori che sono coinvolti sul teatro delle passioni.

Esiste, infatti, un amore letterario, o favolistico, o, ancor più, 'ideale e idealizzato', ma esistono anche, e questi ci capita di incontrare nelle nostre strade di vita, degli amori reali, e, pertanto, imperfetti.

Gli amori che viviamo, non senza angoscia, cioè, non senza lacrime, e con sorrisi altrettanto profondi del profondo scoramento che a volte li accompagna, posseggono caratteristiche che procedono, oltre che dai sentimenti, anche dalla vita di ogni giorno e da motivazioni inconse e problematiche. E' per questo che a fare la differenza - nell'ottica della 'riuscita'

del rapporto - è proprio tutto ciò che viene prima, tutto ciò che accompagna dall'interno il formarsi di nuovi legami. E che dall'interno li nutre, sostanzia, indirizza.

Vi è, soprattutto, un bisogno dell'uomo - un bisogno antico, arcaico, atavico, ma invariabile - che gioca un ruolo di primo piano nella strutturazione dei legami sentimentali e nelle modalità con le quali essi vengono intessuti e condotti: la "dipendenza".

Connaturato all'essere uomo, e al bisogno individuale di creare dei legami è tutto ciò che finisce per stabilire dei ruoli, o comincia basandosi su una forma di dipendenza, o si evolve, successivamente, in essa.

E "dipendenza" è davvero uno stato di necessità psichica. Basti pensare al rapporto madre-bambino della prima infanzia, o, per dirla con Adler, al legame interpersonale che nasce per fronteggiare quella situazione di inferiorità specie specifica e che resta alla base di ogni umano comportamento.

Pensiamo al neonato, alla sua totale impossibilità di provvedere a se stesso, al suo doversi affidare a mani altrui, il suo aver bisogno - dipendere, appunto - da quella mano che gli porterà cibo o carezze. Questa medesima tendenza ad abbandonarsi nelle mani dell'altro è quella che costituirà anche i rapporti affettivi adulti. Anzi, quello materno è proprio l'abbraccio più importante, quello che decide per ogni altro futuro. Perché la premura con la quale riesce a sostenerci, il calore con il quale è in grado di calmare i vagiti e le disperazioni dell'infanzia, sono proprio le sensazioni che daranno forma al nostro percepire di "essere al mondo". Alla percezione, in altri termini, di noi stessi in relazione ad un altro interiorizzato che con noi si rapporta. In molti amori adulti, infatti, che appaiono particolarmente difficili e dolorosi vi è alla base, probabilmente, il retaggio di un ricordo spiacevole, che riemerge ogni volta che si apre all'altro il proprio mondo interiore. Il ricordo, cioè, di un abbraccio materno stanco e distratto, il ricordo di una impossibilità - nonostante

la volontà intensa di farlo - di affidarsi del tutto alla cura dell'altro. Se ciò è accaduto nella nostra infanzia, se abbiamo imparato a mettere da parte la capacità di affidarci all'altro, allora il nostro bisogno di quelle cure mai ottenute si ingigantirà interferendo notevolmente nelle nostre relazioni. L'unico modo per sfuggire a quella sensazione di solitudine nella quale la mancanza di un abbraccio sicuro e affidabile nell'infanzia ci ha gettato, apparirà, allora, quella di fuggire via alla ricerca incessante e coatta di qualcosa che in realtà non esiste, ma riecheggia incestuosi desideri di affetto completo. Fuggire da un partner all'altro, o tenerli tutti insieme, per cercare nella moltitudine l'unicità di un'immagine.

I futuri compagni di vita, allora, non saranno altro che uno schermo sul quale proiettare immagini astratte e impalpabili di figure genitoriali perfezionate e idealizzate. In questo caso, i piani della relazione saranno totalmente falsati alla radice, perché ad interagire non saranno individualità concrete e reali, ma soltanto un gioco di proiezioni. Un gioco terribile quando sono entrambi i partner a destreggiarsi, ma davvero distruttivo quando è soltanto un elemento della coppia a condurlo, facendo dell'altro il telo bianco sul quale dipingere delle figure interiori e lontane. Un altro che vedrà negata la propria individualità, che non potrà mai sentirsi completamente amato o accettato, perché il suo inconscio, e a volte anche la sua lucidità critica, saprà dirgli che ciò che l'altro ama in lui non corrisponde alla realtà, ma è soltanto un attributo soggettivo.

Ma chi conduce il gioco, chi ha bisogno di scorgere proprio quelle immagini sul volto dell'altro e non altre, in realtà cela un vuoto profondo: la sfiducia originaria che gli impedisce di affrontare la realtà. E anche questa è profonda sofferenza, legata non soltanto al rapporto amoroso - che prende per queste vie direzioni davvero inusitate e oscure - ma all'intero assetto esistenziale. Non basteranno, allora, in questi casi, dedizione e conforto di alcun compagno di

vita. Non saranno sufficienti, perché all'ombra della "mancanza" che ci si porta dentro e del connesso desiderio di riscatto, qualcosa mancherà sempre, qualche elemento sarà sempre inadeguato al raggiungimento di un livello relazionale che non è più reale, ma essenzialmente desiderato, agognato, vagheggiato. D'altro canto, la fiducia nell'altro non potrà mai essere completa, perché il timore di 'cadere', di essere lasciati proprio quando ci si abbandona interverrà a raffreddare ogni rapporto. O, peggio, a colorarlo di gelosia e timori, di sospetti e di accuse. Di una conflittualità affettiva che conduce alle possibilità estreme del sentire umano.

Ma, ancora alla ricerca di un rapporto affettivo "riparatorio" rispetto a quello col materno, può accadere anche che nell'altro, in quell'altro che ha promesso di amarci ed accudirci, quasi fosse una madre amorevole -sperando che sia una madre amorevole- venga deposta tutta l'esistenza. Tutta la fiducia.

Ma affidarsi significa anche delegare al partner la responsabilità della propria esistenza. E con essa tutto il suo peso, la complessità delle scelte che inevitabilmente comporta.

In realtà, però, chi depone se stesso nel cuore e nella mente di un altro nutre la convinzione - o la speranza - di "possedere" quell'altro. Crede che la responsabilità assunta dall'altro, le carezze che egli ha profuso, il legame che ha stretto non possano più essere sciolti. E' il desiderio che l'essersi affidati all'altro abbia il valore di un contratto vincolante: la vendita dell'anima e la possibilità di rivendicare qualsiasi diritto.

In questa ottica, si può comprendere perché proprio chi appare esteriormente l'elemento più passivo della coppia a volte - non sempre - col suo abbandonarsi all'altro sta, invece, mettendo in atto una dinamica di possesso e di legame, molto difficile da rescindere. In alcuni casi, inoltre, per mantenere l'altro avvinto a sé - nella sensazione pregressa di dover essere abbandonati come nell'infanzia - non saranno risparmiate 'tattiche' più o meno consce, che

condurranno fino ai limiti della propria dignità, nei meandri della comunicazione 'paradossale', nella schiettezza contraddittoria delle minacce e delle suppliche. Attraverso questi strumenti, però, è una sensazione soltanto che si vuole comunicare e unica è la dimensione attraverso la quale si vuole che l'altro rimanga legato: il senso di colpa. Facendo in modo che l'altro avverta la responsabilità di lasciarci soli, di abbandonare chi con tanta irrazionalità nelle sue braccia si era abbandonato, non si fa altro che tentare di evitare che il vuoto interiore riemerga.

Avvincere l'altro a sé significa innanzi tutto, in questi casi dalle radici remote, schermarsi dalla paura della solitudine.

Differente è quanto accade in altri tipi di legami affettivi, quando davvero la perdita improvvisa della persona amata genera un vuoto contingente.

Il "vuoto" che, in genere, si avverte in mancanza dell'oggetto amato ha, in realtà, una duplice natura: esso può essere determinato dal fatto che qualcosa ci è stato sottratto, ma, allo stesso tempo, dipende anche dal fatto che la sua presenza aveva riempito un vuoto preesistente, che ora l'assenza evidenzia nuovamente.

D'altro canto, anche nella letteratura classica la freccia di Eros nel momento stesso in cui colpisce l'individuo crea anche un vuoto. Ed Eros, proprio quando viene scorto da Psiche, alla luce della lampada, scompare. La sua scomparsa non può che generare un vuoto in Psiche: un vuoto giustificato, appunto, da una precedente presenza, che fa avvertire, adesso la "mancanza".

Ma amore non è soltanto unione di vuoti interiori o compensazioni di esso. Amore è anche irrazionalità, trasporto dei sensi, passionalità, fusionalità. Eppure anche quest'ultima, come tutti i comportamenti e i legami in qualche modo estremi, possiede dei lati-ombra che ne giustificano e motivano l'intensità comportamentale.

Se osserviamo, ad esempio, l'atteggiamento di alcune coppie, che appaiono particolarmente compatte ed unite, ci sembra in realtà di scorgere soprattutto un rapporto di complicità. Anzi, il loro affiatamento appare evidentemente così intimo e serrato da riconoscere il loro unirsi contro il resto del mondo. La loro chiusura e una certa dose di aggressività che li vede protagonisti di una serrata battaglia contro il reale assumono, a volte, persino i toni di un vissuto paranoico. La coppia, infatti, si difende da una possibile intrusione dell'altro.

Ma, viene da chiedersi conoscendo l'ambiguità e la complessità della psiche umana, perché tanto timore dell'esterno, dell'altro oltre la coppia?

Certamente alla base vi è non la paura dell'intrusione *tout court*, ma l'inconscio desiderio di essa. E ciò a discapito proprio della compattezza genuina della coppia. Non a caso Baudelaire sosteneva, rivelando la doppia natura dei sentimenti tutti, e la particolare controparte dell'amore, che

l'unica e suprema voluttà dell'amore sta nella certezza di fare il *male*. E l'uomo e la donna sanno fin dalla nascita che il male è fonte di ogni voluttà (Baudelaire, 1887, 47)¹.

Ma, si potrebbe aggiungere, è proprio la vicinanza dei sentimenti, il legame profondo che unisce due persone a mobilitare contemporaneamente sentimenti opposti, accomunati dalla medesima intensità di vissuti, ma separati dall'abisso delle circostanze. E' così che è possibile amare ed odiare, amare tanto intensamente da perdere ogni coordinata di riferimento, e rimanere altrettanto disorientati quando l'altro va via. Tale disorientamento nasce proprio dall'apertura della propria anima all'altro, perché questa apertura coinvolge ogni strato dell'inconscio, ogni suo aspetto e ogni sua dimensione.

¹ Baudelaire C., 1887, *Diari minimi*, Mondadori, Milano, 1970.

Per questo ad emergere non sono soltanto il bene infinito e incondizionato, ma anche l'inesauribile odio, e l'altrettanto forte desiderio di vendetta o di distruzione dell'altro. Come sosteneva la Klein.

Ciò può accadere in tutte quelle circostanze in cui ad essere mobilitati sono i nostri sentimenti più arcaici: gli affetti.

Una situazione del tutto particolare, in cui ogni aspetto del sentire e dell'agire è entro certi confini sperimentato, o meglio una particolare forma dell'amore è sicuramente quella che coinvolge due individui specifici: paziente e analista.

Questa particolare forma di legame è ciò che viene definito come 'amore di transfert': ciò in ragione del legame di intensità pari a quella dei rapporti di coppia, che si sviluppa nel rapporto analitico. Tale tipo di relazione è sostanzialmente una rappresentazione sintetica ed essenziale di ogni possibile rapporto amoroso. È possibile afferrare questo alla luce del fatto che nel rapporto terapeutico diadico si sperimentano, con una intensità ed una profondità pari soltanto al grado di coinvolgimento inconscio ed emotivo che il *setting* analitico implica per definizione, tutte le possibili modalità di amare. O meglio, tutti i modi in cui quell'individuo specifico è capace di amare, è stato capace di amare, è stato amato, amerà.

E, soprattutto, nell'amore di transfert emerge quell'inconscio desiderio che fa sì che nell'altro si cerchi la propria 'divinità'. Intesa, in senso freudiano, quale rappresentazione simbolica di un padre che tutto può e che in tutto può custodirci e proteggerci.

A entrare in gioco sono, dunque, idealizzazione e proiezione non soltanto dei desideri, ma anche delle paure e dei fantasmi che popolano la nostra psiche. Nel contesto analitico trovano il loro spazio congeniale permettendo ad una emozionalità viva e contraddittoria di venire alla luce. Emozionalità che con sé porta ricordi ed immagini del passato, vissuti infantili, ed esperienze

indimenticabili eppure rimosse. Come nella vicenda transferale che coinvolse Sabina Spielrein e Carl Gustav Jung. Una vicenda - come scrivo nel testo² di molti anni or sono nel quale tratteggio, attraverso le testimonianze dei carteggi e dei diari della giovane, questo profondo legame transferale che avvinsse i due - costituita da un legame così forte e intenso da essere vissuto, da parte della giovane, come amore vero e proprio, e, da parte di Jung, con un coinvolgimento pari soltanto alla sorpresa per quanto stava avvenendo. Ma se questa intensità apparve sconvolgente e inusuale persino ai fondatori della psicoanalisi - producendo una certa difficoltà di gestione del rapporto analitico, nonché un intervento personale anche di figure esterne al *setting* - oggi si hanno le idee più chiare al riguardo. Bisogna, tuttavia, ricordare che se oggi possiamo discernere l'amore reale da quello da transfert - inteso quale attualizzazione nella relazione terapeutica di modelli relazionali introiettati e risalenti sostanzialmente ai rapporti diadici infantili - è proprio grazie all'esperienza reale, alle vicende personali, ai sentimenti vissuti. La relazione Jung-Spielrein, in particolar modo, ha influito sulla formulazione stessa del concetto di "transfert" e "controtransfert", costituendo un punto critico imprescindibile per l'intera struttura metodologica psicoanalitica. Ciò a conferma del fatto che ogni grande formulazione teorica è strettamente intessuta con le vicende reali dei suoi creatori. È impossibile scindere vita e teoria scientifica. Se non in altro, almeno in un ambito come quello psicologico dove, come in un cerchio chiuso, la teoria nasce dalla pratica clinica per ritornare, con una maggiore comprensione ed elaborazione delle dinamiche possibili, all'applicazione clinica stessa.

Certo è che, se inquadrata da un altro punto di vista - quello di Sabina - la vicenda transferale con Jung, e soprattutto la decisione di questi di interrompere ogni forma di relazione, assumono altri significati e valori.

² Carotenuto A., 1980, *Diario di una segreta simmetria*, Bompiani, Milano.

Precisamente quelli del dolore e della delusione di un legame rotto, troncato, che getta nuovamente nella consapevolezza della solitudine.

Jung, infatti, per certi versi si nega al sentimento transferale di Sabina, ma in realtà a negarsi è la sua stessa esistenza individuale in un contesto - il *setting* - in cui l'altro non può e non deve mostrarsi. Come scrivevo nel 1980:

Ogni amore è pretesto e insieme violenza; in ogni amore ci sono io e l'altro, insieme... ma nel rapporto di transfert l'analista si nega come altro, di qui la sofferenza, di qui la possibilità di dire che il transfert esemplifica le sofferenze di ogni vero amore (Carotenuto, 1980, 35)³.

Ma la sofferenza sperimentabile nel rapporto analitico, a causa dell'imprendibilità umana del terapeuta, accompagna soltanto la consapevolezza dell'effondersi di emozioni e passioni di cui il soggetto finisce con non l'essere padrone. Anche quando l'Altro ci è negato, anche quando l'altro si nega, il tentativo, sebbene inconscio, di dominarlo, di trarlo a sé e di manipolarlo in qualche modo, finisce con l'emergere. E questa sua emersione deriva tutta dalla profondità arcaica dei sentimenti umani, che si annidano proprio in un territorio dell'anima dove il confine tra il bene e il male, tra l'amore e l'odio è così labile da risultare effimero.

Ogni individuo nel momento del suo amare è convinto dell'eternità del suo sentimento, e dell'eternità del legame instaurato con l'altro. È convinto o crede di esserlo, o si ripete di nutrire una fiducia incondizionata che, in realtà, sottende soltanto la paura più vasta dell'abbandono. Ma per convincersi che ulteriore abbandono non vi sarà, che nessuna delusione potrà avvilire il suo animo - compresa quella di accorgersi che il proprio sentimento verso l'altro è svanito o dissolto - l'uomo utilizza la "menzogna". Una menzogna

³ Carotenuto A., 1980, "Piena cosa di paura", in *Rivista di Psicologia Analitica* 21/80, Astrolabio, Napoli.

profondamente vasta, che illude, innanzitutto, se stessa. Una menzogna che non soltanto si dipana sul piano comportamentale, ma più propriamente nasce dall'interno, si struttura nell'inconscio e, nella vita cosciente, ciò che emerge non è altro che un suo corollario. La menzogna, in sostanza, come unico strumento di salvezza che finisce col situare il rapporto in una dimensione irrealistica.

Una dimensione, cioè, nella quale non è la realtà a determinare i giochi comportamentali, ma è la mente a codificare il territorio, gli attori e anche le azioni in atto. E il vivere viene differito, per così dire, in un'atmosfera legata unicamente alla possibilità di mantenere in vita un'illusione: quella di un rapporto che si situa ad una distanza notevole rispetto a quello reale. Una distanza nutrita non tanto da sogni e desideri, ma sostanzialmente dalla "paura": del riconoscimento di una situazione di fatto, dal doversi abbandonare all'evidenza della deperibilità delle cose umane, e della sostanziale solitudine della condizione umana. E allora, nella solitudine che la consapevolezza e la lucidità potrebbero additare come esito inevitabile a conclusione di un rapporto ormai sfinito e svilito, si rintraccia l'ombra da evitare a ogni costo.

Ma amore non è soltanto un reiterarsi di sofferenze, o un tentativo malriuscito di lenire i propri dolori remoti. No. Quando l'amore nasce da un reale congiungersi di anime, che può emergere esclusivamente da una reciproca scelta di individualità, allora Amore non è sofferenza, ma Rinascita. E per quanto il nostro mondo interiore sia tormentato dal bisogno di non soffrire ancora, per quanto la paura di essere abbandonati possa inficiare i comportamenti più schietti, il coraggio di amare, senza inquinare, con i nostri preconcetti, il volto dell'altro, fa ancora capolino nel sentire dell'uomo. Ed è auspicabile che sia così, a patto di sapere che amare davvero significa anche guardare la realtà - sia essa piacevole o dolorosa - direttamente negli occhi.

Prof. Aldo Carotenuto, psicoanalista, scrittore, insegna Psicologia della Personalità presso l'Università di Roma "La Sapienza".

Mario Mengheri- Riccardo Zerbetto

L'APPROCCIO ALLA PSICOSOMATICA
TRA GESTALT E PSICOLOGIA ANALITICA

Estratto

Il processo psicoterapico può essere inteso come una progettazione e messa in atto di momenti pedagogici, ovvero un intervento su processi cognitivi, partendo da comportamenti acquisiti che disturbano oltre che noi stessi, l'altro cui ci rapportiamo, per riadattarli alle necessità del presente nel momento relazionale. Proprio in questa situazione l'enfasi posta sull'hic et nunc dalla teoria della Gestalt acquista tutta la sua pregnante importanza. Seguendo la Psicologia Analitica, il Senso a cui si fa cenno in questo contributo, va inteso come orizzonte al cui interno ognuno fissa determinati significati ove esprime la propria esistenza. I presupposti teorici e clinici di C.G. Jung con quelli di F. Perls rappresentano il coagulo di una visione diversa e meno sofferente della vita. Sotto questo profilo le diverse malattie mentali possono essere lette come altrettante modalità in cui il soggetto si rivela incapace di conferire "significato" all'esistenza e al mondo che ad essa si presenta.

Vi è più ragione nel tuo corpo che nella tua migliore saggezza. E chi sa a quale scopo per il tuo corpo è necessaria proprio la tua migliore saggezza.

F. Nietzsche

Introduzione

Le incertezze sulla natura del problema psicosomatico collocano la psicosomatica stessa nell'area del paradosso della scienza e della clinica. Le scienze "tradizionali" mostrano, infatti, incertezza nel modo di rapportarsi alla psicosomatica poiché questa disciplina esprime l'unità indivisibile dell'essere umano e, al contempo, la profonda diversità tra funzioni somatiche e psichiche. Gli stimoli raccolti nel corso degli anni si sono sviluppati in direzioni insospettabili. Non provengono solo dalla psicoanalisi ma anche da terapeuti corporei e da filosofi e ricercatori che si sono ispirati a diversi approcci. La conclusione è che il corpo è l'inseparabile amico della mente e viceversa, e quando questo non avviene il corpo recita i drammi della mente e/o la mente recita i drammi del corpo. Il risultato cui tende questo lavoro è un quadro aggiornato sull'interazione (ma ci chiediamo quanto sia opportuno parlare d'interazione) psiche/corpo. Da ciò difficilmente potrà prescindere non solo chi professionalmente è interessato alla terapia, ma anche lo studioso che ancora si pone l'interrogativo sollevato dal misterioso salto che divide il somatico dallo

psichico. Dicotomia che, dal nostro punto di vista, è complesso nominare nei termini canonici.

A differenza di Freud, Jung ha tenuto sempre distinti i processi organici da quelli psicologici. Questo gli consentì di poter vedere meglio, dei due processi, anche le collaborazioni e la reciprocità lasciando ampi spazi alle correlazioni psicosomatiche. Nel 1928 Jung, scrivendo intorno alle *Considerazioni generali sulla concezione energetica in psicologia*, presenta una concezione della psiche essenzialmente finalistica. Concepisce l'evento partendo da un fatto per coglierne lo scopo: **(NOO: partendo dalla conseguenza per risalire alla causa, nel senso che)** alla base delle modificazioni cui soggiacciono i fenomeni c'è un'energia, che si mantiene costante in queste modificazioni e che infine conduce entropicamente a uno stato di equilibrio generale (*Opere*, vol. 8, p. 12). Con il 1945 il padre della psicologia analitica si dedica alla ricerca dell'area intermedia tra materia e psiche. Non possiamo essere soggetti di valutazione della psiche senza usare la nostra stessa psiche. In altre parole non è possibile studiare la psiche oggettivamente. È però possibile uscire dalla psiche guardandola e studiandola attraverso un'altra scienza ovvero ricercandola con la fisica. Anche la fisica però è un prodotto della psiche e dunque Jung resta bloccato nelle sue ricerche cercando di sostenere affermazioni quali "esiste non solo la possibilità ma una certa probabilità che materia e psiche siano due aspetti diversi di una medesima cosa" (Jung, *Opere*, vol. 8, p. 232), ed anche "il mondo di psiche e materia è il medesimo e l'uno partecipa dell'altro. Si potrebbe perciò arrivare ad una concordanza ultima tra i concetti fisici e concetti psicologici" (*Opere*, vol. IX, p. 247). È proprio in questo periodo che si avverte il passaggio, o la rottura, dalle relazioni deterministiche a favore delle analogiche, ovvero tra il causalismo, la spiegazione e la com-prensione cioè la ricerca di senso. È avvenuto il passaggio tra causalità e sincronicità. Jung parla della tendenza dell'uomo verso l'individuazione e del principio di sincronicità come contrapposizione al principio di causalità. Se nei primi scritti sull'energia la scelta della fisica per Jung era una risposta all'esigenza di dare un fondamento scientifico al discorso sulla psiche, in seguito, Jung mutua alcuni concetti dalla fisica quantistica per mostrare come sia compatibile la compresenza dell'ordine e del disordine, dell'organizzazione e della disorganizzazione, della determinazione e della indeterminazione. In questo modo l'idea stessa di scienza viene svincolata dai classici modelli meccanico-razionalistici ed è questo nuovo modo di vedere la scienza che Jung pone a base della sua "teoria della psiche". Esiste non la possibilità, ma la probabilità che materia e psiche siano due aspetti diversi di una medesima cosa o, forse azzardando, uno stesso fenomeno, una medesima complessità energetica che per adesso ci è data solo da pensare in attesa di paradigmi esplicativi o opportune categorie scientifiche che al momento possiamo pensare solo derivanti da studi e quindi da leggi della fisica quantistica.

Desiderando introdurre alcuni momenti di storia della *Gestalt* fu nel 1930 che alcuni studiosi della Scuola di Francoforte misero in evidenza come l'atto percettivo, in particolare quello visivo, rappresenta un'operazione assai complessa che non poteva ricondursi alla semplice sommatoria dei singoli dati sensoriali acquisiti, ma evidenziava al contrario un'attitudine ad organizzare la miriade delle sensazioni elementari in *figure* emergenti da uno sfondo che, per vari motivi, risultano, per il soggetto, particolarmente pregnanti e cariche di energia di un dato momento. Fu merito di Friederick Salomon Perls innestare i contributi degli psicologi della Forma (*Gestalt*) che, come abbiamo scritto, si era rivolta fin dal 1930 alle caratteristiche delle funzioni percettive, sul terreno della teoria e della pratica psicoanalitica e di un'impostazione fenomenologica-esistenziale. Unitamente ad altri contributi teorici (come la Teoria del Campo di K. Lewin, l'Autoregolazione Organismica di K. Goldstein, il pensiero differenziale di S. Friedländer, e la Semantica Generale di A. Korzybsky) e metodologici, (come lo Psicodramma, la *Sensory Awareness* e lo Zen), scaturì un orientamento teorico-applicativo nel campo della psicologia e delle scienze umane di assoluta originalità. Lewin (1936) ha mostrato che l'ambiente vissuto determinato dalle nostre percezioni, dalle nostre azioni e dai bisogni attuali in relazione ai quali i vari punti del campo avrebbero valenza positiva o negativa, determina forze di attrazione e di repulsione, registrate dai nostri stati affettivi, che tendono all'equilibrio che si raggiunge attraverso nuove azioni (questo ricorda molto i complessi a tonalità affettiva studiati da Jung). Sviluppatisi negli Stati Uniti a partire dagli anni '50 la Scuola della *Gestalt* rappresenta un suggestivo e innovativo indirizzo nel vasto panorama degli orientamenti nella psicoterapia e nelle scienze umane.

