

SENTIERI IV, 2006

ITINERARI DI PSICOPATOLOGIA-PSICOSOMATICA-PSICHIATRIA

DALL'ALIENAZIONE ALLA RIAPPROPRIAZIONE DELLA SALUTE

MARIO MENGHERI

COUNSELOR:

ADESIONE E DISTANZA TRA DESIDERIO E BISOGNO

Estratto

Un male sociale favorito dalla moderna tecnologia rappresentato dalla crescente sovrapposizione tra desiderio e bisogno. Il processo di counseling psicologico, rivolto al benessere, aiuta a tenere distinte queste due dimensioni.

Il recupero, l'espressione e l'ascolto empatico di affetti ed emozioni, liberando risorse interiori, creano nuove opportunità personali ed interpersonali, valorizzando e promuovendo il benessere.

Con tale obiettivo, il counselor si inserisce nell'attuale approccio alla salute, con il modello biopsicosociale, attento alle reciproche interazioni di fattori biologici, psicologici e sociali ma anche all'individuazione di atteggiamenti salutogeni quali attivatori del benessere.

L'orientamento di Psicologia della salute e della Psicologia positiva pi che alla malattia ed al concetto di prevenzione, teso a valorizzare, sollecitare e promuovere uno stato di benessere in cui fondamentali sono le componenti motivazionali, affettive ed emozionali. Il counselor rivolto alla promozione della salute procede con interventi di empowering per il benessere emotivo, verso il potenziamento dell'autostima che consideriamo una sorta di sistema immunitario della coscienza.

ANTONIO PULEGGIO

Le identit^ negate: vecchie e nuove patologie

Estratto

L'insorgenza oggi su scala di massa di fenomeni comportamentali disadattivi o di franca matrice psicopatologica, che interessano le giovani generazioni, non pu~ lasciare il mondo scientifico in particolare, e quello adulto in generale, indifferenti. L'attenzione si rivolge a fenomeni di matrice schizoide spesso caratterizzati da solipsismo e alexitimia, come le dipendenze patologiche comportamentali, o i disturbi del comportamento alimentare associati a sindromi dimorfofobiche, oppure disturbi del tono dell'umore sia sul versante bipolare che unipolare depressivo, che rappresentano alcune delle pi importanti espressioni massificate di un disagio generazionale che pu~ definirsi "sistemico", e che pone gravi interrogativi circa la nostra cultura e il nostro sistema di vita. Come adulti dovremmo preoccuparci quantomeno del fatto che questo mondo "eredit^ che lasciamo ai nostri figli; mentre come uomini di scienza e di ricerca dovremmo interessarci ai significati profondi che determinano questa fenomenologia, connessa sempre pi a stati di disagio evolutivo e di disadattamento esistenziale su scala di massa.

FRANCESCO LAMIONI

LA CENTRALITÀ DEI VALORI NEL CAMMINO PERSONALE VERSO IL BENESSERE

Estratto

In ambito psicologico il perseguimento del benessere dovrebbe venire inteso come la capacità dell'individuo di intraprendere un percorso rivolto al bene; al proprio bene.

Compito della psicologia, allora, sarà quello di facilitare la persona in questo suo cammino, che potrà essere realizzato attraverso una relazione capace di assicurargli il pieno esercizio della propria volontà libera, in modo da esprimere la sua intima soggettività e umanità.

Tale espressione verrà a coincidere con l'attuazione di quelle potenzialità che sono proprie della natura specificamente umana. È tramite queste «umane virtù» che può trovare manifestazione la propria identità profonda, il «Sì» della persona.

Fare promozione della salute da questa prospettiva, per~, significa richiedere alla psicologia di sapersi misurare e compromettere col delicato ambito dell'etica.