L'orientamento a superare la dimensione dicotomica-contrappositiva estesa da Perls alla polarità mente/corpo, causa/effetto, soggetto/oggetto, individuo/ambiente, osservatore/osservato, eccetera, come superamento di una posizione filosofico-scientifica assai radicata in Occidente (Platone, Cartesio, Galileo,), lo porta ad esplorare sino alle conseguenze estreme l'ipotesi di una dimensione di polarità non intrinsecamente contrapposte, ma anzi inscindibilmente interagenti in una relazione di complementarietà dinamica trovando molti altri presupposti teorici significativi antecedenti in Jung. La psicologia della forma ha elaborato una teoria della nevrosi a partire dalla relazione individuo ambiente dove, per sopravvivere, l'individuo deve continuamente modificare le sue tecniche manipolatorie per soddisfare i suoi bisogni, evitando ogni irrigidimento, fonte prima di nevrosi, dove i fatti esperienziali vengono aggiunti alla personalità e non integrati.

Questo contributo nasce dunque dalla considerazione che la *Gestalt* è figlia della psicoanalisi e spesso, più di quanto non possa apparire a prima vista, della Psicologia Analitica. Parleremo dei concetti base della *Gestalt* rilevandone alcuni momenti di congiunzione con la Psicologia Analitica, quantunque

certamente non esaustivo, auspichiamo che questo lavoro riguardante la psicosomatica, possa divenire, uno strumento in più atto ad avvicinare, nella mente del lettore, il pensiero di Jung a quello di Perls.

1. Concetti minimi che caratterizzano l'approccio della *Gestalt*

Presentare in termini concettuali gli elementi che caratterizzano la Psicologia della *Gestalt*, in particolare in tale ambito, non rappresenta una difficoltà particolare rappresentando l'attenzione al vissuto corporeo parte integrante dell'approccio della *Gestalt* e non una sua particolare applicazione. Una presentazione attraverso i concetti comporta tuttavia il limite di non dare il senso della peculiarità dell'approccio gestaltico per lo meno a coloro che non ne hanno un'esperienza personale e diretta.

Come esprimere infatti attraverso il linguaggio scritto aspetti che ineriscono un ambito comunicativo che di per sé non funziona attraverso la mediazione concettuale come è appunto il corpo ed il mondo dei segnali che lo stesso invia, specie - come ci interessa in questo contesto - allorché attraversa stati di disagio o di malessere?

Un tema analogo, lo sappiamo, fu posto da S. Freud quando si pose il quesito su come una comunicazione attraverso il *medium* della coscienza e del pensiero razionale e della parola, che definì processo secondario, può cogliere ed esprimere contenuti che ineriscono la dimensione inconscia, le pulsioni allo stato nascente, cui attribuì il termine di processi primari.

Operata la trasposizione da polarità conscio/inconscio propria della prima topica a quella di Super-Io ed Es proprio della seconda topica, Freud individuò nelle funzioni dell'Io l'istanza mediativa tra le due dimensioni. Tale apparato, avrebbe appunto la funzione di trovare un ambito comunicativo (che definì pre-conscio) tra le istanze prevalentemente inibitorie collegate al principio di realtà con quelle pulsionali collegate al principio del piacere.

In questi termini possiamo vedere l'Io come funzione mediativa tra un mondo interno ed un mondo esterno. Ogni volta che si creano delle difficoltà di comunicazione - nel senso di mancato incontro tra esigenze fondamentali e possibilità di soddisfacimento delle stesse - tra le due dimensioni in perenne relazione dinamica (per Freud inevitabilmente conflittuale), si avrà una situazione di difficoltà comunicativa, di possibile tensione tra l'apparato di difesa teso a contrastare l'emergenza delle richieste pulsionali e la conseguente situazione di stallo o blocco energetico che nel prosieguo verranno approfondite. Al di là delle applicazioni alla clinica, tale bi-valenza della natura umana richiama inoltre alla dimensione del simbolo quale elemento di mediazione tra il mondo del bios e quello della rappresentazione, del significato e del significante.

1.1. Sintomo, simbolo e segno

Dalla connessione dei procedimenti che portano dalla dimensione della corporeità a quella della rappresentazione mentale e dagli scritti di psicoterapeuti, psicoanalisti e semiologi emerge il gradiente di significato delle parole sintomo, simbolo e segno.

Sintomo, stando all'origine semantica della parola, significa evento bruto, corporeo ma privo ancora di un significato o quantomeno di un significato manifesto.

Per *segno* s'intende l'elemento semantico in codice, cifra, segno, l'elemento informatico e quindi squisitamente immateriale che rimanda a qualche cosa che, per contro, ne è dotato. Una moneta, o più ancora una carta moneta o un assegno, rappresentano un rimando ad un bene concreto che in qualche modo "significano". Tra la materia senza capacità di parola, e quindi di significazione e la parola-segno senza aggancio alla materia sussisterebbe un'incolmabile *hiatus* che a più riprese poeti e filosofi hanno segnalato.

Tra i due mondi serve un mediatore, una funzione di trasduzione e di raccordo. A tale funzione assolve il *simbolo*.

Il termine allude, dal greco, ad un *sun ballein* "mettere assieme" cioè ad un convergere di due elementi, ad un incontro tra parti che trovano una forma di articolazione significativa. In origine si attribuiva tale termine soprattutto ad una moneta spezzata. Il ricongiungimento delle due metà dava ai possessori delle stesse la garanzia che il significato attribuito a questo elemento-chiave era credibile e certo. Il perfetto incastro tra la mia metà e quella di un creditore avrebbe sancito l'obbligo dello stesso di consegnare il dovuto a chiunque si fosse presentato in possesso dell'altra metà.

La moneta, per essere simbolo, deve essere quindi una moneta spezzata. Essere un due che può ricomporsi senza lasciare dubbi sull'identificazione delle parti destinate al ricongiungimento. Quella metà e nessun'altra ha la proprietà di ricostituire l'*holos* l'interezza perduta. Nell'antica Grecia era d'usanza di tagliare in due un anello, una moneta o qualsiasi oggetto, e darne una metà a un amico o a un ospite. Queste metà, conservate da una o dall'altra parte, di generazione in generazione, consentivano ai discendenti dei due amici di riconoscersi. Appunto questo segno di riconoscimento si chiamava Simbolo. Platone, riferendosi al mito di Zeus che, volendo castigare l'uomo senza distruggerlo, lo tagliò in due, concluse che da allora "ciascun di noi è il simbolo di un uomo" (Platone, 1973, *Convito*, Opere, Laterza, Bari, 189-193): la metà che cerca l'altra metà, il simbolo corrispondente. Il simbolo, dunque come il segno, è caratterizzato dal rinvio. Ciò ha consentito da un lato di includere il simbolo nell'ordine del segno come un suo caso specifico, dall'altro di opporlo al segno perché, mentre il segno compone in modo convenzionale qualcosa con qualcos'altro, il simbolo, evocando la sua parte corrispondente, rinvia ad una determinata realtà che non è decisa dalla convenzione, ma dalla ricomposizione di un intero. Anche per C. G. Jung il simbolo è altro dal segno con conseguente

irriducibilità dell'ordine simbolico all'ordine semiotico. Nell'accezione più stretta della parola, il simbolismo fa riferimento ad una realtà che trascende la realtà quotidiana di tutti gli uomini, ma non trascende certo la realtà interiore. In ambito psicologico i sintomi rappresentano l'indizio da cui inevitabilmente partire per identificare, classificare e, auspicabilmente, curare gli stati di malattia. Si introduce così nel discorso del linguaggio del corpo e del malessere un elemento preciso che è, appunto, quello simbolico.

Non interessa tanto, in questa contributo, l'elencazione dei sintomi di una determinata sindrome, quanto il tema della significazione degli stessi. In altri termini: quali possibilità abbiamo noi di operare, attraverso la decodifica simbolica, un ricongiungimento tra *l'elemento sintomatico* e quello *segnico*?

Se noi prendiamo in considerazione il panorama degli approcci che s'interessano di psicosomatica troviamo orientamenti che si rivolgono prioritariamente al corpo "in sé" e quindi alla classificazione e trattamento dei suoi sintomi attraverso tecniche di manipolazione (chimica o fisica) che si presentano come relativamente meno interessate all'ambito dei significati che tali sintomi possono avere.

Dall'altra parte troviamo orientamenti maggiormente interessati al tema della interpretazione, della decodifica, della comprensione di ciò che il messaggio corporeo possa *significare*. In tale orientamento l'approccio analitico si trova paradossalmente vicino a quello cognitivista - pur rappresentando quest'ultimo una derivazione dal comportamentismo - nella misura in cui si dimostra prioritariamente interessato all'aspetto cognitivo ed interpretativo del fenomeno. È "al confine" tra un approccio somatico ed interpretativo che si pone la Terapia della Gestalt interessata appunto ai *fenomeni di confine* tra la dimensione intrapsichico-rappresentativa dei vissuti e quella degli agiti.

Radicarsi ed operare nella dimensione del *sim-bolo* significa, in questi termini, oscillare costantemente tra vissuto emergente dalla soggettività del paziente e comportamento osservabile da una prospettiva oggettivante. Ambito privilegiato della interazione mondo interno - mondo esterno (vuoi sotto la forma dell'incontro-scontro che del mancato incontro) è la dimensione corporea. In essa si riflettono le *funzioni del sé* che, nell'ottica *gestaltica* sono squisitamente *organismiche* in quanto radicate su funzioni prioritariamente biologiche. A differenza della concezione freudiana in cui il simbolo si chiarisce nella sua funzione omeostatica (ritrovamento dell'equilibrio turbato attraverso la duplice funzione del veicolare fantasticamente la pulsione e al contempo occultarla) la natura del simbolo, secondo Jung è per eccellenza ana-omeostatica nel senso che detto simbolo suscita una tensione, invece di annullarla, crea una spinta in avanti, apre un nuovo dislivello energetico, si protende verso un equilibrio che rimane costantemente al di là di esso (Trevi, 1986, p. 8).

Per Jung non esistono contenuti simbolici se non per una coscienza che li instaura; i simboli sono storici perché non appena partoriscono il loro significato

cessano di essere simboli e diventano segni; il simbolo non è un significato ma un'azione che mantiene in tensione gli opposti dalla cui composizione nascono i processi trasformativi; nel simbolo c'è un'eccedenza di senso verso cui si orienta il processo di trasformazione psichica.

Nel tentativo di meglio inquadrare l'approccio gestaltico, con particolare riferimento al tema in oggetto, possiamo individuare i seguenti elementi costitutivi che, come vedremo, lo avvicinano ad orientamenti da cui in parte deriva salvo manifestare una sintesi originale che non può sfuggire a chi ne approfondisca gli aspetti teorici e soprattutto le applicazioni nella clinica.

2. Riferimenti epistemologici della Gestalt e della Psicologia Analitica riguardo la psicosomatica

2.1. Derivazioni e differenziazioni dalla Psicoanalisi

Perls si discosta dalle teorie psicoanalitiche, vediamo in sintesi attraverso questi punti:

- disconoscimento del primato della libido come realtà pulsionale primaria in favore di una molteplicità di bisogni che emergono con intensità diversa in funzione del livello di crescita dell'individuo e delle situazioni ambientali attivatrici o inibitorie. Di tali cariche energetiche, alla base dell'istinto di sopravvivenza dell'individuo (bisogni) e della specie (desideri), Perls ha approfondito nella sua opera *Ego, Hunger and Aggression* (cui aggiunge successivamente il sottotitolo di *Revisione della teoria di Freud*) in particolare la componente dell'oralità, la incorporazione di cibo come schema di futuri modelli di relazione con l'ambiente;
- il privilegio della dimensione del presente rispetto al passato nell'indagine critica e nel lavoro terapeutico;
- il superamento della dicotomia Es-SuperIo in vista di una concezione olistica non strutturalmente contrappositiva tra domande dell'individuo e risorse potenziali dell'ambiente allorché meccanismi di autolimitazione non interferiscano vistosamente sulle capacità dell'individuo di divenire consapevole dei suoi bisogni (reali e non sovraimposti) e della spinta a soddisfarli.
- privilegio per il graduale sviluppo della consapevolezza (*awareness*) come premessa alla capacità di autoregolazione dell'organismo rispetto al concetto psicoanalitico di *insight* come evento chiarificatore tra contenuti inconsci e sfera cosciente ad opera di una interpretazione riuscita ed in assenza di resistenze da parte dell'analizzato;
- deenfaticizzazione del concetto di inconscio come realtà psichica a se stante dotata di leggi e modalità organizzative interne. Inconscio è per Perls tutto ciò di cui di fatto *in questo momento* non sono consapevoli ed a cui, grazie ad una operazione di appropriazione consapevole (eventualmente ma non necessariamente mediata dal terapeuta) posso accedere. Tale operazione,

elementare e fluida per contenuti di coscienza non scissi ed alienati, può comportare l'emergenza di sentimenti di angoscia di varia intensità allorché l'individuo si identifica con una parte dei propri contenuti di coscienza negando l'esistenza di parti di sé per vari motivi inaccettabili.

Anziché *interpretare* detti contenuti scissi che possono esprimersi attraverso il sogno, sintomi di conversione somatica, incongruenze mimico-gestuali, comportamenti di cui il soggetto *si sente agito* o fenomeni dispercettivi di vario tipo, la Gestalt propone un percorso *esperienziale* di graduale ri-appropriazione teso alla integrazione delle parti scisse;

- valorizzazione degli aspetti di realtà, oltre che del *come se* relativamente alla relazione paziente-analista. L'interpretazione delle relazioni unicamente in chiave di lettura transferale rappresenta spesso una difesa da parte del terapeuta che evita il dato di fatto di essere presente come persona *in toto* con i propri vissuti, limiti, sentimenti, vuoti etc. All'interno di una concezione olistica vale quindi la qualità dell'interazione tra due soggettività.

- alla ricerca esplicativa delle *cause* all'origine di un modo insoddisfacente di declinarsi nel mondo, viene privilegiato l'attenzione sul *come* detta disfunzione si esprima in concreto nel fluire delle situazioni e delle occasioni più o meno mancate di consapevolezza e di contatto.

Le divergenze della Gestalt da alcuni principi della Psicoanalisi freudiana vanno tuttavia integrati con alcuni importanti sviluppi che dal ceppo originario della Psicoanalisi sono derivati.

Utilizzando una sintesi operata dai Ginger (S. e A. Ginger 1987) tali accostamenti possono ravvisarsi con:

- C. G. Jung per quanto concerne il significato più ampio attribuito al concetto di libido, il discorso sulle polarità in rapporto dinamico, il lavoro sull'immaginazione attiva, lo svolgersi della terapia con il confronto faccia a faccia, il significato evolutivo ed energetico attribuito al sintomo, il valore del linguaggio simbolico non limitato alla storia personale dell'individuo ma (anche) a quella del conscio (cultura) e dell'inconscio collettivo. Una prospettiva teorica tipicamente junghiana è il finalismo; essa ipotizza che la psiche sia organizzata in vista di fini e che la spiegazione di ogni evento sia da ricercare anche nel fine a cui l'evento è diretto. Con una prospettiva meramente causalistica, ogni evento sarebbe soltanto la conseguenza di antecedenti fisiologici e psicologici con riduzione dello spazio assegnato alla libertà e alla spontaneità e quindi alla responsabilità. L'evento psichico non è dunque solo un risultato di eventi precedenti, ma l'abbozzo del futuro sviluppo in vista della realizzazione di sé.

- S. Ferenczi per il tentativo di superare un'interazione vincolata unicamente alla comunicazione verbale attraverso l'introduzione di esercizi sul radicamento (*grounding*) e di contatto con il paziente sotto forma di *esperienze riparatrici*;

- M. Klein per l'importanza riconosciuta alle pulsioni orali, alla introduzione di forme di gioco e di interazione simbolica e non verbale, per l'attenzione sulle

risposte emotive del terapeuta, l'evidenziamento dei meccanismi di interazione tra oggetti interni e parti scisse;

- O. Rank per l'enfasi sulla scarica emozionale evocata dall'emergenza di vissuti infantili precoci;

- K. Horney per l'importanza riconosciuta alle interazioni con l'ambiente, ai «benefici secondari» che il comportamento nevrotico consente nel presente di ottenere al di là delle cause passate che lo hanno innescato; al bisogno primordiale di rassicurazione e di approvazione che, proprio per la sua drammatica insistenza nella dimensione umana, va inizialmente soddisfatto attraverso un clima di rapporto caloroso ed accettante come premessa all'assunzione di rischio collegata all'esplorazione di modalità di comportamento più adulto;

- W. Reich per l'attenzione ai fenomeni di collettivizzazione delle strutture nevrotiche, alla formazione della corazza caratteriale esprimendosi sotto forma di contratture muscolari croniche, come difesa dalle emozioni e come blocco di un più naturale fluire di energie. Di qui la valorizzazione per il corpo, per il suo linguaggio come occasione di accesso alle esigenze primarie dell'essere umano spesso incongruente con il linguaggio verbale, espressione di rappresentazioni autoimposte, di modelli relazionali adottati in modo stereotipo ed eteronomo;

- D. Winnicott per l'accoglimento di possibilità di contatto e di contenimento, come la tecnica dello *holding* applicata originariamente nel lavoro con bambini, nonché per l'approfondimento sugli «oggetti transizionali» (coperta, orsacchiotto o altro) come elementi di realtà investite di forti componenti proiettive e che nel lavoro gestaltico vengono spesso utilizzati per favorire l'interazione agita con personaggi presentificati. Tale dimensione viene estesa allo stesso spazio terapeutico, inteso come spazio caratterizzato da elementi di realtà e fantasmatici e quindi come spazio *transizionale*.

Alla base di questo scritto c'è una curiosità fondamentale, che si esprime, quando è possibile, appena possibile, in una intenzione attiva: indagare e comprendere il senso della sofferenza umana, andare alle radici del significato della vita, nella consapevolezza che l'«essenziale» è spesso invisibile agli occhi della coscienza, sempre pronta ad autoingannarsi, e richiede un altro tipo di sguardo, che non si ferma all'apparenza delle cose.

Il presupposto che abbiamo fermamente tenuto presente nella nostra indagine è la continua ricerca d'identità che è insita nell'essere umano, nella molteplicità e mutevolezza delle esperienze, lavoro psichico perennemente in *progress* in un processo a lungo termine. Fin da neonati, quando esistiamo come un tutt'uno con la madre, o come direbbe Neumann in una condizione di «fusione oceanica», viviamo l'esperienza angosciante della separazione da questa figura primaria, che può essere devastante se non supportata dalla sua immediata presenza. Adesione e distanza, dipendenza e autonomia sono le più delicate tra le determinanti con cui ci confrontiamo sempre durante l'evoluzione psichica,

nella prospettiva di una futura, solida autonomia. È, nell'esistere, il nostro continuo definirsi come individui, che, coscienti o no, perseguiamo per tutta la vita.

Del resto, il processo d'individuazione psicologica si svolge all'interno di un sistema relazionale. Protagonisti di tale processo non sono i singoli, in sé e per sé, ovvero intesi come unità irrelate, ma concepiti insieme alle loro relazioni. Questo contributo s'inserisce in un progetto di prevenzione primaria. Esso segue numerosi nostri lavori sperimentali, svolti presso scuole pubbliche. In contemporanea al lavoro di ricognizione che abbiamo portato avanti per circa quindici anni in ambito scolastico, altrettanto interessanti sono state le ricerche sperimentali svolte presso (anche) l'ospedale di Livorno su pazienti con patologie cardiopatiche e tumorali.

Tramite la serie di *items* di un questionario di personalità basato sulla tipologia junghiana e di un altro questionario riguardante la rilevazione dell'impatto soggettivo agli eventi stressanti, fu individuata l'esistenza di correlazioni significative tra tipologia junghiana e l'insorgere della malattia psicosomatica.

Sono state verificate, inoltre, le differenze nel numero, nella qualità e nella valutazione dei *live stress events*, sia tra un gruppo di cardiopatici e di controllo, sia all'interno di sottocategorie nosografiche delle cardiopatie (ischemici e ipertensivi), come pure con un campione di pazienti neoplastici (non informati della loro patologia) e il gruppo di controllo.

Tali progetti di ricerca hanno sempre mirato a fornire un aiuto per assolvere il compito istituzionale che ha, come scopo, ancor prima della cura, la prevenzione (Mengheri, 1992).

2.2. La psicosomatica e la Psicologia Analitica

La concezione olistica dell'individuo è sempre più affermata e riconosciuta in Occidente. Concezione che potremmo sintetizzare in tre punti cardini, in altre parole l'uomo è:

- un'unità psicofisica,
- un'unità conscio-inconscio,
- un'unità relazionale.

All'interno di questa premessa, la domanda fondamentale "perché ci ammaliamo?", investe non solo questioni inerenti alle scienze biologiche e fisiologiche, nonché un ordine di fenomeni causalistico-deterministico, ma esprime anche una valenza finalistica. Viene così allargata la dimensione psicologica ed esistenziale dell'essere umano. L'intuizione iniziale della psicoanalisi, che il comportamento umano avesse delle determinanti inconsce e che avesse un significato latente oltre a quello manifesto, si amplifica e si estende al corpo e alle sue patologie. Preliminare in questo inizio di introduzione è il rifiuto, da parte nostra, di adottare come presupposti psichici

della psicologia (come fecero del resto anche Freud e Jung), l'anatomia, la biologia, le scienze naturali e la teologia. In questo scritto cerchiamo di mantenere la psicologia del profondo sempre più negli spazi che, con gli anni, si è creata: la psicodinamica, la psicopatologia, la psicoterapia per coagularsi, sempre più in profondità, nella psicosomatica: terreno certamente ancora da battere. L'intenzione nostra è quella di riflettere, e di aiutare a riflettere, attorno all'intensità e l'importanza finalistica dell'individuo.

La psicoterapia, come la psicoanalisi, non ha mai pensato alla trasformazione delle molecole sinaptiche quanto ad aiutare a trasformare mappe cognitive e risolvere nuclei nevrotici attraverso la comprensione delle motivazioni inconscie che ne sono responsabili. Un rilevante apporto della scienza è nel riconoscere che il cambiamento individuale, come risposta biologico-evoluzionistica, è attualmente possibile solo da una generazione all'altra, quasi mai nell'arco della medesima esistenza. A differenza di ciò che avviene nella nostra mente/corpo con i processi artificiali e artificiosi ad opera delle sostanze psicoattive. Basta pensare a quanto queste possono influire sull'amplificazione della nostra coscienza.

A differenti livelli di analisi del reale, ci hanno insegnato che è necessaria grande prudenza prima di poter formulare un giudizio, perché le risposte vanno cercate sia nel sociale sia nelle nostre parti psichiche, le più arcaiche. Lo sviluppo dell'umanità e quello dell'individuo procedono analogamente sempre verso maggiori livelli di differenziazione dalla matrice inconscia da cui proveniamo, per raggiungere una struttura stabile della coscienza, senza tuttavia perdere il contatto con le nostre parti più arcaiche, con le origini psichiche.

Se il fine delle indagini della scienza è *spiegare* quello della psicoanalisi è *com-prendere*. Un comprendere che è sempre sottoposto alla soggettività – può variare da individuo a individuo, a seconda della visuale prospettica che assume – e alla temporalità, ciò che è possibile cogliere nel qui e ora può essere diverso nell'immediato attimo successivo. Una comprensione che va al di là delle apparenze per cogliere il *pensiero* inaspettato, che tuttavia si fa “sentire”, magari nell'anima o nel corpo. Una chiave, dunque, che apre le porte al nostro mondo sconosciuto, all'inconscio, alle ferite profonde, che, al di fuori della nostra consapevolezza, invadono la sfera emotiva. I disturbi della sfera emotiva, se affrontati all'esordio della malattia, possono divenire un mezzo grazie al quale il paziente può raggiungere un nuovo equilibrio di tutta la sua personalità. Il sintomo non è più soltanto un fenomeno da combattere, ma anche da comprendere, quel comprendere di cui sopra, ampliandone il significato nel contesto della vita di colui che ne è il portatore. Se si cura l'uomo si cura anche il sintomo. Di solito non è vero il contrario. La malattia è espressione di un significato nascosto, che non essendo compreso e integrato alla coscienza, fa irruzione nell'esistenza del soggetto sotto forma di sintomo psichico o somatico.

Entriamo dunque nell'ottica del “senso”: ci ammaliano perché è al momento

l'unico modo possibile, per quanto doloroso e devastante, per esprimere una sofferenza che riguarda la vita in toto del paziente e il suo mondo di relazioni.

In questa prospettiva finalistica il sintomo contiene in partenza un senso e una direzione, ovvero potrebbe indicare, nella migliore delle ipotesi, una strada di guarigione oppure di gestione della malattia, che coincide con un progetto di trasformazione dell'esistenza.

Sintomi vari, psicosomatici ed elaborazioni di angosce personali si incontrano spesso in soggetti che non hanno avuto la possibilità/capacità di separarsi dai genitori. Sono, anche se insoddisfacenti, risposte ad un disagio che preclude l'individuazione. Ad esempio, nel caso in cui un genitore abbia lasciato scene di disperazione o di rabbia nella mente del figlio, possono nascere e permanere in lui sorte di miti personali che ricercherà in altre figure identificatorie: miti che non lo abbandonano mai, ma che si ripropongono di volta in volta nella vita vestendo abiti diversi.

Le modalità tipiche di rappresentare l'altro a se stesso e se stesso all'altro sono, oltre all'identificazione, la proiezione, l'identificazione proiettiva, la controidentificazione proiettiva, ... Secondo Freud l'ingiunzione paterna (minaccia di castrazione), il complesso edipico, conduce normalmente alla nascita del Super-Io quale "Legge" che (l'allora) bambino ha interiorizzato. Lo scioglimento di tale complesso lascia al bambino un'immagine interna equilibrata della coppia genitoriale e quindi, più tardi, una sostituzione dell'oggetto primario d'amore con un destinatario adeguato per un investimento adulto. In base all'ipotesi archetipica di Jung, sono i complessi e il loro fondamento archetipico a contrastare l'emancipazione dell'individuo dal collettivo. Gli archetipi, per dirla con Kant, sono le *forme a priori* del conoscere che ci indirizzano, senza rendercene conto, verso il nostro percorso esistenziale.

Soffermandoci sulla loro definizione come forme o strutture inconse che organizzano e danno origine a vissuti mentali e a comportamenti, essi si rappresentano come presenti al centro di uno spettro simile a quello in cui si può scomporre la luce, e sfumano pertanto da un lato verso il polo dell'infrarosso (non corporeo ma psichico) e dall'altro verso il polo dell'ultravioletto (uno spirituale ancora più astratto dello psichico); così, la vita psichica e quella somatica avrebbero una matrice comune: lo studio delle immagini mentali potrebbe dire qualcosa di relativo al corpo e viceversa. Anche il concetto junghiano di psicoide merita di essere menzionato. Jung usò questo termine per indicare fenomeni diversi sia dai

semplici fenomeni vitali che dai processi più propriamente attinenti alla psiche. Questi fenomeni psicoidi si situerebbero agli estremi dello spettro visibile, percepibile, dell'archetipo e costituirebbero una zona intermedia in cui i fenomeni vitali (istinti) e psichici (psiche) sarebbero contemporaneamente presenti. Dopo il passaggio dalla causalità al finalismo si può parlare della sincronicità! Eucleati rapidamente questi due concetti (archetipo e psicoide) si vede agevolmente come Jung sia stato assai attento a cercare di inquadrare i fenomeni psicosomatici con un impianto teorico nuovo e in prospettiva fecondo, anche se non ancora sviluppato in tutte le sue potenzialità dai suoi allievi.

Per Jung non sono dunque le pulsioni, *a dettarci la nostra vita*, ma una sorta di mito personale che noi perseguiamo per tutta la nostra esistenza. Solo dopo aver conosciuto, portato alla coscienza il mito personale, possiamo pensare di accedere a quello che Jung ha chiamato *processo di individuazione*.

Gli affetti sono i fondamenti della nostre relazioni. Nel paziente psicosomatico troviamo una compromissione di quelle strutture psichiche che consentono di esprimere gli affetti in senso trasformativo: *sperimentare gli affetti in senso trasformativo significa poter essere nutriti dai propri affetti, possibilità a cui si può accedere solo se l'affettività ha la possibilità di essere rappresentata ed elaborata all'interno di un circolo relazionale*.

Ricorre il concetto che il paziente psicosomatico non riesce ad "elaborare". In questi soggetti c'è un'indubbia difficoltà a dar vita al pensiero elaborativo-formale. Ma questo avviene anche in molti pazienti cosiddetti normali o nevrotici. Possiamo sostenere che in molti soggetti la difficoltà a elaborare i pensieri si ripropone quando la relazione si svolge con persone che, inconsciamente, ricordano loro momenti affettivi disturbati. Avviene allora che il materiale non elaborato resta ancorato al corpo e, per una coazione a ripetere, se una situazione affettiva simile a quella che ha dato vita ad un nucleo disturbante (generatore di sofferenza) si ripropone, il meccanismo di ripetizione scatterà di nuovo. La possibilità di liberarci della coazione dipende anche dal grado di fissazione a certe esperienze precoci.

A volte ci troviamo a dover riporre "sconfitti" le armi del nostro sapere di fronte a certe personalità che, da un lato, ci consentono di capire la potenza dell'inconscio, dall'altro l'impotenza della volontà e della coscienza. In alcuni

pazienti troviamo una pervasione di rancore e impotenza. Anche in queste situazioni possiamo pensare a una fissazione affettiva. Si scoprirà con il lavoro analitico che la responsabilità di tali reazioni è dovuta alla precoce e devastante esperienza con le figure genitoriali; relazioni passate che non concedono al presente una possibilità evolutiva. Questo non vuole essere un messaggio pessimistico, perché in ogni modo va iscritto all'interno di una visione possibilista. Solo noi disponiamo della nostra vita. Possiamo scegliere di essere vittime degli eventi che, anche se lentamente, potranno distruggerci o cercare di far nascere dalla nostra ferita un autentico cammino di consapevolezza.

Ribadiamo che ogni arresto di sviluppo, ogni sintomo, ogni comportamento che devia dalla normalità è espressione di un bisogno profondo, a volte sconosciuto, ma pur sempre legittimo. Non vorremmo con questo aver deviato il lettore dal contenuto del volume e, soprattutto, avergli fatto pensare che a livello psichico ci sia qualcosa di irreversibile. Se avviene una sospensione terapeutica, è lecito pensare e ricordare che il terapeuta non è infallibile, che ha una propria metodologia, un personale apparato teorico ed esperienziale, e che comunque nulla a priori è immutabile a livello psichico. Il processo psicoterapico, più precisamente quello analitico, può essere inteso come una progettazione e messa in atto di momenti pedagogici, ovvero un intervento su processi cognitivi, partendo da conseguenti comportamenti acquisiti che disturbano oltre che noi stessi, l'altro a cui ci rapportiamo, riadattandoli alle necessità del presente nel momento relazionale.

Tutti gli autori che si sono interessati all'argomento, sono concordi nel ritenere che la malattia psicosomatica abbia una funzione difensiva rispetto a vissuti emotivi estremamente disorganizzati evocati dalla relazione con l'oggetto. Il carattere caotico di tali vissuti ne impedirebbe l'accesso alla rappresentazione psichica e all'elaborazione cosciente. In un'ottica differente ma complementare a questa, si potrebbe affermare che in taluni soggetti le funzioni psichiche, deputate alla rappresentazione e all'elaborazione degli affetti, non hanno avuto modo di svilupparsi in maniera adeguata, e pertanto il mondo affettivo di questi pazienti è abitato da lacune, isole di affetti non disponibili alla relazione, una sorta di 'buchi neri' affettivi.

Contrariamente a quanto è stato spesso affermato, molti di questi pazienti non si mostrano anaffettivi, incapaci di simbolizzare o in grado di utilizzare solo forme concrete di pensiero. In molti aspetti della loro vita psichica essi mostrano la capacità di relazionarsi emotivamente con l'oggetto. Esistono però alcune aree o complessi affettivi inaccessibili, che quando vengono evocati nella relazione provocano reazioni che non si esprimono nel comportamento (ad esempio agiti, come spesso avviene in pazienti *borderline*) ma nel vissuto somatico. Il problema è: quando noi ci troviamo di fronte ad una reale inaccessibilità, ad una impossibilità di rappresentazione e di elaborazione di tali

vissuti affettivi, quale è il senso della cura? Quale è il senso della cura quando ci confrontiamo con una condizione di incurabilità?

Il primo passo è necessariamente accettare l'incurabilità dell'altro. Se la condizione dell'altro testimonia una delle molteplici possibilità dell'esistenza ed è portatrice di un suo specifico significato, sarà infatti inevitabile rinunciare ad ogni volontà di trasformazione e confrontarsi con l'autenticità di quella esperienza. Ma se a prima vista l'accettazione incondizionata del vissuto altrui può apparire per il terapeuta semplice da realizzare, è in realtà frequente constatare l'opposto, perché rinunciare alla propria missione curativa e trasformativa rappresenta per il terapeuta un'intollerabile aggressione alla propria identità. Come dice Hillmann *La missione si muta in trasformazione, non del disturbo, bensì delle mie norme di ordine*. Eppure è proprio questa modificazione il prerequisito essenziale a un'autentica relazione con l'altro: se non sono in grado di condividere con il paziente il senso dell'aspetto essenziale della sua esistenza costituito dalla condizione di incurabilità, la nostra relazione rimarrà infatti ambigua, falsa. Ma se il terapeuta è in grado di accettare realmente "l'incurabilità" dell'altro, spesso si assiste a una modificazione nel paziente: è possibile il manifestarsi di nuove emozioni, di aspetti della personalità fino a quel momento inespressi. Ciò che si trasforma non è quindi il disturbo di per sé, ma piuttosto il ruolo che esso svolge nell'economia psichica complessiva del soggetto. E, insieme al paziente, si trasforma il terapeuta che, rinunciando ai pregiudizi sulla missione terapeutica di cui è investito, potrà aprirsi alla relazione e alla comunicazione, divenire capace di accogliere e riconoscere gli aspetti positivi presenti nell'esperienza dell'altro, potrà condividere il senso del limite che accompagna la nostra esistenza.

Come afferma la fenomenologa Roberta De Monticelli: *La trascendenza non la si incontra che al limite della propria esistenza, là dove essa deve riconoscersi finita. Dove essa tocca con mano la propria fragilità, la propria dipendenza, la propria contingenza: in breve, la propria costitutiva separazione dall'essere. E in questa separazione, la propria irriducibilità alla realtà fisica, psicologica, sociale, storica di cui pure siamo anche fatti, e di cui con successo si occupano le scienze. Questo irriducibile è la propria libertà* (2000, p.76).

In *Psicologia della dementia praecox* Jung affermava: *Il fondamento essenziale della nostra personalità è l'affettività. Pensiero e azione non sono, per così dire, che un sintomo dell'affettività* (1907, p.46). Questa concezione poneva già delle differenze rispetto al pensiero di Freud (cosa che quest'ultimo non mancò di far notare fin dalle prime lettere del loro epistolario). Infatti la concezione di Bleuler, in gran parte accettata da Jung, considerava tutti gli affetti alla stessa stregua, senza riconoscere ad alcuni (in particolare quelli legati all'istinto sessuale) un ruolo qualitativamente diverso nell'ambito dell'economia psichica. Nei successivi sviluppi del suo pensiero Jung elaborò progressivamente il concetto di affettività, spogliandolo degli aspetti più

concretistici, per privilegiarne essenzialmente l'aspetto energetico, trasformando così il concetto di affettività in quello di *libido*. Cioè per Jung l'affettività (o *libido*) ha essenzialmente un'accezione energetica, è cioè quella tensione in grado di generare vita e trasformazione psichica (Gullotta, 1989). Talvolta il pensiero di Jung in proposito è stato interpretato come se la trasformazione provocata dalla *libido* avvenisse in maniera spontanea, autonoma. Cioè come se la *libido* fosse un'energia che si sviluppa e si trasforma naturalmente nel corso di un processo evolutivo autonomo. Questo atteggiamento è stato spesso sostenuto da molti esponenti post-junghiani, ma a nostro parere esso deriva da un grave fraintendimento. Affermare che un processo trasformativo psichico avviene in maniera autonoma significa semplicemente che esso avviene secondo modalità prevalentemente estranee alla coscienza dell'Io, estranee alla volontà e al desiderio dell'Io. Ma se trasformazione significa trasformazione degli affetti e attraverso gli affetti, dobbiamo essere consapevoli che non esiste vita affettiva se non in un contesto relazionale. Si deve pertanto prendere atto che tale processo è inserito all'interno di un contesto relazionale. L'ipotesi di un soggetto-monade è puramente teorica ed inconsistente dal punto di vista dell'esperienza.

3. La Psicologia della forma e la relazione figura-sfondo

Perls si riferiva ad alcuni interessanti esperimenti comprovanti come figure mancanti di tratti di delimitazione tendessero ad essere completate dall'atto percettivo che si configurava pertanto come una funzione non unicamente ricettiva ed elementare quanto come funzione capace di *organizzare attivamente* i dati sensoriali in funzione di una capacità intrinseca e non necessariamente derivata dall'esperienza.

Già nel 1927 una psicologa gestaltista, Bluma Zeigarnik, aveva sperimentalmente dimostrato come una situazione inconclusa polarizza una carica di energia destinata a completarla rendendo la stessa energia indisponibile per altri tipi di esperienza. Il mancato completamento della situazione precedente comporta un ripresentarsi ripetitivo della situazione stessa anche in luoghi e tempi successivi interferendo quindi con la possibilità dell'individuo di entrare efficacemente in contatto con i contesti in cui di volta in volta verrà a trovarsi.

I concetti richiamati in precedenza rimandano ad un altro aspetto fondamentale della Psicologia della Gestalt, quello di *figura/sfondo*. L'organizzazione del campo percettivo in figura e sfondo venne introdotta da Edgar Rubin che mise in risalto come la *figura* emergente suole essere contraddistinta da contorni definiti, rappresenta il *focus* dell'attenzione ed è caricata di una maggiore energia di relazione con l'osservatore. Lo *sfondo*, al contrario, rappresenta il resto del campo visivo ed è caratterizzato da attributi inversi a quelli menzionati per la figura emergente.

3.1. Teoria del Campo

Secondo la *Teoria del Campo* questa impostazione ogni oggetto non può intendersi che in relazione al contesto totale nel quale è incluso. La traslazione operata da K. Lewin dal campo delle forze fisiche di attrazione/repulsione ai comportamenti che è dato osservare nelle dinamiche all'interno dei piccoli gruppi intesi, a loro volta, come rientranti in sistemi di interazione più allargata, venne da Perls ripresa ed estesa anche a quanto avviene all'interno dell'individuo stesso.

L'individuo infatti, nell'espressione della sua esistenza concreta, non fa che muoversi all'interno di un campo di forze originate da interazioni di attrazione o repulsione in rapporto ad elementi esterni come pure risultanti dagli equilibri di forza tra elementi costitutivi del suo mondo interiore.

L'interpretazione del comportamento dell'individuo come imprescindibilmente collegato al campo di forze del contesto ambientale in cui si trova, sviluppata da Lewin, apriva quindi la possibilità di arricchire il tema della dinamica figura/sfondo di un ingrediente fondamentale: quello appunto dell'elemento di forza teso a riportare il sistema ad uno stato di *equilibrio omeostatico* e di redistribuzione ottimale delle valenze energetiche all'interno di un determinato campo.

«Il presupporre l'esistenza di uno stato stazionario di tensione, inoltre, implica una certa rigidità da parte del sistema in questione» asserisce K. Lewin (Lewin, tr. it. 1961). Tale rigidità, possiamo aggiungere anche alla luce dei successivi sviluppi della stessa *Teoria di sistemi*, è in relazione al fatto che il sistema considerato sia rigido o elastico, chiuso o aperto. Mentre infatti un sistema chiuso tende a mantenere uno stato di equilibrio nel rapporto tra gli elementi costitutivi, un sistema aperto all'immissione di elementi nuovi o influenzabile in qualche modo da altri sistemi o da un sistema più allargato che lo comprende, sarà soggetto ad una dinamica continua di redistribuzione di forze e di aggiustamenti reciproci tra le componenti. Tale è la situazione che inevitabilmente si osserva nell'uomo che rappresenta senz'altro il livello di più alta complessità di fattori e dimensioni interagenti, nei confronti di altre specie animali e degli elementi inanimati.

L'imprescindibile necessità di accostarsi all'uomo, ai suoi vissuti ed ai suoi comportamenti senza perdere di vista la dimensione sistemica, il campo delle forze all'interno del quale lo stesso si muove, rappresenta uno degli elementi che spinsero Perls a prendere le distanze dall'impostazione psicoanalitica tradizionale che poneva tutta la propria attenzione sugli *avvenimenti interni* dell'analizzato senza prendere in considerazione le *interazioni in concreto con l'ambiente* e privilegiando, nella stessa relazione transferale col terapeuta, gli elementi che lo legano al passato anziché quelli che hanno a che fare con la sua attuale modalità di rapportarsi con aspetti di realtà.

A favorire l'apertura su di una considerazione allargata degli accadimenti umani erano stati in vero anche due dei quattro analisti con cui Perls aveva lavorato individualmente. Sia la Horney, infatti, come più ancora Reich (e successivamente E. Fromm) rappresentano esponenti autorevoli della psicoanalisi che si dimostrano maggiormente interessati a considerare l'importanza non solo degli elementi pulsionali, endogeni, secondo l'impostazione originaria della teoria freudiana degli istinti, ma anche degli aspetti collegati al contesto socio-ambientale in cui l'individuo si muove. E questo non solo ad un livello di considerazioni metapsicologiche più generali, ma anche nel concreto del lavoro clinico sul soggetto.

Tale impostazione, quella cioè di lavorare direttamente sui sistemi allargati, famiglia e rete sociale, verrà come è noto sviluppata dai terapeuti relazionali coerentemente ai postulati della *teoria generale dei sistemi e della comunicazione*, ma trova nel lavoro nei gruppi, con le coppie e le famiglie, come infine nel lavoro di drammatizzazione tra parti interagenti del sé dell'individuo (secondo la tecnica del monodramma ampiamente utilizzato in Gestalt) una chiara espressione di come intendere un lavoro su di una figura emergente che non può comunque mai prescindere dal tenere presente le realtà contestuali (di sfondo) se non a costo di una riduttiva depauperazione del fenomeno stesso.

4. Olistismo ed evoluzione

Perls ricevette importanti stimoli sulla concezione olistica (dal greco holos: totalità) da parte di J. Smuts (1870-1930), filosofo e scienziato autore di *Olistismo ed evoluzione* (1926).

Secondo questo autore la evoluzione può definirsi come "lo sviluppo e la stratificazione graduale di serie progressive di totalità che si estendono dall'inorganico fino ai livelli più elevati della creazione spirituale".

A partire quindi da realtà aggregative più elementari, come possono essere le prime molecole inorganiche, la spinta evolutiva fa progredire l'universo verso sintesi sempre più complesse sotto forma di totalità che andranno a costituire a loro volta sovratotalità in un proliferare inesausto di complessità interagenti.

Anche in questo caso, fu merito di Perls tradurre un concetto scientifico-filosofico nella pratica della applicazione clinica.

In una impostazione definita di *olistismo situazionale* la condotta degli individui sarebbe determinata dall'emergenza di bisogni organizzati gerarchicamente in funzione di due categorie fondamentali: il bisogno di sopravvivenza e quello di crescita.

«Lasciando da parte la teoria degli istinti - dice Perls - e considerando l'organismo semplicemente come un sistema in equilibrio che deve funzionare adeguatamente dal punto di vista della sopravvivenza, la situazione più urgente è quella che assume la funzione di controllo, di organizzazione del

comportamento» in altre parole la gestalt che vuole essere prioritariamente completata.

L'Evoluzionismo di Smuts, consentì una progressiva radicalizzazione del concetto già implicito nella psicoanalisi e che evidenzia nel blocco, nella fissazione dei processi di maturazione psico-emotiva l'origine della nevrosi. Compito precipuo del terapeuta è quindi evidenziare gli elementi di auto-interruzione e quindi di auto-sabotaggio di detto fluire evolutivo ed adoperarsi per favorirne il superamento.

In una visione *olistica* d'interazione tra i diversi livelli di complessità tra loro circolarmente interagenti Perls introduce il concetto di *naturalità biologica* intendendo con questo termine non solo gli accadimenti della sfera organica, bensì i diversi livelli di complessificazione che, in una dimensione comunque di sostanziale omogeneità ed *isomorfismo*, ne derivano "Se le attività psichiche e fisiche sono dello stesso ordine, possiamo osservare entrambe come manifestazione dello stesso fenomeno: l'essere dell'uomo (Perls; 1973, p. 85).

In termini di concreta applicazione, il concetto di olistico implica conseguenze molto concrete: ogni fenomeno comporta generalmente sia aspetti di carattere cognitivo, che emozionale, sensoriale, immaginale e relazionale. Un pensiero, in altri termini, è generalmente associato ad una tonalità emotiva. La stessa comporta riverberazioni sul versante corporeo sia di tipo vegetativo che neuromotorio. Queste possono tradursi a loro volta in comportamenti agiti (verbali, mimico-gestuali o condottuali) con possibili conseguenze sulle relazioni.

Un buon lavoro gestaltico comporta quindi l'attitudine a dare *tridimensionalità* al vissuto emergente. Se la *porta d'ingresso* è un pensiero, ad esempio un ricordo o una traccia onirica, è utile collegarla appunto all'emozione che a questo si associa nonché alla sensazione somatica che la accompagna. Lo stesso valga per una emozione: quale immagine evoca e a quale pensiero si associa?

L'attitudine ad utilizzare abitualmente uno spettro comunicativo olistico consentirà in altri termini di non restare vincolati ad un unico codice semantico con possibilità di ricostruire in modo più rispondente lo spessore del vissuto che ci viene riferito.

4.1. L'autoregolazione organismica

La tendenza fondamentale dei viventi alla crescita trova un antecedente nella funzione di autorealizzazione introdotta da Goldstein (Goldstein, 1939). Una concezione di tipo atomistico cedeva il posto ad una di tipo olistico in cui funzioni biologiche, psicologiche e di relazione non sono che aspetti di un'unica dimensione composta di livelli interagenti e non separabili. È pertanto nella dinamica intrinseca dell'individuo che avviene il processo di riorganizzazione delle proprie funzioni seppure a livelli inferiori a quelli posseduti anteriormente al trauma.

Tale concezione suggerì a Goldstein una impostazione terapeutica, definita *organismica*, tesa a favorire l'autoregolazione dell'individuo a partire dalla acquisizione delle risorse reali disponibili da armonizzare in una strategia che ne consenta la complessiva ottimizzazione.

Tale concetto implica una continua negoziazione tra individuo e ambiente tendente alla attualizzazione delle risorse potenziali ed al raggiungimento di una situazione ottimale dal punto di vista del riequilibrio energetico attraverso le fasi della accumulazione, distribuzione e scarica della energia stessa.

Molti degli esercizi presentati nella prima parte della libro *Terapia della Gestalt* (1951) hanno lo scopo di produrre un sovvertimento di schemi di riferimento vissuti come imprescindibili e quindi rigidamente immutabili. Infinite ingiunzioni di tipo limitativo restringono, in effetti, la gamma delle nostre possibili esperienze di vita e ci costringono forzatamente entro schemi ripetitivi di pensiero e di comportamento in cui viene meno il fondamentale aspetto del fluire sempre nuovo del vivere e del conoscere.

5. L'approccio fenomenologico-esistenziale

Al di là delle tecniche impiegate la Gestalt si poggia su un definito orientamento epistemologico che si rifà alla fenomenologia e dall'esistenzialismo. Gli aspetti che, in sintesi, merita richiamare sono:

- il primato del vissuto concreto nei confronti dei principi astratti;
- l'irripetibile singolarità dell'esperienza umana mai completamente assimilabile a modelli generalizzati di riferimento;
- la nozione di responsabilità (abilità a rispondere), di possibilità di scelta pur all'interno di innegabili condizionamenti biologici e socioambientali. In tale prospettiva noi siamo comunque artefici delle nostre azioni ed anche dei messaggi che il nostro corpo esprime seppure ad un livello non sempre consapevole. Anche il sintomo assume quindi un preciso significato comunicativo di cui il soggetto viene chiamato ad assumersi una responsabilità (da non confondersi *tout court* con attribuzione di causa e conseguente colpa).

Anche a livello di intervento terapeutico "La terapia gestaltica è un approccio esistenziale, e questo significa che non ci occupiamo soltanto di trattare con i sintomi o con la struttura caratteriale, ma con l'esistenza totale della persona." (Perls, 1969, 75).

In una visione olistica di interazione tra i diversi livelli di complessità tra loro circolarmente interagenti Perls rifiuta sia l'orientamento a ridurre il tutto ad una dimensione materialistica come pure spiritualistica. Egli introduce, forse con qualche approssimazione e senza sostanziare la sua posizione con una più ampia elaborazione concettuale, il concetto di *naturalità biologica* intendendo con questo termine ben più dei semplici accadimenti della sfera organica, bensì i diversi livelli di complessificazione che in una dimensione comunque di sostanziale omogeneità ne derivano.

Sviluppare quindi l'attitudine a cogliere i fenomeni, e a farlo affinando vieppiù le capacità percettive e di ascolto come pure l'abilità a favorire l'aggregazione dei dati raccolti in insiemi significativi ed unificanti che corrispondano quanto più possibile alle rappresentazioni dell'interlocutore non contaminandole con elementi protettivi.

Per estendere al tema un concetto di Husserl «Si tratta di ritornare al discorso sulle cose, alle cose stesse, tali e quali appaiono a livello di fatti vissuti, anteriormente ad ogni elaborazione concettuale deformante» (da S. Ginger, 1987, 64).

Al di là di interpretazioni riduttive per le quali il fenomeno sarebbe “ciò che appare immediatamente” o “ciò che appare ovvio” appare indubbio il radicale convincimento di Perls condiviso con Husserl per il quale “l'essenza dell'essere è di svelarsi, manifestarsi, di apparire, di essere fenomeno” (da G. Ariano, 1994, 36) motivo per il quale non si tratta di andare *al di là* del fenomeno per accedere al *noumeno*, alla verità ultima dal momento che è appunto *attraverso* questo che la verità si esprime.

6. La teoria del sé

Il Sé, nella concezione della Gestalt, viene considerato innanzitutto come una funzione (non quindi un'istanza o un *apparato psichico* nel senso attribuito dalla Psicoanalisi all'Io o all'Es). Più in particolare è la *funzione di adattamento creativo* (Perls, Hefferline, Goodman, 1951, 433). L'adattamento creativo è il risultato di una complessa interazione tra un organismo ed un ambiente nel contatto reale che tra i due si stabilisce in un luogo ed in un tempo definito.

Il Sé quindi, come del resto ogni entità socio/biologica, non può considerarsi in astratto, come un qualcosa di determinato, fisso e atemporale, ma solo in relazione al *campo*, all'ambiente o sistema al quale appartiene o con il quale comunque interagisce in un dato momento in cui viene preso in considerazione.

A questa interazione viene anche dato il termine di *contatto* (Perls et al. *ibid.*, 434). Il termine sottolinea un aspetto molto concreto, *tangibile* appunto di questa interazione. Sottolinea, in altri termini, un insieme di operazioni che si riferiscono sì a funzioni anche psichiche (si può avere un contatto visivo, emotivo, di pensiero), ma delle quali si vuole mettere prioritariamente in evidenza il fondamento organico, biologico.

“Chiamiamo sé (conservo il minuscolo nella traduzione dall'inglese) il complesso sistema di contatti necessario per l'adattamento in un campo difficile. Si può considerare che il sé si trovi sulla linea di demarcazione dell'organismo, ma la linea di demarcazione stessa non è isolata dall'ambiente; essa è in contatto con l'ambiente, appartiene ad entrambi, all'organismo e all'ambiente (Perls et al. *ibid.*, 436).

Aspetti del sé e analogie con gli apparati psichici freudiani

Ci riferiremo in sintesi agli elementi costitutivi del Sé che, solo a titolo di menzione, sono l'Es, l'Io e la Personalità nei quali si evidenzia una chiara derivazione dai concetti della impalcatura concettuale freudiana.

L'Es, infatti, rappresenta l'insieme più o meno indifferenziato ed irrazionale di pulsioni, eccitazioni organiche, tracce mnestiche relative al passato ed è fortemente connesso con la dimensione corporea. In sintesi può venire considerato il *mondo interno* nella vasta gamma delle accezioni psico/biologiche che a questo termine possono riferirsi.