ELISABETTA DIADORI

LA STRATEGIA DI CAMBIAMENTO NELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Estratto

Il cambiamento di paradigma, da quello biomedico a quello biopsicosociale, ha fatto sì che la salute non sia più intesa come uno stato da conservare o modificare se danneggiato ma un patrimonio da rispettare e sollecitare. In questa prospettiva anche la figura professionale dello psicologo cambia, preoccupato non solo di intervenire sul disagio, ma diviene un professionista che opera per stimolare risorse psicologiche sane, atte a migliorare la qualità della vita, attraverso interventi psicoeducativi. All'interno di questa prospettiva il cambiamento non implica solo «oguardigione», ma significa «riconoscere le potenzialità» del cliente, consolidarle, ampliarle e quindi guidarlo nella realizzazione del proprio piano di vita. Il ruolo del counselor proprio quello di accompagnare il cliente in questo processo, ponendosi di fronte all'altro senza pregiudizi, nel rispetto totale della unicità e della responsabilità del soggetto, del gruppo o della comunità, al quale presta servizio di consulenza.

MARIO MENGHERI, BIANCA RITA BERTI, LARA BUSONI, GIULIA LIPERINI

COUNSELING E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Estratto

In un tipo di società dallo stile sempre più frenetico, anonimo e automatizzato, nelle relazioni interpersonali diventa sempre più difficile per le persone crearsi situazioni in cui potersi aprire con un interlocutore senza doverne temere il giudizio, la considerazione superficiale, il disinteresse o addirittura il rifiuto. Viviamo in un tempo di incertezza e di smarrimento, l'incertezza sembra interessare ogni ambito dell'esistenza quotidiana, dalla realtà familiare a quella socio-professionale. Ecco perché la figura professionale del Counselor, nata negli Usa, sta prendendo sempre più piede anche qui in Italia. Il Counselor infatti in grado di favorire la soluzione di disagi esistenziali di origine

psichica che non comportano tuttavia una ristrutturazione profonda della personalit . Il corso triennale di Counseling promosso dall'AI.R.P. e dall'Universit  di Siena, oltre ad essere ad approccio integrato (prende cio in considerazione i diversi approcci teorici), unisce alla qualifica di Counselor quella di Promotore della salute. Nel nostro intervento ci proponiamo di spiegare come questa figura professionale si possa inserire nel campo della Promozione della salute.

MARIA TERESA D'ORSO

IL RUOLO DELLO PSICOLOGO DEL SERVIZIO PUBBLICO NELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Estratto

Nella promozione della salute lo psicologo del servizio sanitario pu  fornire un contributo prezioso per l'affermazione di una cultura che veda il cittadino come reale protagonista della propria salute. Per quanto sia aumentato l'interesse collettivo per la qualit  della vita, per il diritto alla salute ed il diritto di scelta, ancora molto resta da fare per un effettivo cambiamento del paradigma degli interventi per la salute, delle relazioni di aiuto nella cura, per la ricerca delle condizioni che possono garantire il benessere.

La psicologia si muove a tutto tondo nel sistema sanitario, attraversando la prevenzione e la cura, sollecitando l'attenzione al rispetto dell'individuo e del suo sistema di valori e di relazioni, facilitando l'apertura di canali di comunicazione tra paziente ed equipe, cos  come tra gli stessi operatori. Il percorso di appropriazione della salute, passa attraverso momenti informativi e formativi, dove la diffusione dei saperi deve coniugarsi con la mobilitazione dei sentimenti e dei valori che sostengono le azioni, per raggiungere una maggiore consapevolezza sulla quale poggiare le scelte individuali e collettive

GLORIA MUMOLO

IL CONCETTO DI SALUTE E MALATTIA NELLA MEDICINA OMEOPATICA

Estratto

Di fronte alle risposte inadeguate della medicina ufficiale che, pi  che promuovere la guarigione, sembra generare malati cronici, e al progressivo incremento delle patologie iatrogene, assistiamo all'esodo dei pazienti verso le medicine alternative. In questo contesto l'omeopatia rappresenta una vera rivoluzione scientifica ed etica. Al concetto di malattia come entit  concettualmente separata dall'organismo, causa di alterazioni localizzate, viene sostituito quello di squilibrio dell'intero sistema biologico, che necessita di un approccio integrato e personalizzato. Il percorso diagnostico-terapeutico che ne deriva trasforma il paziente da oggetto passivo della prestazione medica nell'artefice della propria guarigione, e il medico da semplice operatore di una tecnica in un vero promotore della salute