La *Personalità* rappresenta il sistema degli atteggiamenti assunti nei *rapporti interpersonali*. Tale *immagine* potrà essere più consona e funzionale al nostro modo di essere autentico o, al contrario, il risultato di un certo numero di concezioni errate di noi stessi, di introietti, di ideali dell'Io di maschere etc. (Perls et al., 1951, 445). Questo avviene appunto nella personalità nevrotica dove si assiste ad una fissazione ad un passato immutabile in cui i vecchi schemi adattivi, pur non rispondendo più alle mutate esigenze dell'interazione con l'ambiente, si riproducono con un automatismo rigido e disfunzionale.

L'Io rappresenta la funzione decisionale di scelta/rifiuto in risposta all'emergere di richieste e pulsioni provenienti dal mondo interno od esterno. L'esercizio di una intenzionalità sana, quindi, consisterà nella limitazione consapevole di certi interessi, percezioni e spinte in modo da potersi concentrare su altre, mentre quella nevrotica rappresenterà una serie di auto-interruzioni nella possibilità di accondiscendere a stimoli di crescita e di cambiamento a causa di intoppi e di *gestaltirrisolte*. Queste sottrarranno l'energia necessaria per il passaggio all'azione e il soddisfacimento dei bisogni, l'appagamento dei desideri e delle spinte esplorativo-creative.

Pur nella analogia con gli apparati dell'Es dell'Io e del Super-Io è fondamentale cogliere la differenza di impianto teorico nei confronti della Psicoanalisi. In questa, in realtà, la dimensione inconscia viene associata prevalentemente all'Es e quindi alle pulsioni libidico-aggressive e al principio del piacere. La dimensione superegoica, di converso, è all'insegna del principio di realtà e di una strutturale condizione repressiva nei confronti delle spinte istintuali. Tale conflittualità intrinseca, più che legittima considerato il clima culturale del tempo ed espressa con dovizia di considerazioni metapsicologiche da Freud nel *Disagio della civiltà*, viene superata da una concezione meno pregiudiziale sulla appartenenza di campo dei due apparati in conflitto (piacere-realtà).

6.1. Verso un modello rappresentativo del sé

Questi, in sintesi estrema, i concetti classici sulla teoria del Sé. A questi presupposti intendiamo introdurre aspetti evolutivi che ci sembrano particolarmente appropriati in tema di psicosomatica. Mi riferisco alla possibilità di rappresentare il Sé, in una versione che considero preliminare, come una *membrana cellulare*. Questa rappresentazione non è nuova e viene sottolineata con forza ed ampio corredo di riferimenti bibliografici da Didier Anzieu che su questo tema ha pubblicato nel 1985 un libro dal titolo appunto *L'Io pelle*.

Questa derivazione, i cui aspetti costitutivi vedremo più avanti, rappresenta la possibilità di ricondurre i tanti fenomeni biopsichici ad uno schema unitario ed

elementare che fornirà un'utile griglia di collegamento tra tanti fenomeni attualmente considerati in modo disarticolato e poco organico.

Una critica che, di primo impatto, può essere avanzata ad un procedimento di questo tipo è il pericolo di operare abusive estrapolazioni tra fenomeni qualitativamente distinti quali sono gli accadimenti biologici e quelli psichici. In realtà, sempre per citare Anzieu: “Uno dei principi fondamentali della psicoanalisi è che ogni attività psichica si appoggia su una funzione biologica. L'Io-pelle trova il proprio appoggio sulle funzioni della pelle”.

Questo tipo di impostazione, comune a quanti si sono dedicati alla ricostruzione delle prime fasi del funzionamento psichico, è del resto condivisa dallo stesso Perls che non manca di ribadire, ad ogni piè sospinto, quanto le funzioni psichiche non possano in alcun modo essere distinte e scisse da una originaria dimensione *organismica* quale che sia il livello di funzionamento emergente (Perls et al., 1951, 436): “Il contatto consiste nel toccare, nel toccare qualcosa. Non si deve pensare al sé come ad un'istituzione fissa; esso esiste ogniqualvolta e dovunque vi sia nei fatti un'interazione sulla via di demarcazione”. E ancora Anzieu: “L'esperienza si verifica ai confini tra l'organismo e il suo ambiente, fondamentalmente nell'epidermide e negli organi di risposta sensoriale e motoria “(ibid. 267).

Tale impostazione, rappresenta un'acquisizione *strutturale* del pensiero psicoanalitico e dello stesso Freud - espresso in particolare nel *Progetto per una psicologia* del 1925 - seppure l'attenzione prevalente si sia orientata nei fatti a dare maggiore risalto ai contenuti mentali e fantasmatici degli apparati psichici anziché alla loro inscindibile derivazione ed interconnessione con i presupposti biologico-corporei. A tale matrice biologico-organismica la Gestalt tende a ricollegarsi nel pensiero di Perls.

FRANCESCO LAMIONI

PSICOLOGIA E SALUTE

Estratto

*Il concetto di salute, riletto alla luce del rivoluzionario paradigma epistemologico introdotto da Engel alla fine degli anni settanta, viene a coincidere per l'Organizzazione Mondiale della Sanità con uno stato di benessere fisico, psicologico e sociale. Ciò introduce una nuova prospettiva d'intervento sanitario, che non si esaurisce in un'azione di prevenzione primaria, ma si cimenta in un tentativo di promozione di un miglior stato di salute della persona. Questa sembra dover essere una delle principali sfide del futuro nella sanità mondiale. In ambito psicologico, chi più di altre mostra interesse a raccogliere tale sfida è la neonata branca **Psicologia della Salute**, la quale, attingendo alle conoscenze della psicologia sperimentale (e neuroscienze), psicofisiologia clinica, psicosomatica, psicologia sociale e delle organizzazioni, realizza interventi psicoeducativi volti alla promozione della salute del singolo come della comunità.*

Avrei piacere di avviare questa personale dissertazione su *Psicologia e Salute* proprio a partire dall'analisi etimologica dei termini in questione.

Se, rispetto al termine "psicologia", possiamo essere fiduciosi di riscontrare un ampio accordo in merito al significato che la "gente comune" gli attribuisce, la stessa cosa non dobbiamo aspettarcela nei confronti del termine "salute". In questo caso, infatti, è necessario riconoscere la natura profondamente inflazionata del termine, quale conseguenza degli infiniti contesti in cui viene incessantemente speso.

È di grande interesse poter osservare come, anche nello specifico contesto scientifico-sanitario, il termine "salute" abbia assistito negli anni ad un continuo rinnovamento di significato.

Nell'enciclopedia Rizzoli Larousse, alla voce "salute" troviamo: "stato di benessere di un organismo che sia esente da malattia, difetti o disturbi. – *Med.*: stato di equilibrio organico che traduce la normalità strutturale e funzionale dell'intero organismo" (Gillon, Hollier-Larousse, Ibos-Augé, et al., 1970).

Più recentemente, nel dizionario della lingua italiana Le Monnier, alla stessa voce, riscontriamo una posizione leggermente modificata: "condizione di

benessere fisico e psichico dovuta a uno stato di perfetta funzionalità dell'organismo" (Devoto, Oli, 1990-2003).

Sebbene in entrambi i contesti, si faccia riferimento alla salute come ad una condizione scaturente dalla perfetta funzionalità dell'intero organismo, nella fonte più recente si guarda alla dimensione psichica come parte integrante della stessa condizione di salute.

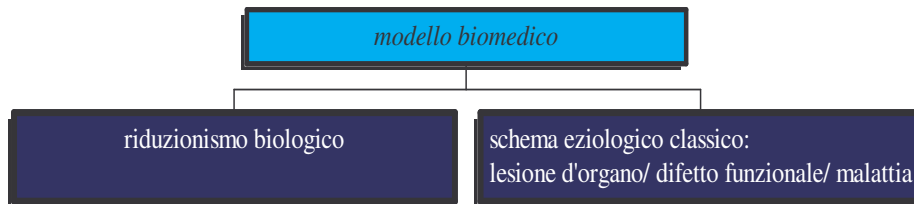
Ciò che invece non sembra modificare, è il fatto di ricondurre la salute ad un'unica dimensione biologico-organismica. Anche lo stesso livello psichico, infatti, rimanda ad una natura *ultima* qual è quella indicata dall'univocità interpretativa del riduzionismo biologico.

Dalla nascita della medicina scientifica nel Rinascimento (la prima grande opera anatomica costruita su basi sperimentali da Andrea Vesalio, il *De humani corporis fabrica*) fino al termine degli anni settanta, il modello di riferimento epistemologico utilizzato per la comprensione dello stato di salute dell'uomo è quello *biomedico* (fig.1).

Esso trova fondamento su due principi tra loro strettamente collegati:

- riduzionismo biologico, per cui qualsiasi altro livello di analisi identificabile nello studio dell'uomo, secondo una prospettiva scientifico-sanitaria, deve essere ricondotto a quello, sottostante ed ultimo, biologico;
- schema eziologico classico, secondo il quale il processo patogenetico avrebbe inizio sempre e comunque da una lesione d'organo, da cui seguirebbe un difetto funzionale esitante nella malattia.

Fig.1:



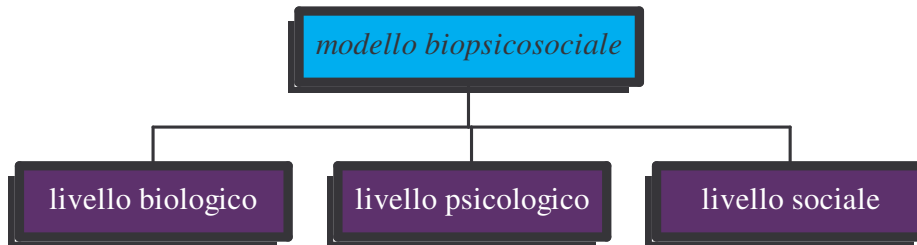
Gli ultimi anni settanta, però, sono oramai maturi ad accogliere un cambiamento epistemologico di portata rivoluzionaria¹.

Al modello biomedico si sostituisce quello *biopsicosociale* (fig.2).

A differenza del primo modello, quest'ultimo riconosce tre livelli distinti tra loro integrati, ciascuno dotato di pari dignità rispetto agli altri. In altri termini nessuno è riconducibile a nessun altro livello, poiché ciascuno è espressione di una dimensione di per sé ultima.

¹ Engel G.(1977), "The need for a new medical model: a challenge for a biomedicine", *Science*, 196, 129-136.

Fig.2:



A partire da questa rivoluzione epistemologica, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) giunge a definire la salute come uno "stato di benessere fisico, psicologico e sociale".

A ben guardare, questa definizione di salute, confrontata a quelle precedenti, denuncia due aspetti autenticamente originali. L'affrancamento definitivo dalla dimensione biologico-organismica; la rinuncia a riconoscere lo stato di salute quale conseguenza diretta dell'assenza della malattia

Per la prima volta, quindi, la salute non è più definita in negativo, come assenza di qualcos'altro, ma uno stato positivo in cui si integrano unitariamente funzioni diverse, orientate al benessere dell'organismo stesso.

Anche la salute, come la malattia, viene allora considerata un *continuum* che si sviluppa per differenti livelli qualitativi. In realtà salute e malattia sono dimensioni compresenti ed inversamente proporzionali di una gradualità che si articola lungo lo spazio delimitato da due estremi: *morte e alta qualità della vita* (fig.3a). A. Antonowsky a tale proposito afferma: "siamo tutti casi terminali, così come, fino a che c'è un soffio di vita, siamo tutti in una certa misura sani" (Antonowsky, 1987).

Ma c'è di più, di regola si è portati a considerare il continuum salute-malattia solo nella prospettiva unidimensionale somatica, quindi organica ed oggettiva, dimenticando completamente quella soggettiva o psicologica, vale a dire il continuum benessere-malessere, relativamente indipendente seppure profondamente intrecciato col primo (fig.3b).

Fig.3a:

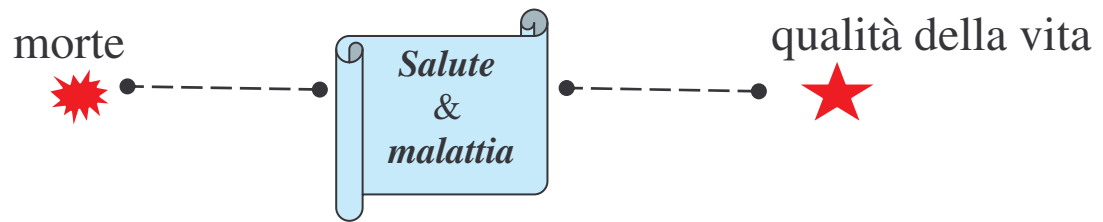
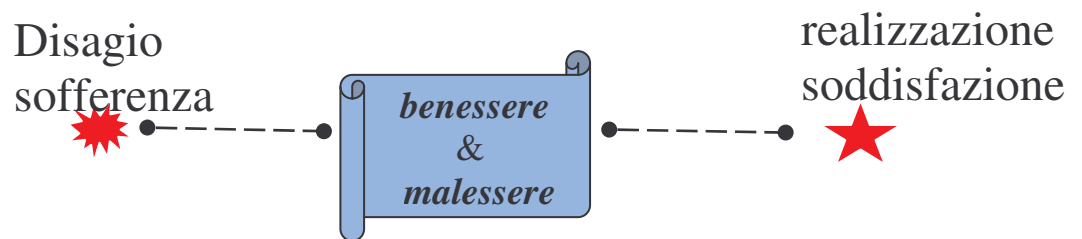


Fig.3b:



Questa nuova idea di salute, allora, non più intesa semplicemente come uno stato da conservare attraverso una strenua difesa dall'incessante rischio di malattia, ma riconosciuta nella sua intrinseca natura evolutiva, abilita a considerare l'ipotesi di realizzare interventi mirati di *promozione della salute*. Attraverso il cambiamento di paradigma, quindi, si è passati dalla staticità di sapore meccanicista della prevenzione, alla dimensione dinamico-evolutiva della promozione della salute.

Se la prevenzione primaria (distinzione della prevenzione in tre livelli di intervento secondo la medicina sociale, Korchin 1977), garantisce di prevenire la pato-genesi preservando il soggetto dal rischio di assumere comportamenti pato-geni, la promozione della salute, a sua volta, implica lo studio della saluto-genesi e si esprime promuovendo nelle persone l'acquisizione di comportamenti saluto-geni.

Si tratta, in sintesi, di aiutare la persona a sviluppare, mantenere e usare le capacità fisiche, mentali ed emotive nella complessa rete delle sue relazioni sociali.

È bene precisare da subito, come la distinzione tra promozione e prevenzione viene giocata su motivazioni profondamente diverse, che inevitabilmente determinano differenze sia sul piano soggettivo che oggettivo. Provando a radicalizzare la differenza, è possibile rintracciare un'analogia con l'atteggiamento di chi vive nell'amore della vita, rispetto a quello di chi vive nella paura della morte.

A partire da questo rinnovato panorama scientifico, chi più di altri accoglie, in ambito psicologico, le emergenti evenienze teorico-pratiche è la **Psicologia della Salute**, neo-nata branca della psicologia che si costituisce per la prima volta negli Stati Uniti d'America tra la fine degli anni settanta ed i primissimi degli anni ottanta, come risultato della formazione della Divisione 38 (appunto di Psicologia della Salute) dell'*American Psychological Association*.

Matarazzo nel 1980, definisce la Psicologia della Salute come:

..l'insieme dei contributi specifici della disciplina psicologica, alla promozione e al mantenimento della salute; alla prevenzione e al trattamento della malattia; all'identificazione dei correlati eziologici, diagnostici della salute, della malattia e delle disfunzioni associate; all'analisi e al miglioramento del sistema di cura della salute e di elaborazione delle politiche della salute.

Oggidì, le principali ragioni di morte sono rappresentate, anziché dalle malattie infettive, perlopiù acute, da quelle ad andamento cronico quali cancro, diabete, malattie cardiovascolari ed infortunistica, specialmente se stradale.

Rispetto a queste malattie, l'importanza dei fattori psicologico-comportamentali diviene decisiva a tutti i livelli, ovvero, nell'insorgenza, nell'evoluzione e nella gestione delle stesse.

Ai fini di una schematizzazione esemplificativa, è possibile distinguere tre ampie categorie in cui riscontrare i suddetti fattori:

- 1) stili di vita;
- 2) reazioni alla malattia e al ruolo di malato;
- 3) effetti psicofisiologici diretti (fattori psicologici non mediati da quelli comportamentali).

Nei primi due punti si fa riferimento a tutte quelle situazioni in cui specifici comportamenti, a loro volta sostenuti da processi psichici non sempre consapevoli, mettono a rischio la salute o la stessa incolumità della persona. Basti pensare, ad esempio alla dipendenza da fumo o alcol, al mancato uso delle cinture di sicurezza, al perseguimento di diete inadeguate o, per finire, alla mancanza di esercizio fisico.

Intervenire alla modificazione dei comportamenti significa necessariamente riconoscere e confrontarsi con una dimensione emotiva sottostante, con bisogni alla ricerca persistente di soddisfazione e processi mentali di razionalizzazione, come meccanismo di difesa consapevole.

Il tema indicato al punto due, poi, evidenzia quanto possa essere importante l'assunzione di un corretto comportamento nel ruolo di malato, rispetto alla malattia da cui s'è afflitti, così come verso la figura del medico curante.

Una persona capace di ascoltare il proprio corpo e riconoscerne i segnali di disagio/sofferenza, sollecita a portarli all'attenzione degli esperti e disponibile a seguirne le indicazioni terapeutiche (il termine usato in questi casi è di *compliance*), aiuta innanzitutto sé stessa e, in seconda battuta, il sistema sanitario ad evitare inutili sprechi economici, oltre che inevitabili problemi organizzativi per un inadeguato utilizzo.

Nella terza ed ultima categoria vengono annoverati tutti quei casi, sempre più numerosi, in cui è riconosciuta una chiara relazione causale tra *stress*, quindi atteggiamento psicologico rispetto ai comuni *stressors* (Selye, 1971), e malattie somatiche.

Malattie che un tempo erano considerate di natura strettamente organica, oggi sono state ri-conosciute come psicosomatiche : ictus, tubercolosi, diabete, leucemia, cancro, malattie cardiache (comportamento di tipo A: urgenza di tempo, competitivo, ostile), malattie infettive, influenza ecc.

Tutto ciò diventa sempre più comprensibile alla luce delle maggiori conoscenze sul cervello come coordinatore delle funzioni mentali, del comportamento e dei processi che regolano le funzioni corporee (come ad esempio i meccanismi omeostatici e quelli immunologici); questi processi, a loro volta, influenzano la reattività dei tessuti o la resistenza ai vettori patogeni di ogni tipo.

In questo modo il cervello fornisce una comune rete di vie e circuiti, che possono servire a collegare gli aspetti fisico-chimici e quelli simbolici dell'ambiente con i corrispondenti aspetti fisico-chimici e simbolici della persona (Reiser, 1980).

Ricerche di neuropsicoimmunologia dimostrano che il cervello è in grado di comunicare con gli apparati e le cellule del sistema immunitario e viceversa (Solano e Coda, 1994).

Riguardo a quale possa essere il contributo della Psicologia della Salute in merito a queste problematiche, che tanto preoccupano il contesto sanitario, è quanto mai indiscutibile in ordine a pregio e grandezza. Ma ciò che in questa circostanza mi preme maggiormente di puntualizzare, non sono tanto le potenzialità di questa disciplina rispetto ad interventi di natura preventiva, quanto ciò che tale branca della psicologia è in grado di fare in termini di promozione della salute, dal momento che proprio rispetto ad essa riesce ad esprimere al meglio la sua originalità.

È evidente, però, che pensare di realizzare interventi psicoeducativi in ambito di promozione della salute, implica necessariamente il riconoscimento di quali debbano essere gli indicatori psicosociali e comportamentali di salute, dal momento che, dopo il crollo del modello biomedico, la salute non può essere più valutata unicamente sulla base di criteri fisici. Tale stato di necessità ha aperto un'interessante quanto non facile dibattito in seno alla comunità scientifica. Da tempo, ormai, la Psicologia della Salute è attivamente impegnata in programmi di ricerca in questa direzione.

Per il momento, fra gli indicatori positivi di salute per i quali si può riconoscere una consistente base di consenso empirico, si possono ricordare i seguenti:

- a) competenza sociale;
- b) buona stima di sé;
- c) *problem solving*;
- d) percezione accurata, controllo e appropriata espressione delle emozioni.

Già a partire da questi indicatori è possibile concepire concretamente la realizzazione di interventi mirati di tipo psicoeducativo.

Ad esempio rispetto al punto (d) sono previsti programmi per lo sviluppo dell'apprendimento emozionale. Si parla infatti in questo caso di un'abilità emotiva, o intelligenza emotiva, che può essere opportunamente incrementata attraverso azioni tese (Goleman, 1996):

- all'acquisizione di una maggiore conoscenza delle proprie emozioni;
- al controllo e alla regolazione delle proprie emozioni;
- alla capacità di sapersi motivare;
- al riconoscimento delle emozioni altrui (empatia);
- alla gestione delle relazioni sociali fra individui e nel gruppo (capacità di leadership, negoziazione ecc.).

Allo stesso modo, sono previsti interventi rivolti ad incrementare il senso di autoefficacia e di competenza sociale della persona.

Tali interventi, peraltro mutuati dalla psicologia della comunità, vengono detti di *empowerment* (Rappaport, 1981), una parola inglese con la quale si indica contemporaneamente un processo e un risultato, ovvero, il processo che permette ai singoli e ai gruppi di accrescere le proprie capacità di controllare attivamente la propria vita (il verbo *to empower* significa infatti "favorire l'acquisizione di potere, rendere in grado di"), ma anche la condizione finale di chi è oramai divenuto capace di esercitare questo controllo.

In termini operativi, l'intervento di empowerment comprende un processo tridimensionale che include (Kiefer, 1982):

- lo sviluppo di un più potente senso di sé in rapporto con l'ambiente;
- la costruzione di una comprensione più critica delle forze sociali che impattano il proprio mondo quotidiano;
- l'elaborazione di strategie funzionali e di reperimento di risorse per raggiungere obiettivi personali.

Come è dato di osservare, l'idea sottostante a questi interventi psicoeducativi consiste nel ritenere, peraltro non diversamente dal comune buonsenso, il potere e la sensazione di controllo una risorsa fondamentale per lo sviluppo e il benessere dell'individuo. Numerosi i contributi teorici, in ambito scientifico, capaci di sostenere questa ipotesi: il *locus of control* (Rotter), l'impotenza appresa (Seligman), l'autoaffermazione (Mac Dougall), la competenza (White), la *self-efficacy* (Bandura).

Per finire, in ambito evolutivo, sono previsti programmi di intervento psicoeducativo, di ampie proporzioni, conosciuti col nome di *Life Skills Education*. Questi programmi, sviluppatisi in Nord America a partire dagli anni '80, si stanno diffondendo in varie parti del mondo, Italia compresa, soprattutto per impulso della Divisione di Salute Mentale dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità).

Essi prevedono l'insegnamento di abilità e competenze psicosociali centrali per la promozione della salute e del benessere dei bambini e degli adolescenti, consentendo loro di operare con competenza sia sul piano individuale che sociale.

Le capacità previste in tali programmi sono le seguenti:

- capacità di prendere decisioni;
- capacità di risolvere problemi;
- pensiero creativo;
- pensiero critico;
- comunicazione efficace;
- capacità di relazioni interpersonali;
- autoconsapevolezza;
- empatia;
- gestione delle emozioni;
- gestione dello stress.

Al termine di questa sintetica esposizione dei principali interventi psicoeducativi attuabili nel contesto della promozione della salute, è indispensabile concludere richiamando l'attenzione del lettore ad una *riflessione* che dia ragione autentica e profonda di questa stessa trattazione a tema.

Ai fini della riflessione, bisogna partire dal considerare il particolare quadro epistemologico entro il quale è nata e cresciuta la psicologia. Tale contesto di riferimento teorico ha fatto sì che il funzionamento della psiche sia stato studiato concepito e trattato più come meccanismi "dati", da individuare e

correggere, che non come processi evolutivo-adattivi sul cui orientamento giocano precisi fattori autopoietici.

Le funzioni della mente indagate da psicofisiologi, generalisti, evolutivisti, psicosociologi, sono così emerse più nella prospettiva di strutture da valutare e conservare, alla luce di una norma astratta, anziché come “risorse” da rispettare e assecondare nel circolo virtuoso delle transazioni evolutive, individuali, sociali ed ecologiche.

Adesso, dopo quanto è stato detto sin qui, si tratta di iniziare a prestare attenzione alle scoperte di base della psicologia per valorizzarne le acquisizioni secondo una linea assolutamente innovativa.

È questo il grande sforzo che sta compiendo parte della psicologia ed in particolare la Psicologia della Salute, come branca specifica di neoformazione, la quale ha costruito organizzato ed articolato il proprio statuto intorno a tale finalità.

Essa, infatti, guarda con occhio nuovo e diverso al complesso delle acquisizioni oggi a disposizione degli psicologi, considerando le funzioni della mente non tanto e non solo come patrimonio da conservare, pre-servare, correggere se lesionato quanto come risorse, o “abilità di vita”, da riconoscere e da sollecitare per il miglior funzionamento individuale e collettivo.

In questa prospettiva anche la figura professionale dello psicologo viene necessariamente ripensata. Esso non è più concepito soltanto come terapeuta, preoccupato di intervenire sul disagio, ma anche come professionista che opera per sollecitare risorse psicologiche sane attraverso interventi psicoeducativi, quindi, strumento tecnico per “insegnare”, potenzialmente a tutti, delle competenze psicologicamente rilevanti e per questo utili a migliorare la qualità della propria vita.

Bibliografia

Antonovsky A. [1987], *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*, Jossey-Bass, San Francisco.

Augé, Gillon, Hollier-Larousse, Moreau & Compagnie [1964], *Enciclopedia Universale*, Rizzoli, Milano, 1966.

Devoto G., Oli G.C. [1990-2003], *Dizionario della Lingua Italiana*, Le Monnier, Firenze.

Engel G. [1977], *The need for a new medical model: a challenge for a biomedicine*, “Science”, 196, American Association for the Advancement of Science, Washington.

- Francescato D., Manuela T. (1999), Il ruolo dell'empowerment nella promozione della salute e del benessere, "Psicologia della Salute", n. 2, pp. 58-63, FrancoAngeli, Milano.
- Gillon E., Hollier-Larousse J., Ibos- Augé J., Moreau C., Moreau J. L. [1970], Enciclopedia Universale, Rizzoli-Larousse, vol. XIII, p.305.
- Goleman D. [1995], *Intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano, 1999.
- Kieffer C.H. [1982], *The emergence of empowerment: the development of participatory competence among individuals in citizen organizations*, "Division of Community Psychology Newsletter", 16(1), APA Division 27, Knoxville, Tennessee.
- Korchin S.J. [1976], *Modern clinical psychology*, Basic Books, New York. Trad. it.: *Psicologia clinica moderna*, Borla, Roma, 1977.
- Matarazzo J. [1980], Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology, "American Psychologist", n. 35, pp. 807-817.
- Rappaport J. [1981], *In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention*, "American Journal of Community Psychology", 9, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York.
- Reiser M. [1980], *Implication of a biopsychosocial model for research in Psychiatry*, "Psychosomatic Medicine", 42, Elsevier Science Publishing Co., New York.
- Selye H [1950], *Stress*, Acta Medica Publisher, Montreal. Trad. it.: *Stress senza paura*, Rizzoli, Milano, 1971.
- Solano L. Coda R. [1994], *Relazioni emozioni salute: introduzione alla psicoimmunologia*, Piccin, Padova.

GIAMMARCO BONSAANTI

NEUROPSICOLOGIA E SCLEROSI MULTIPLA
DALL'ASSESSMENT ALLA RIABILITAZIONE

Estratto

Negli ultimi dieci anni la valutazione dei deficit cognitivi associati alla SM sta aprendo nuove prospettive sulle possibilità riabilitative e contribuendo al miglioramento della qualità di vita dei soggetti. La nostra esperienza allo stato attuale si propone un contributo pratico nel miglioramento dei servizi e della QOL dei soggetti con sclerosi.

INTRODUZIONE

La *Sclerosi Multipla (SM)* è un'importante malattia infiammatoria del Sistema Nervoso Centrale sia per la sua frequenza e cronicità, sia per la sua tendenza a colpire in particolare giovani adulti. Si tratta di una malattia cronica progressiva a decorso impreveduto, che colpisce il sistema nervoso centrale. E' caratterizzata dalla distruzione della *guaina mielinica* che avvolge le fibre nervose consentendo la trasmissione dei "messaggi" dal/al cervello e le altre parti del corpo. E' proprio la guaina mielinica che consente la trasmissione rapida e coordinata degli impulsi nervosi. La velocità e l'efficienza di tali impulsi consente l'esecuzione di movimenti armonici, rapidi e coordinati con poco sforzo conscio. Quando le fibre nervose perdono parte della mielina che le riveste la conduzione risulta rallentata e desincronizzata.

La Sclerosi Multipla fa parte delle cosiddette "*malattie autoimmunitarie*" nelle quali il corpo non riconosce più le proprie cellule da quelle estranee e quindi attacca i propri tessuti. La tesi più accreditata è quella che ipotizza l'esistenza di un processo autoimmune probabilmente scatenato da un agente ambientale in soggetti predisposti.

Le aree in cui la mielina è stata danneggiata o distrutta vengono definite "placche" o "lesioni" e appaiono come cicatrici che

compaiono in tempi ed in aree diverse del cervello e del midollo spinale (il termine stesso Sclerosi Multipla significa: cicatrici multiple).

La grande varietà dei sintomi della SM rispecchia la variabilità della localizzazione e dell'estensione della lesione anatomo-patologica. Tuttavia, se per certi sintomi la sede di lesione è di solito ben definita, per i disturbi cognitivi in particolar modo, può essere meno certa.

LA NEUROPSICOLOGIA E LE FUNZIONI COGNITIVE

Una delle discipline che si occupa dei disturbi cognitivi correlati alla SM è la *neuropsicologia*.

Se per i modelli della neuropsicologia classica questa corrispondenza tra anatomia e funzione veniva collocata a livello di precise aree cerebrali, per i moderni modelli della neuropsicologia cognitiva tale corrispondenza è posta tra moduli e struttura neuronale a livello di circuiti complessi che probabilmente interessano più aree cerebrali (pensiamo per esempio ai circuiti che sottendono la memoria a lungo termine o le funzioni attentive).

Solo da alcuni anni si sa che la SM può interessare anche le funzioni cognitive. Solo negli ultimi 20 anni l'attenzione dei ricercatori si è rivolta allo studio della prevalenza e alla caratterizzazione dei deficit neuropsicologici in corso SM. La valutazione della compromissione delle funzioni cognitive nei pazienti con SM è pertanto un argomento di ricerca e di dibattito che rimane attuale, in cui uno dei dati certi è l'estrema variabilità dei dati ottenuti (Rao S.M., Leo G.T., 1989)

Le *funzioni cognitive* sono quei processi che si svolgono a livello cerebrale con lo scopo di coordinare e organizzare tutto ciò che avviene a livello motorio e sensoriale, permettendo così la comunicazione con il mondo esterno. Tali processi che peraltro non necessariamente raggiungono il livello della coscienza, possono essere influenzati da molti fattori, per es. l'atteggiamento emotivo, la stanchezza, lo stress, la depressione ecc.. Alcune funzioni cognitive superiori sono ad esempio: la memoria, il ragionamento, l'apprendimento, l'attenzione

Quando si parla di *deficit cognitivi* ci si riferisce ad un'alterazione di questi processi e quindi a disturbi che possono riguardare una delle funzioni superiori così come la comunicazione: l'analisi dei messaggi provenienti dall'esterno attraverso i canali sensoriali, la decodifica, l'interpretazione e la risposta. (Cutajar, R., 1993; Masini, M. e Cutajar, R., 2001)

Ad oggi se la conoscenza scientifica degli aspetti strettamente neurologici è pervenuta ad un grado notevolmente avanzato, lo studio delle alterazioni delle funzioni mentali superiori, ha mostrato solo negli ultimi anni, un notevole impulso nelle relative conoscenze neuropsicologiche.

L'entità della compromissione cognitiva dei disturbi può variare da disturbi selettivi di specifiche funzioni neuropsicologiche, rilevabili unicamente mediante test specifici, fino a una grave demenza. L'analisi dei deficit presenta nei pazienti con SM una difficoltà dovuta ad una serie di problemi metodologici.

Problemi metodologici
Criteri di selezione pazienti
Definizione dei criteri di normalità
Disponibilità di forme "alternative" dei test da utilizzare per studi longitudinali

L'ASSESSMENT NEUROPSICOLOGICO

Diagnosticare precisamente i disturbi cognitivi non rappresenta solo un interesse scientifico da parte dei ricercatori, ma permette di costruire le basi per un eventuale intervento riabilitativo specifico. La Compromissione cognitiva non è comunque un processo uniforme, in quanto possono essere osservati miglioramenti, ed è diversa da paziente a paziente, cosicché deficit focali di un singolo soggetto possono venir mascherati dall'analisi del gruppo.

Può essere utile una batteria estesa di test eterogenei, che esplorino in modo approfondito tutte le diverse capacità mentali.

Un esempio di <i>protocollo psicodiagnostico</i> per pazienti con SM dell'Istituto S. Raffaele	
1.	Memoria
2.	Linguaggio
3.	Percezione visuo-spaziale
4.	Attenzione
5.	Ragionamento logico-concettuale
6.	Scale per la valutazione della depressione

Un protocollo come il precedente che comprende circa 14 test, si contrappone ad una batteria neuropsicologica più breve in grado di fornire una visione di insieme delle capacità cognitive.

Ricerche su specifiche funzioni in gruppi selezionati, privilegeranno la prima scelta, mentre valutazioni di screening o studi longitudinali privilegeranno la scelta per batterie di test brevi.

Un colloquio iniziale in ogni caso è fondamentale. Serve infatti a stabilire come il paziente stia vivendo la malattia, in particolare in merito all'eventuale presenza di meccanismi di sofferenza emotiva dei quali uno dei più importanti è il disturbo depressivo.

Nell'ambito della valutazione dei deficit cognitivi nel servizio da me istituito presso l'AISM di Siena, la scelta fatta fin dall'inizio è stata quella di privilegiare un approccio clinico con una breve batteria (1 ora circa) preceduta da un colloquio. La scelta, per praticità, è stata fatta per rendere possibilmente completo e snello lo screening di pazienti con SM non selezionati. Una batteria di uso clinico, per valutare le capacità che i pazienti stessi dichiaravano di avere compromesso con la malattia. La batteria è standardizzata per tutti i soggetti, il processo riabilitativo è specifico per ogni soggetto secondo i risultati dello screening.

Batteria test
CWT o Stroop test
PMC di Raven
Associazione simboli-numeri (dalla WAIS)
Memoria di cifre (dalla WAIS)
Test di lettura e memoria di storie
SF-36 (test valutazione QOL)

DISTURBI COGNITIVI SPECIFICI

Memoria

La memoria è definita in senso stretto come la capacità di riattivare in modo parziale o totale, veridico o erroneo, gli avvenimenti del passato. Ma la memoria ha anche il compito di generare nuove conoscenze, schemi e quadri interpretativi fondamentali per una continua e aggiornata valutazione del mondo esterno permettendo così la costruzione della propria identità e dell'autoconsapevolezza. (Kandel, E.R., Schwartz, J.H. e Jessell, T.M., 1994; Ladavas, E., Berti, A., 1995)

Una classica distinzione all'interno della memoria è quella tra **memoria a breve termine (MBT)** e **memoria a lungo termine (MLT)**.

- MBT: è il ricordo di informazioni che appena presentate che devono essere rievocate immediatamente ed in modo corretto; è un meccanismo automatico, a ridotta capienza (7 + o - 2 segnali) e di breve durata (15/30 secondi).
- MLT: è il risultato di una registrazione stabile di quanto è passato dalla MBT. Contiene informazioni di vario genere per lunghi intervalli di tempo, anche per tutta la vita. Quello che viene registrato non è lo stimolo in quanto tale, ma una sintesi a cui sarà facile agganciarsi per ricostruire l'evento.

In altre parole, una serie di numeri appena udita o letta, che debba essere subito ripetuta, rappresenta un compito in cui viene verosimilmente chiamata in gioco la MBT, mentre la rievocazione di una storia o di un avvenimento passato della nostra esistenza, dipende dalla possibilità di accedere al materiale contenuto nella MLT.

Nell'ambito della funzione mnestica sono state rilevate alcune **alterazioni**:

1. Nel **ricordare spontaneamente** informazioni non suggerite nelle operazioni cognitive con attenzione volontaria. In questi casi si sottolinea indirettamente un deficit attentivo. (Si è

escluso un deficit motivazionale, in quanto non sono presenti correlazioni con depressione, né alterazioni di performance volontarie)

In sostanza si evidenzia una difficoltà nel rievocare spontaneamente le informazioni e nel fissare quelle recenti. La maggior parte delle persone con SM è in grado di ricordare o di accumulare informazioni in maniera adeguata, ma può trovare difficile ricordarle velocemente ed efficacemente. Anche il non riuscire a denominare un oggetto correttamente, cosa che può accadere di frequente, fa parte delle alterazioni dei processi di recupero delle informazioni.

Restano invece **intatte** altre funzioni quali:

1. Il **riconoscimento** ed il ricordo degli stimoli quotidiani
2. La capacità di **memorizzare le cifre**

Attenzione

L'attività cognitiva dell'uomo può essere descritta come un sistema di elaborazione delle informazioni. Tale sistema ha dei limiti di tempo e di spazio dal momento che molte volte non si possono compiere simultaneamente due attività, elaborare due stimoli o recuperare dalla memoria due informazioni diverse. L'attenzione regola l'attività dei processi mentali filtrando e organizzando le informazioni provenienti dall'ambiente allo scopo di emettere una risposta adeguata. Il processo di elaborazione delle informazioni è estremamente flessibile, cioè sceglie di volta in volta quale informazione elaborare e come elaborarla e questa possibilità di selezionare il materiale informativo avviene proprio in base a meccanismi di tipo attentivo (Kandel, E.R., Schwartz, J.H. e Jessell, T.M., 1994; Ladavas, E., Berti, A., 1995).

Nello specifico l'attenzione è la capacità di ricercare e localizzare gli stimoli, oltre che di focalizzarsi su di essi per il tempo necessario. Essa comprende la capacità di analizzare una situazione e di identificarne i punti più salienti.

Ciò che appare alterato nella SM è l'**attenzione sostenuta e focalizzata**. Si sottolinea il collegamento tra deficit attentivo e difficoltà mnestica all'interno del ricordo volontario.

Si hanno inoltre deficit nelle performance delle **funzioni visuo-spaziali**

LA RIABILITAZIONE COGNITIVA

All'interno del concetto che negli ultimi anni si è andato sempre più affermando, quello della **Qualità della Vita (QOL)**, anche la **riabilitazione cognitiva** deve essere concepita nell'ambito di progetto riabilitativo globale del singolo paziente che gli consenta un reinserimento nel suo contesto di vita.

L'obiettivo principale della riabilitazione cognitiva è quello di migliorare la capacità di *quel preciso individuo* ad elaborare ed utilizzare l'informazione proveniente *dall'ambiente in cui si trova in quel preciso momento* al fine di migliorare il funzionamento della *sua vita quotidiana*.

Tutto questo vale a maggior ragione nel caso della SM che è caratterizzata da una sostanziale imprevedibilità del decorso; aspetto, questo, che richiede una **periodica riformulazione** degli obiettivi e quindi del percorso riabilitativo, sia con il medesimo paziente, sia con la sua famiglia.

Nella progettazione dell'intervento riabilitativo è importante conoscere l'evoluzione del disturbo sia in relazione alle diverse fasi della malattia, che ad alcuni parametri relativi al decorso della malattia. La conoscenza dell'evoluzione del disturbo cognitivo risulta fondamentale per valutare il senso ed il significato dell'intervento riabilitativo stesso in quanto tentativo terapeutico di parziale recupero o quanto meno di mantenimento delle singole funzioni cognitive.

L'importanza che riveste un'attenta valutazione dei deficit cognitivi associati alla SM è confermata anche dalle possibile influenza che tali disturbi possono avere nello svolgimento delle attività quotidiane, nella vita di relazione e sull'attività lavorativa dei pazienti. Circa il 50-80% dei pazienti non svolge più una attività lavorativa retribuita dopo 10 anni dall'esordio della malattia. I pazienti con deficit cognitivi sono frequentemente disoccupati o sotto-impegnati (l'attività svolta nel lavoro è inferiore alle reali capacità del soggetto) e poco impegnati in attività sociali. Inoltre spesso lamentano difficoltà sessuali e maggiori problemi nello svolgimento delle attività domestiche.

L'impatto sociale dei disturbi cognitivi è divenuto argomento di grande interesse nel corso degli ultimi anni. Il dato pressochè univoco che emerge dagli studi e confermato da questa esperienza è che i pazienti con decadimento cognitivo hanno una vita sociale

significativamente ridotta. È chiaro che l'impatto dei disturbi neuropsicologici nella vita sociale di ogni paziente non è solo da rapportare alla gravità dei deficit, ma anche alle condizioni familiari e sociali in cui è inserito.

Perciò l'interesse rivolto a questo particolare aspetto del problema è soprattutto indirizzato alla realizzazione di strumenti di intervento adeguati, in grado di sopperire con strategie compensative ai disturbi che il paziente presenta.

BIBLIOGRAFIA

Cutajar, R. [1993] *Psicologia e Sclerosi Multipla. Aspetti neuropsicologici*. In Gli Ospedali della Vita. Unità Sanitaria Locale n. 27. Supplemento al n.3 XX, Maggio-Giugno 1993.

Kandel, E.R., Schwartz, J.H. e Jessell, T.M. [1994]. *Principi di neuroscienze*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.

Ladavas, E. e Berti, A. [1995]. *Neuropsicologia*. Il Mulino, Bologna.

Masini, M. e Cutajar, R. [2001]. *Aspetti neuropsicologici nella sclerosi multipla*. In atti convegno: Sclerosi Multipla: aspetti psicologici, neuropsicologici e sociali. Associazione Italiana Sclerosi Multipla. Firenze, 22 Settembre 2001.

Rao S.M., Leo G.T. [1989] *Correlation of magnetic resonance imaging with neuropsychological testing in MS*. Neurology, 39

Dott. Giammarco Bonsanti

Psicologo, Consulente Tecnico Peritale, Docente del Perfezionamento in Neuropsicologia e Psicodiagnostica forense, Università degli Studi di Siena. Email: drbonsanti@tin.it, Livorno

FABIO BANI

IL RUOLO DEI FATTORI EMOTIVI E SOCIALI NEL RICORDO. LA
RICERCA DI FREDERIC CHARLES BARTLETT

Estratto

Il presente lavoro intende illustrare il contributo del ricercatore inglese nello studio dei processi cognitivi attraverso la produzione del primo Bartlett. Degli studi giovanili si evidenzia, soprattutto, l'importanza che i fattori sociali ed emotivi rivestono nei risultati come nella metodologia degli esperimenti effettuati da Bartlett in laboratorio. L'obiettivo principale che egli si pone è di dimostrare che i meccanismi psicologici legati al comportamento, tradotti in termini di «tendenze», intese come indicatori interni o suggerimenti direzionali, sono gli stessi in ogni stadio dello sviluppo sociale e che solo l'influenza dell'ambiente esterno complica e modifica il comportamento dell'individuo.

Introduzione

Pochi autori nella giovane storia della psicologia sperimentale possono vantare un'influenza così particolare come quella che ha esercitato Frederic Bartlett. La bibliografia dello psicologo inglese evidenzia uno straordinario insieme di interessi che va oltre il conosciuto ruolo fondamentale di anticipatore del Cognitivismo, legato soprattutto al suo lavoro sul ricordare¹ (1932). Sorprende molto, pertanto, che uno dei più considerevoli ricercatori inglesi della sua generazione sia stato relativamente poco studiato.

L'interpretazione tradizionale riferisce di Bartlett come di uno psicologo generale interessato ai processi cognitivi, soprattutto quelli collegati ai fenomeni della vita quotidiana - oggi definiti ecologici - e alle differenze individuali. La critica recente tende, invece, a rivalutare i suoi primi scritti e a riconsiderare i suoi principali lavori in chiave di psicologia culturale o addirittura di antropologia. I sostenitori dell'approccio narrativo, della psicologia culturale o

¹ F.C. Bartlett [1932].

discorsiva cercano di reinterpretare il pensiero di Bartlett per rivendicarlo a sé come precursore. Dato, inoltre, che da poco più di vent'anni alcuni studiosi sono giunti a ravvisare una stretta relazione tra «cognizione» e «comportamento», con una conseguente ripresa della ricerca nei fenomeni psicologici nel contesto delle operazioni quotidiane, in un'ottica naturale, ed essendo questa una delle ipotesi base che Bartlett affronta nei suoi lavori, l'autore è tornato a rivestire un'importanza notevole nel panorama dei classici studi sulla memoria, in quanto ritenuto precursore dell'approccio ecologico in psicologia.

A partire da queste considerazioni, è mia intenzione analizzare la produzione degli anni giovanili dell'autore – poco conosciuti – evidenziando come lo studioso, nelle ricerche condotte sull'attività mestica, riservi ogni volta un ruolo primario ai fattori emotivi e sociali. Tra gli scritti giovanili, mi sono riferito in particolare al libro *Primitive Culture*² (1923) che accoglie già numerose considerazioni sviluppate poi nella sua opera più importante: *Remembering* (1932). Mi pare opportuna, pertanto, una lettura nuova e meditata dell'intera opera dell'autore, alla luce di ogni nuovo dibattito, al fine di mantenere alto l'interesse su questo straordinario ricercatore.

La formazione intellettuale del primo Bartlett

Nello scenario della storia della psicologia, la critica tradizionale è solita riconoscere i meriti di Bartlett, da un lato, in qualità di ricercatore con un ruolo di primo piano nella psicologia sperimentale britannica della prima metà del Novecento, dall'altro, come autore che ha offerto importanti contributi per lo sviluppo della psicologia cognitiva contemporanea. Secondo alcuni studiosi della memoria collettiva³, notevole è stato il contributo di Bartlett per aver dimostrato come i ricordi individuali siano influenzati profondamente dalle convenzioni culturali, evidenziando l'importanza dei fattori sociali e culturali.

Tuttavia, affrontando lo studio relativo al primo periodo dell'attività di Bartlett, non possiamo omettere di riferirci al lavoro di Alberto Rosa, "Bartlett's psycho-anthropological project" (1996), nel quale lo studioso ci rivela un aspetto poco conosciuto dell'autore. Il proposito del saggio di Rosa è quello di offrire una visione «storicistica» della produzione del primo Bartlett. L'analisi dei primi lavori di Bartlett evidenzia, secondo Rosa, due aspetti di grande interesse. In primo luogo, il rivelarsi, dal punto di vista storico, del progetto preparatorio di *Remembering*. In essi, infatti, l'autore mostra già una concezione

² F.C. Bartlett [1923].

³ Come ad esempio Jones [1985], Middleton & Edwards [1990].

singolare della nuova disciplina psicologica correlata con temi socio-culturali e con il «fenomeno del significato». In secondo luogo, la presenza di numerose osservazioni utili al contemporaneo approccio che tenta di congiungere i processi psicologici individuali con quelli storico-culturali. Rosa ritiene che un'attenta analisi dell'opera completa di Bartlett⁴ metta in evidenza come *Remembering* sia un'opera chiave di questo primo periodo, oltre a rappresentare uno dei contributi più importanti della produzione dell'autore. A detta dello studioso, la lettura scrupolosa di questo libro e del resto della sua opera riguardante tematiche psicologiche basilari, sociali e antropologiche anteriori agli anni quaranta, permette di considerare *Remembering* come una ricapitolazione del suo lavoro precedente su basi psicologiche di un tema antropologico: quello della «convenzionalizzazione»⁵. Con tale termine, ripreso da Rivers (*The History of Malanesian Society*, 1914), Bartlett intende sintetizzare il processo di modificazione del significato di nuovi simboli culturali che una civiltà importa da un'altra. Queste ricerche si basano sulla realizzazione di esperimenti ideati da Bartlett per lo studio dei processi di percezione e di immaginazione.

Nel periodo che va dalla Prima Guerra Mondiale alla pubblicazione di *Remembering* si concentra il maggior numero di lavori in cui l'autore utilizza lo studio psicologico sperimentale della percezione e della immaginazione. In queste ricerche iniziali Bartlett, inoltre, ricorre a concetti come «emozione» ed «affetto» ai quali, tra l'altro, Rosa dedica nel saggio sopraccitato un ampio approfondimento.

I lavori sperimentali del primo periodo

Agli inizi della formazione scientifica di Bartlett ha un'importanza basilare la sua collaborazione con il Laboratorio di Psicologia Sperimentale di Cambridge, frutto degli sforzi del filosofo e psicologo inglese James Ward. Da questi, Bartlett trae una visione della psicologia dell'azione che lo porta a trattare qualsiasi cenno psicologico come una serie di atti che il soggetto realizza in risposta all'ambiente.

Mantenendo un sistema di indagine clinica in laboratorio, Bartlett cerca di studiare il soggetto nella sua completezza, sia nella sua complessa personalità di singolo, che come soggetto appartenente ad un gruppo sociale. I consigli di Ward, come vedremo più avanti, suscitano, in Bartlett, il distacco dalla convenzionalità della sperimentazione. Il filosofo suggerisce al giovane Bartlett

⁴ Vedi A.D. Harris, D.L. Zangwill, [1973], 493-510.

⁵ Un'analisi critica a questa e ad altre considerazioni di Rosa sono presenti nella mia tesi di laurea: *F.C. Bartlett, fra antropologia e psicologia* [2001].

di utilizzare, negli esperimenti, disegni e oggetti in serie, collegati tra loro, poiché, a suo giudizio, «questo è ciò che capita ogni giorno nella percezione»⁶.

La ferma opposizione di Bartlett ai metodi di indagine precedenti è esternata in modo chiaro nella sua nota critica a Ebbinghaus⁷, dove sostiene che non esistono situazioni sperimentali semplici e, ancora meno, quando si lavora su adulti che hanno costruito la propria vita su sistemi d'azione e abitudini consolidate. La situazione in laboratorio, seppure creata nel modo più semplice, rimane per il soggetto complessa e deve essere osservata e analizzata da questa prospettiva. La considerazione dello studioso inglese sembra, quindi, anticipare alcuni aspetti della recente critica sulla rilevanza ecologica nella psicologia⁸. Per Bartlett non deve stupire, altresì, che esperimenti ideati in precedenza per studiare la percezione e il recupero di immagini, in seguito possono essere studiati come riferibili anche alla trattazione di processi del ricordo. E' questo il caso degli esperimenti sui cui dati Bartlett getta le fondamenta di *Remembering*.

La metodologia dei primi esperimenti

Come primo proposito, Bartlett cerca di esplorare i meccanismi psicologici relativi al modo in cui una determinata forma culturale (figurativa o narrativa) si trasforma nel passare da un gruppo culturale ad un altro, fino a piegarsi alle convenzioni del gruppo che la importa. Lo scopo dei suoi esperimenti risiede nell'analizzare questo processo in laboratorio, cercandone anche le cause psicologiche (convenzionalizzazione).

Le procedure sperimentali utilizzate da Bartlett, basate prevalentemente su prestazioni individuali, concordano con le metodologie scientifiche e culturali del periodo, sebbene i risultati evidenzino nuovi significati. Il tipo di approccio metodologico che egli sceglie per questa ricerca consiste nel mostrare alcuni materiali (macchie d'inchiostro, figure geometriche, facce umane), oppure storie folcloristiche a determinati soggetti, registrandone le impressioni. La

⁶ F.C. Bartlett. [1958], 177.

⁷ Ebbinghaus abbandonò gli iniziali interessi filosofici per lo studio della psicologia, che condusse isolatamente, seguendo il metodo sperimentale, ma al di fuori di ogni scuola, compiendo anche ricerche su se stesso. Importanti sono i suoi studi sperimentali sulla memoria con l'utilizzo di sillabe senza senso, terne di lettere consonante-vocale-consonante. Lo scopo di Ebbinghaus era la semplificazione degli stimoli e l'isolamento delle risposte. L'impiego di tale metodologia segna l'inizio della ricerca empirica in tale campo.

⁸ U. Neisser [1976].

fonte di ispirazione per questo tipo di procedimento va ricercata in autori diversi: Haddon, Rivers, Philippe, Ward, Wiener.

Inizialmente Bartlett è attratto dal lavoro degli antropologi di Cambridge, in particolare di Haddon e Rivers. Come affermato dallo stesso autore in *Thinking*⁹, nel periodo in cui si interessa alla ricerca sulla convenzionalizzazione la sua attenzione è rivolta anche agli studi etnografici sullo sviluppo delle forme di arte decorative, come ad esempio quelli inseriti nello scritto di A. C. Haddon, *The Decorative Art of British new Guinea (1894)*¹⁰, dal quale trae spunto per la creazione di determinate sequenze di materiali. Inoltre, Bartlett, è influenzato dal metodo della ripetizione seriale, applicato da Jean Philippe,¹¹ autore che egli conosce grazie alle indicazioni di Ward.

Un altro suggerimento - circa una variante negli esperimenti di Bartlett sull'utilizzo di presentazioni di sequenze di materiali nello studio della convenzionalizzazione - proviene da N. Wiener e conduce al metodo cosiddetto della "riproduzione in serie": una sorta di telefono senza fili.

Uno dei metodi più noti, utilizzato da Bartlett negli esperimenti è detto della "riproduzione ripetuta" e consiste nel presentare al soggetto, per una volta sola, diversi materiali, quali disegni di paesaggi, volti di persone, macchie d'inchiostro, storie popolari etc., affinché li osservi¹². Dopo aver ritirato il materiale e dopo una breve pausa, Bartlett chiede ai soggetti di tali esperimenti di disegnare o descrivere ciò che ricordano. La prova viene ripetuta a distanza di qualche giorno e, fino a quando questo è possibile, si chiede al medesimo soggetto di riprodurre il proprio ricordo. In nessuna nuova occasione, comunque, si ripresenta al soggetto lo stimolo iniziale. La riproduzione in serie è una copia della riproduzione ripetuta con una piccola variante, ossia si impiegano sempre persone diverse (telefono senza fili). Si tratta di esperimenti molto noti poiché riportati e approfonditamente analizzati in *Remembering*.

Il ruolo dei fattori emotivi e sociali

Una delle questioni ricorrenti nella prima produzione di Bartlett è l'insistenza ad utilizzare, nell'affrontare ogni ricerca psicologica, un approccio

⁹ F.C. Bartlett [1958], 179.

¹⁰ A. C. Haddon [1894].

¹¹ J. Philippe [1897], 481-93. Per maggiori approfondimenti vedi M. Meletti Bertolini [1991].

¹² A questo proposito, si veda F.C. Bartlett [1920], 30-47 ed ancora, *Idem*. [1921], 320-37.

metodologico generale. L'autore sembra criticare qualsiasi tipo di studio psicologico che cerca di prendere in esame l'individuo o la società, attraverso un'artificiosa riduzione alla semplicità. Questa convinzione è espressa chiaramente nel suo primo libro¹³ (1923) sulla cultura primitiva, dove disapprova l'uso corrente, nella metodologia di ricerca, del dissolvimento dell'individuo in processi psicologici tra loro separati. Come non è opportuno isolare un processo psicologico dagli altri dell'individuo, così pure l'individuo va visto entro il suo ambiente sociale. Bartlett ripete più volte che uno studio psicologico non può mai considerarsi come lo studio di un individuo isolato. Il soggetto non è mai puro e semplice, perciò ogni affermazione che lo riguarda deve riferirsi alle sue condizioni entro un gruppo. L'individuo agisce sempre e continuamente in rapporto alla situazione e all'ambiente che lo circonda. Bartlett, in un passaggio significativo, scrive ancora: «è solamente se interpretiamo l'individuo come pre-sociale che possiamo considerare la psicologia come pre-istorica. La verità è che ci sono delle risposte individuali che semplicemente non avvengono al di fuori di un gruppo sociale»¹⁴. Questo proposito induce Bartlett ad avvicinarsi allo studio dell'individuo e del contesto culturale e sociale in cui si muove.

L'approccio alla ricerca di Bartlett si sviluppa dal generale al particolare, dalle condizioni dell'insieme, in cui ha luogo l'azione del soggetto, a quelle operazioni che il soggetto stesso realizza. Nello studio dell'individuo, per Bartlett, è fondamentale prendere in considerazione l'ambito culturale e sociale nel quale il soggetto studiato si muove, perché le risposte individuali sono spesso determinate da fatti sociali antecedenti le risposte di gruppo.

Dalle pagine del primo libro emerge, inoltre, il profondo interesse di Bartlett verso il contemporaneo dibattito antropologico che contrapponeva due teorie: l'evoluzionismo e il diffusionismo. La questione, cui Bartlett si appassiona grazie all'influenza di Rivers, riguarda il tentativo di spiegare la comparsa, in civiltà lontane nello spazio e nel tempo, di motivi culturali o forme d'arte decorativa molto simili se non identiche, argomento che l'autore riprenderà nella seconda parte di *Remembering*, sebbene, con propositi sostanzialmente diversi.

A differenza di altre simili ricerche contemporanee, Bartlett sostiene che lo studio psicologico del pensiero, come del comportamento 'primitivo', non debbano essere affrontati diversamente da quello 'moderno', in quanto è l'analisi della vita sociale, a cui appartiene il soggetto studiato, ad essere determinante. Nelle pagine conclusive di *Psychology and Primitive Culture*¹⁵ è,

¹³ F.C. Bartlett [1923].

¹⁴ *Ibidem*, 12.

¹⁵ *Ibidem*, 282-88.

infatti, contenuta un'accesa critica indirizzata a Lévy-Bruhl in merito alla sua limitata analisi dei processi mentali primitivi, considerati diversi da quelli di un membro di un gruppo sociale moderno, perché affrontati senza tenere conto delle condizioni culturali in cui hanno avuto origine. A detta di Bartlett, la differenza principale tra gli individui primitivi e quelli moderni è espressa dall'organizzazione delle tendenze d'azione (*tendencies of action*) generate dalla cultura. Egli cerca, come rapporto fondamentale, di stabilire quali siano le tendenze dominanti in un particolare stadio culturale, specialmente riferendosi al modo in cui esse funzionano nel più complesso contesto della vita sociale moderna. Attraverso numerose valutazioni ed analisi, Bartlett conclude che, sia nel primitivo, come nell'individuo moderno, si assiste ad un processo di spiegazione o di razionalizzazione di ciò che accade in base agli strumenti culturali posseduti. In altre parole, gli individui umani non sono sostanzialmente differenti nelle varie epoche, ma è la cultura primitiva ad essere meno complessa di quella moderna.

Per chiarire questi aspetti, Bartlett prende in prestito alcuni concetti dalla psicologia di McDougall (1908). Questi ritiene che esistano degli istinti (*instinctive tendencies*), come, altresì, delle "tendenze di azione" innate (*innate «tendencies of action»*), che prendono una forma peculiare in ogni gruppo concreto, combinandosi tra loro. Queste tendenze si manifestano sotto forma di disposizioni affettive caratteristiche di ogni cultura e si articolano intorno ad istituzioni, abitudini e costumi. Secondo Bartlett, nel momento in cui si tenta di dare un significato al comportamento umano, risulta estremamente importante riconoscere tali tendenze, individuare le relazioni che si stabiliscono tra di esse e chiarirne gli effetti.

Di fatto, ciò che il giovane Bartlett tenta nei suoi esperimenti è stabilire una sorta di simmetria tra la situazione di laboratorio e quella del soggetto entro il suo *habitat* naturale. Egli utilizza in modo innovativo sia concetti socio-antropologici sia sperimentali, cercando di scoprire, tra di loro, una convergenza. Bartlett, quindi, passa a segnalare come, anche nel momento in cui si realizza un esperimento, il soggetto costituisce una coscienza del compito, formato a partire, da un lato, dalla comprensione delle sue istruzioni e conclusioni sul proposito dell'esperimento, dall'altro, dalle disposizioni affettive che accompagnano le sue risposte¹⁶. Tutto ciò si manifesta sotto forma di indicatori interni, suggerimenti direzionali, appunti (*active prompting towards*), che lo portano ad orientare il suo compito in una determinata direzione, e che, in seguito, vengono a rappresentare un andamento, una tendenza, da parte del soggetto. Ecco come, nel tentativo di offrire un'ulteriore spiegazione al significato di «tendenza», lo studioso la descrive al termine del libro: «By tendency, then, I mean an active prompting towards a

¹⁶ Concetti tipici della scuola di Würzburg.

given mode of response-whether cognitive, affective, or expressed in definite bodily movement - which arises when an individual is brought into touch with a situation and attends to it»¹⁷.

Le tendenze d'azione, di solito, sono incoscienti e si presentano nell'individuo per mezzo di sentimenti, le cui differenze sembrano essere semplicemente di intensità, sebbene si possano studiare oggettivamente attraverso il comportamento manifesto. Inoltre, tali tendenze, presenti in ogni gruppo culturale, sono correlate tra loro in modo particolare a seconda dei materiali cognitivi e dei problemi concreti e assumono, altresì, una forma peculiare in ogni individuo in base al proprio temperamento e carattere. A detta di Rosa¹⁸, esiste una chiara relazione tra il concetto di «tendenza» (*tendency*) di Bartlett e quello di *Einstellung*, «tendenza determinante» incosciente verso il compito (*determinant tendency towards the task: "Aufgabe"*), sviluppata da H. J. Watt (1904)¹⁹. Secondo lo studioso spagnolo²⁰, Bartlett è vicino a sviluppare una teoria dell'attività (*theory of activity*) che unisca pratiche culturali con processi individuali cognitivi e affettivi, allo scopo di spiegare il comportamento umano. Senza indugio Bartlett arriva a descrivere un preciso metodo di ricerca: «Our first step, then, in the search for the psychology conditions of primitive human responses, is to elaborate a basic scheme of the main tendencies that are operative in helping to shape the course of behaviour in the group, and to see how, in general, such tendencies are related one to another. Our next step is to apply this scheme, so as to discover how it actually works in reference to this or that type of concrete material or problem»²¹.

Come osserva Bartlett, occorre, in primo luogo, procedere all'identificazione delle tendenze d'azione proprie di ogni cultura - nel caso specifico quella primitiva - poi, individuare come tali tendenze si rendano evidenti in condotte concrete dell'individuo particolare.

Nel suo primo lavoro sperimentale²², Bartlett segnala una delle tendenze più importanti. Secondo quanto si dice in tale studio, la caratteristica dominante

¹⁷ F.C. Bartlett [1923], 273.

¹⁸ A. Rosa [1996], 364.

¹⁹ Henry J. Watt (1879-1925) Allievo di Oswald Külpe nella scuola di Würzburg pubblica nel 1905 uno dei testi che ha contribuito alla nascita del cognitivismo, *Experimentelle Beiträge zur einer Theorie des Denkens* [Contributi sperimentali ad una teoria del pensiero]. Dopo la permanenza a Würzburg ritorna in Inghilterra e diviene professore dal 1908 all'università di Glasgow.

²⁰ A. Rosa [1996], 364.

²¹ F.C. Bartlett [1923], 276-77.

²² F.C. Bartlett [1916].

della vita psichica è lo «sforzo di trovare un significato» («*effort after meaning*») arrivando, addirittura, ad affermare che senza significato non vi sono atti di percezione (*we cannot speak of perceiving at all*). Lo sforzo di significatività che, come l'autore preciserà meglio in *Remembering*²³, consiste nel «connettere una configurazione data entro uno schema specifico», è un processo attivo e inconscio. Il soggetto recepisce gli stimoli visivi come collegati al sentimento (*feeling*, la sensazione come diremmo in italiano) di qualcosa già conosciuto, tanto da attribuirgli un nome, anche nel caso di presentazioni di immagini vaghe o ambigue come sono le macchie d'inchiostro.

Così scrive Bartlett (1916): «...it's feeling which, upon the repetition of the same general situation, plays a leading part in tending to reconstitute the content. But, at first, since the feeling qualifies the act as whole, it is the whole content in all its particularity that tends to be reconstituted»²⁴.

Il sentimento diventa un segno distintivo della disposizione affettiva che sorge dalla tendenza, ossia il sentimento è una conseguenza della tendenza.

Come afferma Rosa, per Bartlett l'emozione (*affect*) e il conseguente sentimento (*feeling*) compaiono solo quando si assiste ad un conflitto di tendenze (*conflict of tendencies*), perciò, in assenza di tale conflitto, la risposta è immediata²⁵.

Oltre a questo ruolo di marcatore della tendenza, che contribuisce all'assegnazione del significato, il sentimento ha la funzione di attivare il soggetto nella ricerca di una soluzione per un compito. Tuttavia, precisa Bartlett, basarsi sul sentimento come modo per affrontare i compiti, compresi quelli sperimentali, è poco affidabile per la facilità con cui esso si diffonde e si fissa ai materiali presenti. In effetti, lo stesso sentimento può essere associato a materiali diversi e condurre il soggetto ad assimilare una situazione ad un'altra che ha provocato lo stesso sentimento, realizzando, così, un'azione errata²⁶.

Trattando della *Funzione delle immagini* (1921)²⁷ Bartlett compie, inoltre, un'interessante interpretazione riferita al ruolo del sentimento. In tale elaborato, l'autore presenta una suddivisione tra i soggetti che prendono parte ai suoi esperimenti secondo il tipo di metodo (strategia) utilizzato per la ricostruzione,

²³ F.C. Bartlett [1932], 62-3.

²⁴ F.C. Bartlett [1916], 263 (traduzione propria): «...E' il sentimento che, sulla ripetizione della stessa situazione generale, gioca un ruolo guida fondamentale nel tendere a riprodurre il contenuto [...] il sentimento qualifica l'atto come un tutto, è il contenuto intero in tutta la sua peculiarità, ciò che tende a rappresentarsi ».

²⁵ A. Rosa [1996], 366-67.

²⁶ F.C. Bartlett [1925], 21-2.

²⁷ F.C. Bartlett [1921], 320-37.

nel ricordo, di immagini presentate precedentemente. Si hanno individui «visualizzatori» (“*visualizers*”), che basano la loro evocazione facendo affidamento principalmente sulle immagini visive, ed altri che chiama «vocalizzatori» (“*vocalizers*”), la cui caratteristica dominante è l’uso dei suggerimenti del linguaggio. Questi ultimi ricordano dei giudizi, le parole che si sono detti, fra sé, su alcuni particolari osservati la prima volta e basano la ricostruzione mnemonica su associazioni che stabiliscono in base a queste caratteristiche.

L’uso delle parole ha, secondo Bartlett, una convenienza rispetto all’altro metodo: «...words are able to maintain the advantage of sensory imagery, while in addition their ease of communication, and the greater range of situation with which they can adequately deal, make them capable of rendering further development more ready and certain²⁸».

Ricapitolando, risulta che il modo in cui la tendenza agisce sulla vita mentale del soggetto non si limita al sentimento, ma conduce anche verso un’altra direzione importante: la comprensione. Numerosi esperimenti di Bartlett hanno difatti l’obiettivo di spiegare come un determinato materiale esterno, che assume un valore simbolico per il soggetto, è recepito dall’individuo. L’autore evidenzia da subito²⁹ che lo sforzo nella ricerca del significato è la reazione dominante della vita psichica, qualcosa di fondamentale che sta alla base della nostra capacità di comprendere ogni processo mentale.

Bibliografia

Alberoni F. [1958], *Un’opera di Sir Frederic Bartlett*, in “Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria”, marzo-giugno, 301-05.

Andreani–Dentici O. [1974], *Introduzione* all’edizione italiana di F.C. Bartlett, *La memoria – studio di psicologia sperimentale e sociale*, Franco Angeli Editore, Milano, 13-33.

Baddeley A. [1982], *Your Memory. A User’s Guide*, Multimedia Publication Ltd., London; trad. it. *La memoria. Come funziona e come usarla*, Biblioteca Universale Laterza, Bari, 1990.

²⁸ F.C. Bartlett [1921], 336, (traduzione propria): «...le parole sono in grado di mantenere il vantaggio delle rappresentazioni sensoriali, e inoltre la loro facilità di comunicazione, e la più ampia gamma di situazioni che possono trattare adeguatamente, le rendono capaci di ottenere uno sviluppo ulteriore più rapido e certo».

²⁹ F.C. Bartlett [1916], 261.

- Baddeley A. [1990], *Human Memory. Theory and Practice*, Lawrence Erlbaum, Hove; trad. it. *La memoria umana. Teoria e pratica*, Il Mulino, Bologna, 1992.
- Bartlett F.C. [1916], *Transformations arising from repeated representation: a contribution towards an experimental study of conventionalisation*, fellowship dissertation, *St. John's College*, Cambridge.
- Bartlett F.C. [1916], *An experimental study of some problems of perceiving and imagining*, in "British Journal of Psychology", 8, 222-66.
- Bartlett F.C. [1920], *Some Experiments on the reproduction of folk-stories*, in "Folk-lore", 31, 30-47.
- Bartlett F.C. [1921], *The functions of images*, in "British Journal of Psychology", 11, 320-37.
- Bartlett F.C. [1923], *Psychology and Primitive Culture*, Cambridge University Press, Cambridge, (pubblicato anche a New York da Macmillan, 1923 e ristampato nel 1924.)
- Bartlett F.C. [1923], *Lévy-Bruhl, L. – La Mentalité Primitive*, book review, in "Mind", 32, 113-15.
- Bartlett F.C. [1924], *Symbolism in Folk-lore*, in "Proceeding of the VIIth. International Congress of Psychology", Cambridge University Press, Cambridge, 278-89.
- Bartlett F.C. [1932], *Remembering: A Study in Experimental and Social Psychology*, Cambridge University Press, Cambridge; trad. it. *La memoria – Studio di psicologia sperimentale e sociale*, Franco Angeli Editore, Milano, 1974.
- Bartlett F.C. [1951], *The Mind at Work and Play*, Allen & Unwin, London; trad. it. *La mente nel lavoro e nel gioco*, Bompiani, Milano, 1957.
- Bartlett F.C. [1958], *Thinking – An Experimental and Social Study*, George Allen and Unwin Ltd., London; trad. it. *Il pensiero. Ricerche sperimentali e aspetti sociali*, Franco Angeli Editore, Milano, 1975.

- Bergman T. – Roediger H.L. [1999], *Can Bartlett's repeated reproduction experiments be replicated?*, in "Memory & Cognition", vol. 27, 6, 937-47.
- Bertolini Meletti M. [1991], *Il pensiero e la memoria, filosofia e psicologia nella «Revue Philosophique» di Théodule Ribot (1876-1916)*, Franco Angeli Editore, Milano.
- Bruner J. [1990], *Acts of meaning*, Harvard University Press, Cambridge Mass.; trad. it. *La ricerca del significato*, Boringhieri, Torino, 1992.
- Caramelli N. [1986], *The 'schema' concept: Bartlett till now*, in "Cognitive Science Research", - Lund University, Sweden, 1-20.
- Calamari E. [1995], *I ricordi personali. Psicologia della memoria autobiografica*, ETS, Pisa.
- Clancey W.J. [1991], *Bartlett's view of the group as psychological unit*, in "Fall Symposium as Knowledge and Action at Social and Organizational Levels", California Press, 20-2.
- Ebbinghaus H. [1885], *Über das Gedächtnis*, Dunker, Leipzig; prima trad. in ingl. *Memory: A contribution to experimental psychology*, New York, Dover, 1913; trad. it. *Sulla memoria*, Zanichelli, Bologna, 1975.
- Haddon A.C. [1894], *Decorative Art in British New Guinea*, in "Cunningham Memoirs", 10, Royal Irish Academy.
- Harris A.D. – Zangwill D.L. [1973], *The writings of Sir Frederic Bartlett, C. B. E., F. R. S.: an annotated hand list*, in "British Journal of Psychology", 64, 4, 493-510.
- Kintsch W. [1995], *Introduction to F.C. Bartlett, Remembering: A Study in Experimental and Social Psychology*, Cambridge University Press, Cambridge, 1932, new edition 1995, XI – XV.
- Leone G. [1996], *Il Futuro alle spalle: le ricerche sulla memoria sociale e collettiva nei lavori di Bartlett, Halbwachs e Vygotsky*, in "Rassegna di Psicologia", 3, vol. XIII, 91-130.
- Loprieno M. – Calamari E. [1993], *Introduzione agli stili cognitivi*, ETS, Pisa.

- Middleton D. – Crook C. [1996], *Bartlett and socially ordered consciousness: a discursive perspective. Comments on Rosa (1996)*, in “Culture & Psychology”, vol. 2, 379-96.
- Neisser U. [1967], *Cognitive Psychology*, Appleton, New York, trad. it. *Psicologia cognitivista*, Martello-Giunti, Firenze, 1976.
- Neisser U. [1976], *Cognition and Reality. Principles and Implications of Cognitive Psychology*, W. H. Freeman and Company, San Francisco; trad. it. *Conoscenza e realtà*, Il Mulino, Bologna, 1993.
- Neisser U. – Winograd E. [1988], *Remembering Reconsidered: Ecological and Traditional Approaches to the study of Memory*, Cambridge University Press, Cambridge; trad. it. *La memoria. Nuove prospettive secondo gli approcci ecologici e tradizionali*, (a cura di), CEDAM, Padova, 1994.
- Philippe J. [1897], *Sur les transformations de nos images mentales*, in “Revue Philosophique”, 43, 481-93.
- Rosa A. [1995], Intr. *El recuerdo y la obra de Frederick Charles Bartlett*, in F.C. Bartlett, “El recuerdo”, Alianza, Madrid, 9-43.
- Rosa A. [1996], *Bartlett’s psycho-anthropological project*, in “Culture & Psychology”, vol. 2, 1, 355-78.
- Rosa A. [1996], *The past, intellectual histories and their uses for the future: A response to Middleton and Crook (1996)*, in “Culture & Psychology”, vol. 2, 397-405.
- Saito A. [2000], (Edited by), *Bartlett, Culture and Cognition*, Psychology Press, University of Cambridge, Cambridge.
- Scaparro F. [1975], *Introduzione all’edizione italiana di F.C. Bartlett, Il Pensiero. Ricerche Sperimentali e Aspetti Sociali*, Franco Angeli Editore, Milano.

FABIO BANI

Laureato in Filosofia presso l’Università di Pisa, membro socio dell’ AIRP.
– [e-mail: fabiobani2@tin.it].

Lilia Bottigli

Con le famiglie nei Servizi educativi per la prima infanzia

Come l'accoglienza delle famiglie oltre il ruolo di utenti sta cambiando i Servizi dell'infanzia del Comune di Livorno in centri di orientamento educativo che promuovono una funzione genitoriale condivisa e diffusa che, propria di una mente adulta, è la prima prevenzione degli abusi di ogni tipo all'infanzia.
--

Negli ultimi anni la regione toscana ha prodotto importanti ed innovative leggi-quadro (L.R.72/97 , L.R.22/99, LR.32/02) nell'ambito dei servizi alle persone che, per quanto riguarda la prima infanzia, hanno integrato la normativa nazionale più innovativa (L.285/97, L.328/00) nell'affrontare problematiche sociali emergenti quali per es. l'isolamento delle persone e delle famiglie nel vivere contemporaneo ed il disagio infantile e familiare; l'applicazione di queste normative ha dato significativo impulso non solo ai processi di espansione, diversificazione innovazione dei servizi dell'infanzia già esistenti ma anche ad interventi, azioni, offerte formative rivolte alle famiglie con bambini in età prescolare.

Con questo sfondo il Comune di Livorno ha voluto dotarsi di un progetto che - alla luce dei cambiamenti verificatesi sia nei bisogni delle famiglie che nel ruolo del Comune stesso- ridefinisse complessivamente, per e nella città, *il senso* dei servizi educativi di cui è titolare. Sono stati così messo a punto **piani triennali di espansione dell'offerta formativa** che disegnano i servizi educativi , fuori dalle dicotomie (“per il bambino” / “per la famiglia” / “per la donna lavoratrice” , etc.), come **servizi di comunità**, come **centri di orientamento educativo** proposti prima di tutto alle famiglie e, più in generale, alla scuola ed alle altre agenzie educative del territorio come luoghi nei quali l'educazione della prima infanzia si coniuga con i bisogni delle famiglie, con la formazione alla genitorialità, con la promozione di una *funzione genitoriale* condivisa e diffusa che appartiene -dovrebbe appartenere- ad ogni mente adulta e che è la prima prevenzione degli abusi di ogni tipo all'infanzia.

Al progetto -promosso e governato dal Comune- partecipano la scuola e gli altri soggetti culturali, sociali ed economici del territorio cittadino attivando investimenti e proiezioni finanziarie e di saperi provenienti da fonti diverse; tutti questi soggetti -dal condividere una lettura dei tratti culturali e sociali oggi più significativi per l'educazione dei bambini e delle bambine così come per la formazione degli adulti/e- convergono nell'individuare alcuni assi culturali

privilegiati, considerati direttrici dell'educazione nei contesti contemporanei, che vengono proposti come valori educativi alle famiglie, alle istituzioni, al territorio.

Intorno a questi assi culturali -che sono la corporeità, l'ambiente, l'intercultura, la globalità/pluralità dei linguaggi, la funzione genitoriale- si sono costruiti, con il contributo di tutti, progetti specifici che offrono, non solo ai bambini ed alle bambine ma anche e soprattutto ai genitori ed alle famiglie, percorsi (pluriaccessibili) di informazione e conoscenza, di contatto, di vissuto che consentono ad ognuno/ognuna collocar(vi)si secondo le storie, i desideri, gli interessi personali e la personale voglia di giocare e di giocarsi.

I cinque progetti, condotti ormai da quattro anni, sono fondati sul *contatto*, sulla *relazione*, sulla *comunicazione/interazione* tra i realizzatori (educatori, insegnanti, pedagogisti, psicologi, operatori sociali, professionisti nei diversi temi trattati) ed i destinatari (genitori, bambini e bambine) degli interventi educativi che si trovano a condividere il "campo dinamico di forze" -che è spazio reale ma anche immaginario- attivato dalle operazioni progettuali e che -così, insieme- co-costruiscono il progetto in situazione a partire dalle tracce di contenuto ed organizzative che danno titolo ai singoli progetti .

Il cerchio magico (progetto per la qualità dell'espressività e della comunicazione corporea) propone una riflessione articolata a livelli diversi intorno ad un corpo non solo oggettivo, biologico, meccanico ma piuttosto vissuto e rappresentato nella mente - non il corpo che ho ma il corpo che sono- perché in educazione la fisicità, la corporeità sono sempre al centro sia per il/la bambino/a piccolissimo/a che chiede contatto e carezze, che per il/la più grande che chiede di essere riconosciuto ed apprezzato nelle sue abilità e competenze, come per l'adolescente che conquista dell'identità sessuale.

Prove d'Orchestra (progetto per una globalità dei linguaggi) propone, da uno sfondo integratore, esperienze di narrazione per sostenere lo sviluppo dell'autonomia potenziando la capacità di ognuno -grande o piccolo che sia- di farsi narratore/narratrice della propria storia comprendendo, utilizzando, integrando linguaggi diversi per mantenere quella globalità che è -per bambini, bambine ed adulti- una affermazione di libertà da cui può procedere la formazione di un Io in possesso di strategie e strumenti espressivi con la consapevolezza di quelli più consoni a sé.

AcquaAriaTerraFuocoeCose (progetto per una educazione ecologica) articola una riflessione sulla relazione tra sé e l'ambiente con percorsi ludici strutturati in chiave formativa per promuovere -con una prospettiva ecologica- modifiche e/o aggiustamenti nelle modalità di rapporto con l'ambiente allo scopo di coglierne e rispettarne le risorse fisiche e chimiche ma anche estetiche, relazionali, culturali.

Per un mondo in cui vivere insieme (progetto per una educazione interculturale) si propone di creare, con il contributo delle comunità degli immigrati, "zone

multiethnic” per il piacere di incontrarsi/confrontarsi tra “differenze”, per guardare l’altro / l’altra ed il suo mondo in modo meno superficiale, per conoscerne, oltre il colore della pelle, gli aspetti non immediatamente percepibili come una strategia per trasformare la *multiculturalità* -dato di realtà della presenza di più culture in città e nei servizi- in *interculturalità*, cioè nell’attivazione di un processo di confronto dialettico tra culture che non può che arricchire tutti e tutte

Storie Familiari (progetto di formazione e di sostegno alla genitorialità) utilizzando le suggestioni della metodologia autobiografica propone un percorso formativo fondato sulla relazione per produrre un arricchimento di sé come persone, base per essere genitori ed educatori *sufficientemente buoni*. È un percorso di sette incontri per 10/11 piccoli gruppi (max 18 persone circa ciascuno) paralleli in cui –tramite giochi psicologici che coinvolgono i linguaggi del corpo, delle emozioni, del pensiero- si attivano situazioni (rilassanti o divertenti, commoventi o emozionanti, inquietanti o -un po’- dolorose) per genitori ed operatori insieme con l’obiettivo di sviluppare/potenziare l’ ascolto reciproco e per costruire, insieme, uno spazio ed un tempo per raccontare le proprie storie di vita -personali e familiari- per fare un po’ d’ordine dentro di sé, per -con il racconto- rivisitare emozionalmente il passato (passaggio difficile ma obbligato nella crescita personale), per riscoprire il piacere di dirsi e di raccontarsi che “guarisce” le ferite, che rende più consapevoli e -quindi- dilata lo spazio progettuale (di sé) futuro. Al percorso di piccolo gruppo si affiancano alcuni incontri a tema per il grande gruppo con lo scopo di informare ed orientare in funzione degli approfondimenti che possono interessare i genitori. Per facilitare la partecipazione dei genitori, presso la stessa sede e per tutta la durata degli incontri, sono organizzate attività di intrattenimento e ricreazione dei bambini e delle bambine.

Ogni progetto nominato –a cui i genitori scelgono di aderire- struttura percorsi rivolti a piccoli e/o grandi gruppi di genitori e/o di genitori e bambini, bambine insieme per:

1. acquisire informazioni utili e scientificamente corrette, sul macrotema oggetto del progetto, per chiarire strategie e percorsi della conoscenza e, richiamando la responsabilità soggettiva, per rivedere ed aggiustare comportamenti individuali e collettivi (le **conversazioni** condotte con tecniche interattive e ludiche per es. sul tema del pregiudizio nel progetto di educazione interculturale o sugli accorgimenti attivabili in funzione del risparmio energetico nel progetto di educazione ecologica);
2. sperimentare in forma ludica situazioni che coinvolgono attivamente con l’obiettivo di condividere, confrontarsi,

scambiarsi (i **laboratori** per es. di gioco corporeo e di massaggio del bambino nel progetto di educazione corporea o di costruzione di giochi con materiale povero e riciclato nel progetto di educazione ecologica o ancora per suonare, cantare e ballare con musicisti di etnie diverse così come per cucinare - e mangiare- cibi e pietanze che appartengono alle diverse culture nel progetto di educazione interculturale) ;

3. definire uno spazio-tempo per la cura di sé, per attivare - nell'incontro con altri ed altre- percorsi personali di ricerca volti sviluppare maggiore consapevolezza di sé e dei vari aspetti della propria identità per come si snoda tra ciò che crediamo di essere e l'immagine di noi che vediamo riflessa negli occhi dell'altro/dell'altra nel processo continuo dei reciproci riconoscimenti (i **percorsi di "vissuto"**, training attivi con giochi ed esercizi per infondere energia, per sviluppare fiducia, etc. che si snodano intorno ad ogni macrotema per... avere esperienza diretta del proprio corpo, oltre la conoscenza mediata dall'immagine, ri-esplorandone le sensazioni e le comunicazioni tonico-emozionali e ri-esplorando lo spazio transizionale tra il corpo proprio e quello dell'altro -progetto educazione corporea- ... per dare spazio al desiderio di esprimersi, di contattare le proprie fantasie alla ricerca di forme di espressione proprie -progetto di educazione alla globalità/pluralità dei linguaggi- ... per favorire la capacità di conoscersi reciprocamente, per sviluppare l'attitudine a comunicare ed a prendere decisioni rispettando i punti di vista altrui -progetto di educazione interculturale- ...).

Il filo conduttore dei diversi percorsi di ogni progetto resta **l'approccio metodologico** che attiva atmosfere e strategie di tipo ludico a sostegno di un **viaggio formativo con le persone** (non *per* le persone) al cui interno i contenuti oggetto di ogni progetto e percorso -apprendendo dai bambini e dalle bambine- vengono di volta in volta non trattati ma *scoperti* allo scopo di risvegliare anche negli adulti il gusto per l'indagine curiosa, per la ricerca, per la sorpresa che sono indispensabili per entrare in contatto con le molte sfaccettature di se stessi e del reale .

La **conduzione degli interventi** con i genitori -progettata, monitorata e valutata dallo staff psicopedagogico responsabile dei servizi- è affidata alle insegnanti, educatrici, operatrici dei Nidi e delle Scuole dell'infanzia che si costituiscono in "gruppo di progetto non specialistico" (in alcuni casi affiancato da tecnici se il tema oggetto del progetto/percorso lo richiede) ma composto da persone in possesso di una buona formazione relazionale che ha -nel corso degli anni- particolarmente curato la condizione psicoemotiva, proprio perchè

nel lavoro con le famiglie ci si trova spesso coinvolti/e in esperienze di forte intensità emotiva che spesso evocano “fantasmi” personali. Per questo la formazione permanente in servizio condotta per gruppi di educatori/operatori è stata ed è -da una parte- finalizzata alla comprensione della struttura del sistema di relazioni (analisi relazionale) -dall'altra- anche alla possibilità di usufruire costantemente di un sostegno psicologico (sotto forma di accompagnamento formativo di gruppo durante lo svolgimento degli interventi) da cui scaturisce un accrescimento di benessere per le stesse educatrici/operatori che è garanzia per tutti e tutte.

La scelta di un modello fondato sulla *ricerca personale* offre ai genitori -ma anche agli operatori- un *luogo preliminare* che promuove il contatto con i personali “nodi interni” e da cui ognuno/ognuna può, se vuole, partire per un personalissimo e privatissimo percorso più profondo per acquisire quella consapevolezza di sé e del mondo da cui può svilupparsi il cambiamento di comportamento/modo di agire; per questo sono stati privilegiati, come **modelli teorici di riferimento**, la psicoanalisi (Freud, Klein, Winnicott, Bion), l'analisi transazionale (Berne), la psicologia umanistica (Rogers), la psicologia della Gestalt, la teoria dei sistemi (in particolare interpersonali, Bateson, Maturana, Varela), le teorie della comunicazione di Watzlavich, la psicomotricità (Aucouturier).

Dunque i Servizi Comunali Prima Infanzia strutturando per genitori, educatori, operatori insieme :

- *luoghi di parola* (le conversazioni) che favoriscono la riflessione e gli scambi per ritematizzare e ritematizzarsi,
- *luoghi del fare* (i laboratori) che favoriscono il senso di appartenenza, l'identità di gruppo e nuove reti di rapporti ,
- *luoghi del vissuto personale* per esplorare il ricordo, il desiderio, il piacere che favorisce l'ascolto di sé e dell'altro, dell'altra, degli altri, delle altre,

come articolazione del sostegno al percorso di crescita dell'identità genitoriale e familiare, si propongono di superare lo spazio/intervento specifico (che pure continua ad esistere attraverso gli incontri periodici come le assemblee generali e di sezioni, i colloqui individuali, etc.) per accogliere le famiglie come soggetti co-partecipi alla conduzione, per sviluppare una maggiore presenza interattiva dei genitori con il duplice obiettivo di migliorare la qualità della relazione tra famiglie e tra famiglie e servizi sempre più configurati -Nidi e Scuole dell'infanzia- come *agenzie deputate alle relazioni di aiuto*. Infatti per il progetto complessivo è poi l' “effetto alone” che si determina nella relazione famiglie-servizi il **parametro di valutazione** più significativo, monitorando il cambiamento qualitativo delle regole organizzative, dei processi di comunicazione e degli effetti sui destinatari (i genitori) in termini di accumulazione di valore di scambio, cioè dell'aumento del potere contrattuale e transazionale -nei confronti dell'istituzione- che conduce ad un'altra

rappresentazione di sé. In definitiva la valutazione misura quanto gli interventi -da una parte- facciano intravedere ai genitori che oltre l'isolamento che vivono come singola famiglia c'è una collettività che può sostenere, mettere in luce le potenzialità che, insieme ai problemi, ci sono già all'interno di ogni famiglia mentre -dall'altra- consentano di riflettere, rivedere, riorganizzare l'esperienza complessiva del servizio educativo.

Le opportunità offerte ad ogni famiglia e genitore dal Piano di espansione dell'offerta formativa possono rappresentare uno spazio-tempo per *essere* (dichiararsi) e per *incontrare* altri genitori ed altre famiglie facendo sì che i Servizi diventino sempre di più luoghi in cui poter condividere (e sdrammatizzare) i piccoli grandi problemi dell'educazione dei propri figli e figlie; luoghi rappresentativi della richiesta di dialogo e di confronto che nasce dal cambiamento profondo che la presenza di un figlio, di una figlia determina nella vita di coppia; luoghi per riflettere ed accrescere capacità e competenze non solo per crescere bambini e bambine ma anche per sé, in relazione alla propria identità di donne e di uomini.

In questo modo ogni Nido, ogni Scuola dell'infanzia si definisce anche come un luogo -reale e simbolico insieme- **delle famiglie**, un contesto progettuale di sostegno alla relazione ed alla quotidianità genitori-figli / figlie che -lascia entrambi pienamente protagonisti dei loro rapporti e dei loro progetti di vita- intende indicare, far (ri)trovare ad ogni genitore, ai diversi livelli necessari per ognuno ed ognuna, la relazione, la fiducia (in se stessi e negli altri), la disponibilità all'ascolto ma soprattutto la capacità/possibilità di (ri)trovare dentro di sé saperi e competenze ed a saperle utilizzare nelle situazioni del vivere quotidiano con i propri bambini e le proprie bambine.

Riferimenti bibliografici

P. BENESPERI, *Le politiche della Regione Toscana per la famiglia* (Atti Seminario – Firenze maggio 1997)

B. BETTELHEIM, *Un genitore quasi perfetto* – Feltrinelli, Milano 1987

G. BOLLEA, *Le madri non sbagliano mai* – Feltrinelli Milano 1998

L. BOTTIGLI, D. FALLENI, S. FRANGILLI, M. PACCHINI, I. PADOAN, R. VILLANI, *La scuola dell'infanzia: oggetti di sperimentazione* Ed. Comune di Livorno, Livorno 1996

G. COLOMBO, *I familiari: risorsa complessa nei servizi alla persona* - Atti Convegno Internazionale, Bologna 1995

D. DEMETRIO, *Educatori di professione* - La N.I., Milano 1990

D. DEMETRIO, *Apprendere nelle organizzazioni* - La N.I., Milano 1994
D. DEMETRIO, *Il gioco della vita*, Guerrini e associati, Milano 1997
D. DEMETRIO, *Raccontarsi*, Raffaello Cortina editore, Milano 1996
F. DOLTO, *Come allevare un bambino felice* – Mondadori, Milano 1992
N. FABRE, *I discorsi dei grandi nelle orecchie dei bambini* - Ed.Scientifiche Magi, Roma 1997
P. FARELLO, F. BIANCHI, *Laboratorio dell'autobiografia*, Erikson, Trento 2001
L. FORMENTI, *La formazione autobiografica*, Guerrini, Milano 1998
L. FORMENTI, I. GAMELLI, *Quella volta chi ho imparato*, Raffaello Cortina editore, Milano 1998
L. FORMENTI, *Pedagogia della famiglia*, Guerrini e associati, Milano 2000
S. MANTOVANI, *Essere genitori oggi* - Atti Convegno Internazionale, Ferrara 1995
M. MENGHERI (a cura di) *Genitori e Figli, conoscere per avvicinarsi* - Edizioni Universitarie Romane, Roma 2001
P.MILANI, *Progetto genitori* – Erikson, Trento 1993
P.MILANI (a cura di), *Manuale di educazione familiare*, Erikson, Trento 2001
I. PADOAN, S. FRANGILLI (a cura di), *L'infanzia e la sua educazione*, edizioni junior, Bergamo 2002
M. PAS BAGDALI, *Cari genitori* - F. Angeli, Milano 1995
PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, *Piano d'azione del Governo italiano per l'infanzia e l'adolescenza* - Roma, aprile 1997
S. TRAMMA, *Educazione degli adulti*, Guerrini e associati, Milano 2000
S. VEGETTI FINZI, *Il bambino della notte* – Mondadori, Milano 1990
S. VEGETTI FINZI, *Il romanzo della famiglia* – Mondadori, Milano 1992
D. WINNICOTT, *I bambini e le loro madri* – Cortina, Milano 1987

AUTRICE

Lilia Bottigli

responsabile Staff Progettazione e Programmazione Servizi Socio-Educativi
Comune di Livorno.

Indirizzo email: lbottigli@comune.livorno.it

MEDENA MASINI

L'ESPERIENZA DOLORE AL DI LÀ DELL'EVENTO NOCICEZIONE

Estratto

Secondo la nuova prospettiva bio-psico-sociale, anche l'esperienza dolore diventa un evento multidimensionale che coinvolge l'individuo globalmente: dal suo stile di vita, al suo contesto, dal suo percorso evolutivo, alla sua forma comunicativa e relazionale. La valutazione e i significati che l'individuo attribuisce al dolore saranno caratteristiche chiave nel far fronte alla malattia, elementi preziosi di un approccio integrato sia alla diagnosi che alla cura.

Il dolore nel tempo

Nel linguaggio comune la parola “*dolore*” ha un significato molto ampio: può essere riferita ad un dolore fisico, quale quello prodotto dall'azione di agenti esterni o interni, o ad un dolore psichico, come quello avvertito per una sofferenza interiore. Tale concetto si è evoluto nel corso dei secoli e nelle diverse culture, fino ai giorni nostri, proprio perché l'uomo sin dalla sua origine ha fatto innumerevoli sforzi per comprendere il dolore e riuscire a controllarlo. Si potrebbe anche supporre che proprio la necessità di alleviare il dolore abbia spinto al sorgere della figura del guaritore prima e del medico dopo.

La medicina degli antichi greci si occupò molto della natura degli eventi sensoriali, spostando l'attenzione ora verso l'aspetto più emotivo del dolore, ora verso quello più neurologico.

Anassagora (500-428 a.C.) spiegava la sensazione dolorosa come frutto del contrasto fra gli elementi costitutivi; Platone (427-347 a.C.) riteneva che il dolore potesse originarsi anche come pura esperienza emotiva dell'anima; Aristotele (384-322 a.C.) sosteneva che le sensazioni sono piacevoli quando sono contenute entro certi limiti, mentre diventano dolorose quando sono in eccesso (questa è considerata la prima enunciazione della “teoria intensiva del dolore”). Galeno (130-210 d.C.) durante l'Impero Romano diede un nuovo impulso agli studi circa il sistema nervoso, ma bisognerà aspettare il Rinascimento per vedere un nuovo e florido atteggiamento scientifico.

In epoca più recente, è intorno agli anni '40 che Livingstone, andando contro alla concezione classica secondo cui l'intensità della sensazione dolorifica sia sempre proporzionale allo stimolo, ipotizzò come il dolore, similmente a tutte le

percezioni, sia “soggettivo, individuale e modificato dal grado di attenzione, dagli stati emotivi e dall’influenza condizionante di esperienze passate”.

Nella Classificazione del Dolore Cronico pubblicata dall’*International Association for the Study of Pain* (IASP) nel 1986 e successivamente rivista nel 1994 a cura della Task Force on Taxonomy, il dolore è definito come “*Un’esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tessutale presente o potenziale o descritta come tale*”.

Oggi, dunque, è diventata quasi una conoscenza implicita il fatto che sia possibile l’esistenza di un dolore senza danno, come di un danno senza dolore; infatti è di comune esperienza constatare l’assenza di una relazione fissa tra il dolore percepito ed il danno esistente. Studi psicologici e antropologici hanno dimostrato che, almeno nelle specie più evolute, il dolore non è una costante psicofisica: una semplice funzione dell’entità del solo danno corporeo. L’esperienza “dolore” è legata profondamente all’individuo, al suo contesto, alla sua storia, alla sua capacità di capirne le cause e afferrarne le conseguenze.

Weisenberg (1977) e Bandura (1977) sostengono che anche il modello socialmente e culturalmente condiviso di intendere il dolore sia fondamentale per l’esperienza dell’individuo che lo vive in seno alla società stessa. Kosambi (1967), Melzak (1976) e Weisenberg (1975) descrivono cerimonie religiose in gruppi etnici primitivi in cui gli individui si sottopongono a rituali cruenti senza mostrare segni visibili di dolore in rapporto alle torture inflitte. Non essendoci nessuna ragione di credere che queste persone siano in qualche modo diverse dal punto di vista fisiologico, sembra molto probabile che entrino in gioco altri fattori di natura psicologica in grado di modificare la percezione del dolore.

Il dolore, al pari di altre sensazioni, può venir modulato dal significato che viene attribuito all’evento: la gioia del parto, può attenuare il dolore, mentre la paura del dentista può intensificare sensazioni che altrimenti darebbero avvertite come innocue. La variabilità del dolore suggerisce dunque l’esistenza a livello centrale di meccanismi in grado di modulare la trasmissione e la reazione emotiva al dolore. Alcuni studi inducono, per esempio, a ritenere che il fenomeno dell’analgesia indotta da stress sia presente anche nell’uomo: infatti, soldati feriti in battaglia o atleti che si sono prodotti lesioni nel corso di esibizioni sportive, riferiscono di non aver provato dolore. Durante la Seconda Guerra Mondiale, Beecher (1959) osservando il comportamento di soldati gravemente feriti in battaglia constatò che solo uno su tre si lamentava a tal punto da richiedere l’uso della morfina durante il trasporto all’ospedale da campo. Questi uomini sebbene non fossero in stato di shock negavano di provare dolore che richiedesse l’uso di particolari farmaci per ferite anche estese; mentre a parità di interventi, ben quattro su cinque civili avrebbero implorato l’iniezione di morfina. Beecher concluse tali osservazioni con l’ipotesi che “non c’è alcuna relazione semplice e diretta tra la ferita in sé e il dolore provato. Il dolore è in gran parte determinato da altri fattori, in questo caso è di grande importanza il significato della ferita...nei soldati feriti la

L'ESPERIENZA DOLORE

risposta al danno era sollievo, gratitudine di essere usciti vivi dal campo di battaglia, persino euforia; nei civili, l'intervento chirurgico era un evento deprimente e disastroso".

Il tradizionale modello bio-medico definiva la malattia come uno stato dell'organismo in cui si verificano alterazioni di parametri esclusivamente biologici che determinano una condizione di anormalità stabilita sulla base della deviazione dai criteri assunti come "normali". La crisi di questo modello basato sui presupposti del vecchio positivismo che ha nutrito il riduzionismo e il dualismo mente-corpo, ha lasciato spazio alla nuova prospettiva definita: *bio-psico-sociale*. La malattia adesso assume il valore di *evento multidimensionale* di rottura del sistema biologico, psicologico e sociale di un individuo. Tutto ciò sottintende un'integrazione olistica di varie prospettive ed ha favorito un notevole incremento delle ricerche sui fattori psicologici e sociali che possono influenzare non solo l'etiologia del disturbo, ma anche il suo andamento, l'esito e la reattività al trattamento.

In particolar modo nella sindrome algica non è possibile prescindere dal prendere in considerazione gli aspetti psicologici correlati, in quanto accade troppo spesso, nonostante una corretta diagnosi e un'adeguata applicazione delle tradizionali metodiche di trattamento, che la sintomatologia perduri inalterata o faccia registrare un'iniziale remissione seguita dall'insorgere a distanza di poco tempo, di un'altra serie di sintomi, simili o anche differenti dai precedenti; in tali casi spesso i soli fattori organici non spiegano in modo esauriente le modificazioni o il permanere della sintomatologia.

Modalità comunicative e significati del dolore

Il dolore è sempre stato considerato come una modalità di protezione del corpo dal danno, ma perché questo avvenga è necessario che sia possibile un'elaborazione centrale dello stimolo, attraverso la conoscenza dell'ambiente potenzialmente pericoloso e del corpo inteso come massa spazialmente delimitata. Tale tipo di conoscenza di sé e dell'ambiente, viene conquistata progressivamente dal bambino grazie alle esperienze precoci con le persone significative.

A differenza dei primi mesi di vita in cui le possibilità di autoprocurarsi dolore sono relativamente poche, con l'acquisizione della progressiva autonomia motoria, le occasioni di provare dolore si moltiplicano in relazione all'apprendimento del camminare, del correre e alla conoscenza del mondo circostante. In questo periodo l'atteggiamento genitoriale verso il mondo esterno è fondamentale; una figura d'accudimento attenta e disponibile affettivamente sarà pronta ad accorrere e a distrarre il bambino in tutte le situazioni che generano dolore e quindi paura e angoscia, consentendogli di non colorire di tonalità negative le sue prime esperienze di dolore. Se invece

l'atteggiamento genitoriale è caratterizzato da un'eccessiva paura, da una continua apprensione e il mondo è presentato anche inconsapevolmente come minaccioso e pericoloso, la percezione del dolore da parte del bambino ne verrebbe alterata e amplificata acquisendo tonalità ansiose e autocolpevolizzanti.

Engel (1981) inserisce il vissuto del dolore all'interno dello sviluppo delle *relazioni oggettuali* che accompagnano l'individuo nell'intero arco di vita. Secondo tale modello nella *prima infanzia* il sollievo dall'esperienza dolore è dato dalla risposta della figura di accudimento intervenuta in seguito al pianto del bambino. Tuttavia, nel caso in cui i genitori siano disattenti ai bisogni del bambino intervenendo unicamente in seguito alla manifestazione del pianto, si potrebbe favorire la formulazione dell'idea da parte del bambino che soltanto una manifestazione di dolore suscita una reazione d'amore; questo a sua volta faciliterebbe la comparsa di comportamenti rischiosi (traumi o incidenti) al fine di ottenere il calore e l'affetto altrimenti non offerti. In questo modo dolore e piacere si caratterizzano come due esperienze conseguenti in cui la prima è strettamente connessa alla seconda e talvolta anche confusa. In certi individui questo meccanismo può rimanere operante fino all'età adulta: ogni volta, cioè, che venga desiderata un'offerta d'amore o anche solo interessamento e scambio verbale, la modalità comunicativa di richiesta che verrà attivata sarà quella che sino ad allora "ha funzionato" con maggiore efficacia: il pianto o il lamento per qualche malessere o stato fisico.

Nella *seconda infanzia* il dolore assume un diverso significato: è connesso alla punizione inflitta dall'adulto quando "si è cattivi". Questo atteggiamento, oltre che essere la dimostrazione dell'essere stati "cattivi", rappresenta il mezzo che permette di espiare la colpa, meritare il perdono e la riconciliazione. Il dolore prodotto dalla punizione inflitta rimette in qualche modo le cose a posto: il malessere provocato dal senso di colpa si attenua e sparisce, le angosce di separazione e perdita dell'oggetto d'amore sono messe a tacere e la sicurezza, la tenerezza e l'affetto sono riconquistati. Per alcuni quindi, essere "cattivi" e venire puniti (provare dolore) può diventare una modalità comportamentale privilegiata che permette, da un lato una prossimità affettiva altrimenti non ottenibile, dall'altro l'alleviamento del fastidioso senso di colpa. Come è facilmente comprensibile il perdurare anche in età adulta di tali comportamenti rinforzati da familiari poco presenti affettivamente e/o fisicamente, può favorire lo sviluppo di patologie caratterizzate da dolore cronico spesso accompagnate da più profonda incapacità di autonomia affettiva.

Qualunque sia il meccanismo che si ritenga alla base del manifestarsi di una sintomatologia dolorosa, gli atteggiamenti e le modalità di reazione strutturatesi sono depositate nella memoria ed influenzano in modo decisivo tutto il comportamento successivo entrando a fare parte integrante della struttura psicologica. In presenza di situazioni stressanti o comunque simili a quelle che in età evolutiva avevano portato all'instaurarsi della sintomatologia algica,

L'ESPERIENZA DOLORE

saranno sicuramente attivate quelle modalità di risposta già ben note dall'infanzia e dall'adolescenza.

Un ulteriore aspetto all'interno della problematica dolore è quello legato alla *comunicazione* tra il paziente, la sua famiglia e il mondo esterno. In questo senso il dolore può essere utilizzato non solo per portare a conoscenza degli altri, in modo più o meno simbolico, le proprie difficoltà psicologiche, ma anche per incidere e soprattutto tenere sotto *controllo* l'ambiente esterno. Questo non significa che tali soggetti siano da considerarsi dei simulatori, in quanto tali comportamenti rimangono al di fuori del controllo della loro volontà.

Può accadere che dolore, come altri tipi di infermità, sia "utilizzato" da un membro particolarmente debole in un dato gruppo sociale per modificare i rapporti di forza, controllare ed influenzare la vita e le abitudini delle persone che gli vivono vicino, facendo leva sulla comune difficoltà ad esimersi dall'assistere, favorire e accontentare una persona che soffre a causa del dolore. Gli studi condotti dalla *linguistica* (Virenti, Bara, Colombetti, 1983; Cohen e Perrault, 1979) ci possono offrire modelli per l'analisi dei processi che si verificano quando un soggetto tenta di ottenere una data risposta da un altro. Tali processi comunicativi sono determinati da due strutture conoscitive: i *contratti* e i *giochi*; nel primo caso si tratta di azioni dirette dai soggetti impegnati nella comunicazione al fine di mantenere il proprio ruolo fino in fondo; nel secondo caso, invece, si tratta di una serie di bisogni secondari, desideri preesistenti, guadagni ulteriori rispetto a quelli manifestatisi nell'interazione che permeano completamente la comunicazione. Tali tipologie interazioni si possono individuare nelle relazioni familiari e nei rapporti con i medici.

Per quanto riguarda le *relazioni familiari* possiamo ricordare quello che viene definito forse in maniera troppo etichettante e discriminante, il "tiranno domestico" (Sternbach, 1974); si tratterebbe di un soggetto che facendo leva sul dolore riuscirebbe ad imporre la propria volontà agli altri membri della famiglia. Sternbach lo descrive come un individuo che spesso si lamenta del fatto che il dolore non solo lo faccia soffrire ma gli impedisca di essere d'aiuto ai familiari come vorrebbe; sempre pronto a scusarsi ed a rammaricarsi nel proprio stato, dipende dagli altri impedendo loro di avere una propria vita autonoma che prescindano dal suo dolore.

Nelle *relazioni medico-paziente* può accadere ad esempio che, anche se le parole che il paziente pronuncia indichino una richiesta d'aiuto, dal significato simbolico traspaia chiaramente l'impossibilità che un tale obiettivo si realizzi. Questa situazione è verificabile in quei soggetti che ottengono importanti *guadagni secondari* dal dolore; non essendo simulatori, si rivolgono al medico con l'aspettativa di un reale beneficio, ma poiché il loro equilibrio è basato sull'esistenza stessa del dolore, non si trovano nelle condizioni ideali perché il loro dolore regredisca.

I guadagni secondari che il dolore procura ad un paziente possono essere di diverso tipo: dalle cure, le attenzioni e la simpatia degli altri, familiari e non, all'evitamento di un lavoro o di alcuni compiti particolarmente sgraditi, fino anche a risarcimenti di tipo economico. Questi soggetti, dopo un iniziale abbandono alle capacità del medico e dopo avere espresso la loro soddisfazione per l'iniziale successo del nuovo trattamento, manifestano una riacutizzazione dei dolori tali da indurli a richiedere interventi sempre più potenti magari anche chirurgici.

Esistono dunque molteplici situazioni in cui è ragionevole supporre che i fattori psicologici svolgano un'azione di importanti concause; si è infatti ipotizzato come alcuni soggetti caratterizzati da un certo grado di *depressione* e di *insoddisfazione* riguardo alla propria vita quotidiana caratterizzata da responsabilità, doveri e spesso scarse gratificazioni, "fuggano nel dolore" per liberarsi dagli impegni familiari, lavorativi e sociali. Quando tali soggetti vengono a trovarsi in situazioni di dolore acuto, esistono molte probabilità che il dolore si cronicizzi.

Stress, coping e dolore

Il termine *stress* fu impiegato per la prima volta da H. Selye (1936) il quale lo definì come "risposta aspecifica dell'organismo ad ogni richiesta effettuata su di esso"; in questo modo lo stress, in quanto espressione di uno sforzo compiuto dall'organismo a livello fisiologico e psicologico per far fronte ad una richiesta di modificazione del proprio equilibrio omeostatico, acquista un grosso valore adattivo al fine di preparare l'individuo ad affrontare o ad evitare una minaccia reale o immaginaria (stressor). Solo negli anni successivi si arriva, con Lazarus (1966), al concetto di stress psicologico in cui l'aspetto legato alla valutazione cognitiva dello stimolo e del suo significato, insieme ai diversi fattori di personalità, rappresentano un elemento fondamentale per definire l'entità e la natura della reazione emozionale e fisiologica. Il riconoscimento dell'importanza delle modalità reattive individuali e dello stile cognitivo personale, induce a spostare l'attenzione verso quello che ad oggi può essere considerato un pilastro della psicosomatica: non sono gli eventi stressanti in sé ad agevolare l'insorgenza e lo sviluppo della malattia, bensì il modo di interpretarli e di reagire ad essi (potere estrinseco dello stressor).

Vi sono alcune categorie di eventi che per loro natura rappresentano fonte di stress:

- *Perdita* e minaccia di perdita di oggetti significativi (persone, stato sociale, lavoro, beni personali, gruppo di appartenenza...)
- *Danno* e minaccia di danno (sia reale che immaginario, morale o di immagine, fisico o economico...)

L'ESPERIENZA DOLORE

- *Frustrazione* delle pulsioni (sia biologiche innate che stimolate dall'ambiente...)

Tuttavia, il carattere stressante anche di tali eventi dipende dalla personalità, dallo stile di comportamento e dalle esperienze passate che hanno determinato eventuali conflitti emotivi non risolti. Le forze emotive legate a tali conflitti sono pronte a mobilitarsi ogni volta che un evento riattivi situazioni già vissute in precedenza e che hanno rappresentato una minaccia alla propria integrità psichica. Dunque, nessun evento esistenziale significativo può essere definito aprioristicamente patogenetico, contemporaneamente, qualsiasi avvenimento che superi la soglia percettiva, che generi una rappresentazione mentale e che sia capace di innescare un'attivazione emozionale è di per sé stressante. La malattia somatica può "essere predisposta da condizioni fisiologiche alterate (ma non ancora scompenstate) indotte da un accumulo di eventi psicosociali rilevanti, ed essere infine precipitata nel suo manifestarsi da un ulteriore evento critico, non necessariamente della stessa potenzialità stressante di quelli che lo hanno preceduto" (Pancheri, 1986). L'apparire di una malattia o anche solo di un sintomo è un fenomeno complesso che sottende processi di natura diversa e complementare; negli ultimi anni si è infatti andato delineando il concetto di malattia plurifattoriale che tiene conto delle condizioni ambientali, personali fisiologiche e psicologiche che influenzano le risposte individuali.

A sua volta una malattia ad andamento cronico come può essere il dolore, è dotata di quelle caratteristiche di persistenza, impatto emozionale e significatività che permettono di identificarla come evento stressante; in questo modo si inverte il nesso causale classico da: stress-malattia a malattia-stress. I significati che l'individuo attribuirà all'evento malattia-dolore acquistano un ruolo fondamentale nel mantenere lo stress e quindi favorire il processo di cronicizzazione. Le valutazioni del soggetto possono risultare disadattive, cioè possono attivare strategie di *coping* del tutto inadeguate alla situazione e questo può contribuire ad aumentare il senso di inefficacia personale e a minare anche gli esiti di un eventuale percorso riabilitativo.

L'influenza dell'umore e dei fattori cognitivi sul dolore è stata ampiamente documentata da diversi studi. Uno stato dell'umore orientato in senso depressivo sembra favorire una riduzione della soglia per stimoli algogeni, mentre terapie antidepressive possono avere effetti positivi su sintomatologie dolorose. In altri casi è stato rilevato come i processi cognitivi possano peggiorare o migliorare, a seconda dei casi, la reazione ad una condizione di dolore fisico. Attribuire la causa del dolore ad un aggravamento dello stato di malattia o avere la convinzione che il dolore non andrà più via e non ci saranno possibilità di alleviarlo, modula in senso peggiorativo la percezione soggettiva delle sensazioni nocicettive e le reazioni emozionali e comportamentali ad esse.

L'esperienza della malattia, troncando bruscamente le abitudini quotidiane, fa perdere coscienza del limite della propria vita, rimanda un senso di impotenza e

fa *perdere l'autonomia* mettendo la persona in situazione di dove dipendere da qualcun altro, un altro a cui affidarsi per chiedere aiuto. Questa "inattività forzata" in cui risulta intrappolato il paziente affetto da dolore cronico, stride fortemente con i criteri efficientistici su cui si basa la società contemporanea che premia solo i migliori detentori di concetti come: la responsabilità, lo spirito di iniziativa, l'intraprendenza a volte esasperata. In un contesto in cui l'individuo è schiacciato dalla necessità di mostrarsi sempre all'altezza, la depressione spesso non è altro che la contropartita delle grandi riserve di energia che ciascuno di noi deve spendere per diventare e/o rimanere se stesso.

Un approccio integrato

Il *Disturbo Algico*, secondo la classificazione proposta dal DSM IV, appartiene ai Disturbi Somatoformi, tuttavia si differenzia dagli altri disturbi di tipo unicamente psicopatologico che vi fanno parte, in quanto può essere strettamente connesso ad un quadro medico. I sottotipi di tale disturbo si collocano lungo un continuum; ad un stremo si trova: il Disturbo Algico Associato con Fattori psicologici, dove "...si giudica che qualche fattore psicologico abbia il ruolo fondamentale nell'esordio, gravità, esacerbazione o mantenimento del dolore", all'altro vi è il Disturbo Algico Associato con una Condizione Medica Generale, in cui "...si valuta che i fattori psicologici giochino un ruolo minimo o nullo nell'esordio o nel mantenimento del dolore".

I modelli circa il ruolo della componente psicologica del dolore proposti dalla diverse scuole di pensiero presenti nel mondo della psicologia hanno proposto diverse spiegazioni che in gran parte traspaiono da quanto fin'ora detto.

L'approccio *comportamentista*, sottolineando i fenomeni di condizionamento instauratisi attraverso i processi di apprendimento, propone un modello basato su quelle che sono le contingenze di rinforzo del comportamento da dolore.

L'approccio *psicodinamico*, legge il sintomo dolore all'interno di una mancata risoluzione di conflitti che spingono verso una regressione del soggetto il quale si trova a manifestare comportamenti inadeguati alla situazione attuale.

La prospettiva *comunicazionale* (scuola di Palo Alto) sottolinea come l'individuo possa apprendere dal proprio ambiente ad utilizzare il sintomo dolore, per raggiungere e/o mantenere un determinato equilibrio nel gruppo.

L'approccio *cognitivista* descrive tali meccanismi implicati portando all'attenzione quelle che sono le organizzazioni cognitive dell'individuo che determinano il suo modo di interpretare gli eventi, dare loro un significato e quindi fare loro fronte.

Qualunque sia il meccanismo che si ritiene essere alla base del manifestarsi di una sintomatologia dolorosa, i comportamenti e le modalità di reazione strutturate sono depositati in memoria e influenzano in modo decisivo tutto il

L'ESPERIENZA DOLORE

successivo comportamento del soggetto entrando a far parte integrante della struttura psicologica.

Quanto detto fino adesso porta inevitabilmente verso la conclusione che il presupposto fondamentale per un'efficace terapia del dolore è la sua corretta *diagnosi e valutazione* all'interno della quale trova particolare spazio un'attenta *anamnesi* volta a delineare il preciso andamento della sintomatologia, delle caratteristiche del soggetto, del suo stile di vita e del suo contesto. Questo permetterà di:

- Evitare di commettere l'errore di sottovalutare la componente psicologica o organica
- Prevedere con un minor margine di errore le reazioni del soggetto ad un determinato trattamento (in virtù del fatto che gli individui tendono a ripetere più facilmente i modelli di comportamento più familiari)

Troppo spesso si assiste al non raggiungimento del risultato sperato oppure al viraggio del sintomo che costringe anche il medico a rincorrere il dolore senza mai raggiungerlo. Ecco perché si fa indispensabile prendere in cura la persona e non occuparsi solo della malattia, in quanto si deve rispondere non solo ai criteri biologici e funzionali, ma anche ai bisogni consci e inconsci del paziente; introdurre la variabile psicologica significa forse riuscire a capire perché alcune volte terapie correttamente impostate non hanno portato alla risoluzione.

Tuttavia l'evidenza di questi concetti, patrimonio oggi della psicologia clinica ma anche della medicina, non sempre si accompagna ad una modalità di approccio del paziente, il quale, presentando all'apparenza un tipo di sofferenza esclusivamente fisica, porta ad un intervento farmacologico con conseguente sottovalutazione degli aspetti psicologici. In molti casi infatti quest'ultimi vengono negati con insistenza e viene sottolineato con decisione che, se il dolore dovesse scomparire, non esisterebbe più alcun problema per il paziente; affermazioni, queste, tipiche peraltro del paziente con comportamento abnorme di malattia.

La guarigione non è un ritorno ad una condizione anteriore precedente alla malattia o la riparazione di un guasto, ma è un "riaggiustamento" che renda più sostenibile il faccia a faccia con se stessi: che renda, cioè, in grado di combattere meglio contro il malessere e la sofferenza.

Bibliografia

American Psychiatric Association. [1996], *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano.

MEDENA MASINI

- Bolacchi M.G. e Lera S. [1994] *La malattia cronica e il suo effetto sulla psiche*. In Mengheri (a cura di) [1994] *E allora...il corpo recita i drammi della mente*, M. Melusina Editrice, Roma.
- Ercolani M. [1997] *Malati di dolore. Aspetti medici e psicologici del paziente con dolore cronico*, Zanichelli, Bologna.
- Melzack R. e Wall P.D. [1982] *La sfida del dolore*, G. Piccin, Padova.
- Masini M., Vignale L. e Dondoli, C. [2001] *Valutazione multidimensionale del dolore il portatori di SCS*. In “Atti XI Congresso Nazionale Società Italiana dei Clinici del Dolore. Abano Terme 22-24 Novembre 2001”.
- Poignet O. e Masini M. [2000] *Il dolore: mente e psiche*. In “Il dolore: incontro tra medici di medicina generale e algologi.” Prato 25 Novembre 2000.
- Villamira M. [1984] *Il dolore come comportamento e come comunicazione*. In M.A. Villamira (a cura di) [1984] *La psicologia nello studio e nel trattamento del dolore*, Franco Angeli, Milano.

MEDENA MASINI

Psicologa. Perfezionata in Neuropsicologia e Psicodiagnostica Forense, Email:
medena@libero.it Prato

Alcune Riflessioni

Forse parlare di prevenzione primaria riguardo l'Euro può sembrare eccessivo, ma proprio perché i due pilastri su cui si fonda l'Associazione italiana di Psicosomatica, sono la prevenzione primaria e la secondaria abbiamo accettato (un anno fa) di scrivere alcune riflessioni intorno a questa "conversione" di moneta. Il nostro contributo entrava, allora, a pieno titolo nella prevenzione primaria ovvero in processi informativi e formativi che allargando il nostro sapere riescono anche a tranquillizzarci.

Esistono alcune persone che hanno un grosso timore del denaro e per questo debbono curarsi. Per esplicitare quello che ho detto credo basti pensare che questi soggetti non possono toccare il denaro perché lo considerano infetto in quanto maneggiato da altri individui. Ci sembra interessante e curioso fare un'analogia con coloro che soffrono d'asma. Molti pazienti psicosomatici manifestano questa patologia all'apparato respiratorio perché sono entrati in contatto con l'aria che è già entrata ed uscita da altri soggetti considerati, proprio da queste persone asmatiche, patologici e quindi infettivi dal punto di vista psichico. In altre parole pensano che l'aria che ora giunge a loro porti con sé delle parti psichicamente devastanti e incontrollabili: il "bisogno di controllo" si estende anche in queste situazioni. A tal riguardo desideriamo ricordare che molte malattie psichiche sono infettive quanto le batteriche e le virali (pensiamo ad esempio alla depressione o all'ansia): un bambino che ha una madre ansiosa non potrà che essere ansioso! Ma torniamo alle persone che non possono maneggiare denaro. Esse sono caratterizzate dallo stesso tipo di pensiero ossessivo cioè che le monete che possono toccare siano state infettate da altri che le hanno precedentemente usate (toccate) e, ne consegue la paura di esserne contagiate, di prendere un frammento malato di altri o di lasciare qualcosa di loro dal quale non possono liberarsi perché scatterebbe in loro o il senso di colpa o il disagio di una loro parte (psichica) importante. In modo molto semplicistico e primitivo, desidero passare il messaggio che proprio questi pazienti furono ben contenti dell'avvento della nuova moneta perché ancora non infettata (toccata) da altri e quindi spendibile. È chiaro che questo gioco illusorio dura solo pochi giorni! Ciò che l'uomo non può controllare (aria, denaro, morte, etc.) può essere (anche) fonte di angoscia; in alcuni casi si stabilizza attraverso l'ausilio di specifici sintomi. Il nuovo, lo sconosciuto quando sappiamo che non lo si può controllare può essere generatore d'ansia.

Di fronte a questa grande innovazione e sapendo che tutti, con il primo gennaio del 2002, avremmo dovuto fare i conti con la nuova moneta è scattato il pensiero "mal comune mezzo gaudio", come se, assurdamente, potessimo tranquillizzarci a vicenda: "ce la fanno tutti gli altri ce la farò anch'io". Così,

razionalizzando, si è atteso con meno ansia l'avvento dell'Euro: qualcosa da cui non avremmo potuto sottrarci; un'obbligata conversione (da Lira ad Euro).

Nella allora lontana giornata in cui tutti avremmo dovuto render osanna all'Euro abbiamo anche sperato che le parole, gli interventi promozionali degli altri, come una bacchetta magica, ci avessero potuto aiutare al cambiamento delle nostre mappe cognitive, i nostri circuiti mentali, i nostri pensieri riguardo la nuova moneta che avremmo iniziato ad usare in 12 paesi europei. Come sempre abbiamo pensato che coinvolgendo il nostro sapere e ampliandone i limiti avremmo potuto aiutarci ad evitare le normali ansie che regolarmente accompagnano ogni nostro cambiamento di pensiero. La mente per imparare ha sempre bisogno di pensiero e di tempo, e così anche per conoscere l'euro!

Abbiamo dovuto pensare in euro come prima pensavamo in lire. Se si vuole imparare una lingua il passaggio indispensabile è pensare in quella lingua e non in italiano, la stessa metodologia dovremmo applicarla per l'euro. La nostra esistenza non deve comunque essere funzionale all'euro, ma l'Euro deve essere e pensarsi funzionale alla nostra esistenza e alla qualità della vita.

Parlando del cambio della moneta si parla con facilità di "errore possibile". Il termine "errore" coinvolge di gran lunga meno l'affettività di quanto non lo facciano termini quali il disagio, le difficoltà, l'ansia o la sofferenza. Il prezzo da pagare per questo processo è un po' di impegno mentale osservandone in compenso, e speriamo a breve scadenza, gli aspetti positivi che ne derivano. È stato insufficiente parlare di errore nel cambio tra le due monete quantunque questo si sia dovuto mettere in conto atutt'oggi. Ricordiamo d'altro canto che se da una parte ci sono i deboli, gli ingenui, coloro che non conoscono, dall'altra c'è chi subito si approfitta della situazione! Questo, sulla nostra terra, è sempre avvenuto e sempre avverrà.

È nostra premura ricordare che con il trascorrere degli anni i processi cognitivi, la capacità attentiva, la memoria e la sicurezza (solitamente) diminuiscono perciò, a maggior ragione, speriamo che anche questo scritto possa portare un miglior contributo alla nostra conoscenza e dunque una maggiore tranquillità.

Riguardo il disagio che può creare la nuova moneta si parla, anche a distanza di un anno dall'inizio dell'operazione Euro, di ansia da prestazione sia da parte del venditore, del compratore ma anche del bancario e del postale. Il bancario, il venditore sono coloro che "curano" il cliente ed accade proprio quel fenomeno che spesso investe il professionista che "cura". Sembra che per magia, o per cultura voluta, lo psicoterapeuta e il medico non siano malati e non si possano assolutamente ammalare né psichicamente (il primo) né organicamente (il secondo) perché, illusoriamente, sono i detentori e dispensatori di "sanità". Alla stessa maniera i media possono pensare che i bancari non commettano errori: forse è meglio per loro, ma anche per noi,

osservare le operazioni effettuate ed aiutarli ad individuare eventuali errori questa volta dovuti alla loro ansia da prestazione!

Personalmente prendo le distanze da quei principi adattivi che ci vorrebbero tutti ugualmente assuefatti all'ambiente in cui viviamo. L'essere umano deve potere scegliere, momento per momento, di offrirsi o sottrarsi a certe influenze sociali. Parlando di ansia, di sofferenza, di disagio, bisogna sempre riferirsi al singolo: un individuo può sentirsi adeguato ai doveri impostigli dall'ambiente, un altro assolutamente no. Se non abbiamo la possibilità di creare nuove forme di vita, di pensiero, siamo di fronte ad uno "stallo normativo" e dunque in una malattia. Siamo in una situazione patologica (da Phatos che significa "sentimento concreto di sofferenza e di impotenza").

Nel caso dell'Euro i rappresentanti del "sociale" degli uomini, hanno cercato autonomamente le regole e i valori economici secondo cui condurre e gestire la nostra vita, attraverso la nuova moneta. Il singolo uomo però, ognuno di noi, che non ha fattivamente contribuito alla nascita dell'Euro può sentirsi a disagio e "provare" un'ansia che gli serve ad adattarsi al "nuovo": il nuovo sistema monetario. Siamo dunque di fronte ad un'ansia legittima.

È chiaro che i primi ad essere in difficoltà di fronte a questo riadattamento monetario sono stati i più anziani, i più deboli psichicamente, gli handicappati ed è nostra speranza che siano stati sufficienti i corsi preparatori adeguati per l'adozione di misure volte a minimizzare e trovare soluzioni concrete ai potenziali effetti negativi dell'impatto tra le diverse categorie sociali. La consapevolezza dei propri diritti e la conoscenza degli strumenti per difenderli è un fattore determinante per garantire che l'euro si realizzi senza particolari costi economici, sociali e psicologici per i consumatori. Il passaggio deve avvenire in buone condizioni non soltanto per il consumatore medio, ma per tutti. Occorre quindi tenere conto, oltre alle difficoltà psicologiche, di quelle sociali: analfabetismo, handicap visuali e auditive, emarginazione, diverse possibilità di accesso ai servizi finanziari e all'informazione.

Ricordiamo inoltre che la moneta non è solo uno strumento economico, ma anche un elemento essenziale d'identità che rafforza il legame tra cittadini e Stato assicurando il senso di appartenenza ad una comunità.

Accenniamo infine al significato e al doveroso cambiamento dei cosiddetti prezzi "psicologici" ovvero di quei prezzi che inducono nel cliente l'illusione di sostenere un prezzo inferiore a quello che effettivamente viene pagato: si pensi ad esempio a prezzi come 19.900, 499.000....

Per quanto riguarda la definizione dei prezzi al dettaglio, esistono alcuni fattori "psicologici" di cui tener conto. Un prezzo come 9900 lire, ad esempio, corrisponde a 5,11 euro, e perde così la sua "suggestione"; l'effetto si ottiene di nuovo portando il prezzo a 4,99 euro, che equivale ad una differenza di oltre 200 lire. Per questo motivo molti prodotti saranno commercializzati in confezioni più grandi o più piccole delle attuali. In questo ambito dovremmo

tener conto che con il passaggio all'euro dovremmo adeguarci ad una nuova unità di misura del valore dei beni e dei servizi che è circa venti volte più grande di quella attuale. Il taglio minimo della nuova valuta, il centesimo di euro, vale infatti poco più di 19 lire.

Con l'arrotondamento e l'adeguamento ai nuovi prezzi psicologici interessante saranno anche gli arrotondamenti ai microprezzi: vedi l'esempio di un'etichetta autoadesiva che oggi può costare 8 lire! Mi si dice che se compro 100.000 etichette la differenza di arrotondamento è di 13 euro pari a 25.172 lire per il fatto che con l'euro si usano solo due decimali. Ma se non mi servono tutte queste etichette? E se i decimali si mantenessero superiori a due? È concesso? Ma è anche vero che si appesantirebbe il calcolo non poco! Da ciò l'esigenza di corsi di come meglio comprendere l'uso dell'euro sia per colui che compra che per colui che vende!

Mario Mengheri

POESIE

Magico Privato

Quando ero piccola
Il mondo era piccolo
Come me,
poi siamo cresciuti
ed assieme siamo andati
sui prati a Primavera
tra scarabei iridescenti
biancospino mammole e girasoli.
In un lago splendente
Ci siamo specchiati,
riflessi sotto lo stesso cielo,
con le facce macchiate
di mirtilli
ridendo e scherzando
ci siamo domandati.
“Chi di noi è il mondo?”

(Elena Romeo Maltinti)

Chiamami forte

Io sono nella tua anima,
chiamami forte
per non farmi smarrire
su un lastricato di voci.
Magie nell'immenso
Dove il tempo
Si fa futuro
Per penetrare
Con stimmate di Luce
Nel mio cielo.
In quel flusso luminoso
La bellezza dell'eterno
Veglia sul mio vivo
Sepolcro.

(Elena Romeo Maltinti)

Nell'attesa

Sono come una canna vuota
Che suona col vento,
il mio pensiero
ha il fiato acceso
di malinconie,
il profumo di mandarino
è ancora nelle mani
come il Natale è intatto
nella stanza aperta
lungo il corridoio
dove sono rinchiusa,
nell'attesa
mi cancello
con gli occhi di chi
mendica l'amore,
io non esclusa.
Il vento geme
Trasportando lontano
Il seme della vita,
io stento a morire
dal fuoco che si spegne
qualche scintilla
mi fa dolorosamente viva.

(Elena Romeo Maltinti)

Ti ho amato come un'orchidea blu,
ti ho curato come un bambino,
ti ho protetto dai fantasmi e
dalle streghe di "dentro" e
altro.....non so.....

(Gianfranco Lippi)

Spinoso ramo d'acacia
nell'immoto inverno attende
A primavera sarà dimora di nidi
di gazze e di sciame di polline

(Gianfranco Lippi)

Ti ho pensato come un fiore da sfogliare,
ogni petalo annusato, ammirato,
in questo libro di giovane memoria
è contenuto il sapere della natura.

(Gianfranco Lippi)