Stefano Giuliani

QUALIT  E SALUTE

Estratto

Si vuole intendere la Qualit  come motore di ogni Azienda Sanitaria che si propone la centralit  del paziente, riuscendo a passare da un utente  assistito  ad un utente  cliente . Necessit  di una radicale revisione del rapporto professionista/paziente e di una rivalutazione dei rapporti di soddisfazione intercorrenti fra i clienti interni. Il Sistema Qualit  che ogni organizzazione, anche non sanitaria, pu  adottare prevede l'Utilizzo di procedure che non solo ottimizzano le attivit  ma sono anche uno strumento di garanzia e tutela degli stessi operatori, in quanto riducono sprechi, errori ed eventi indesiderati.

PATRIZIA RAMINGHI

L'IDENTITA  SESSUALE: PERCORSO EVOLUTIVO E DINAMICO NELLA SALVAGUARDIA E PREVENZIONE DELLA SALUTE.

Estratto

L'autrice traccia il percorso relativo alla differenziazione sessuale nell'ontogenesi dello sviluppo umano, fino al delinearsi delle basi cromosomiche, ormonali, anatomiche e psicologiche dell'identit  di genere maschile e femminile.

L'intento di mostrare come la strutturazione dell'identit  sessuale, tutt'altro che pronta al concepimento, tenda a configurarsi come un processo evolutivo e dinamico, che procede dalla nascita in avanti attraverso una serie di tappe, vicissitudini e scenari, rispetto ai quali l'identit  sessuale costretta a continue crisi e ristrutturazioni.

LUIGI TURINESE

L'ATTUAZIONE DI UN PARADIGMA SISTEMICO NELLA PREVENZIONE E NELLA CURA

Estratto

L'autore   partendo dal presupposto di una riacquisizione da parte del paziente di una posizione attiva nel rapporto terapeutico   pone l'accento sulla necessit  che il medico si faccia latore di un modello sistemico. Tale modello o paradigma non pu  ridursi a una petizione di principio ideologica; bens  dovr  tradursi in una pratica clinica che, accostando il paziente da un punto di vista autenticamente e dunque tecnicamente globale, consenta di avere sempre una visione d'insieme che permetta passi diagnostici e terapeutici coerenti con tale modello o paradigma. Allo scopo di suffragare tale posizione teorico-pratica, l'autore riporta un caso clinico che mostra come tale paradigma abbia consentito una diagnosi precoce e un conseguente efficace intervento terapeutico.

MARIO LUPI

Il Cavallo e l'Uomo

Estratto

Nel promuovere la tutela della salute, in relazione all'ambiente naturale, l'importanza del cavallo e della relazione che esso pu  avere con l'uomo estremamente opportuna. Questo porta a creare una sorta di fiducia nel proprio modello animale, uno spontaneo affidarsi, senza bisogno di formulare interrogativi

Anna Maria Marrocco

ALI Alienazione vuol dire trasferimento di diritti, riappropriazione vuol dire ritornarne in possesso

Estratto

Alienazione vuol dire trasferimento di diritti, riappropriazione vuol dire ritornarne in possesso.

In questo contributo vengono esplorati questi pensieri

PAOLO LOPANE

LA PREVENZIONE ONCOLOGICA SECONDARIA

La prevenzione oncologica secondaria, attraverso la diagnosi precoce della malattia neoplastica consente di intervenire sul paziente in una fase in cui la terapia ha effetti curativi. Gli screening oncologici sono interventi di sanità pubblica su larga scala diretti ai cittadini sani e fanno parte delle prestazioni sanitarie che costituiscono il Livello Essenziale di Assistenza (L.E.A.).

MARIO MENGHERI

**COUNSELOR:
ADESIONE E DISTANZA TRA DESIDERIO E BISOGNO**

Estratto

Un male sociale favorito dalla moderna tecnologia è rappresentato dalla crescente sovrapposizione tra desiderio e bisogno. Il processo di *counseling* psicologico, rivolto al benessere, aiuta a tenere distinte queste due dimensioni.

Il recupero, l'espressione e l'ascolto empatico di affetti ed emozioni, liberando risorse interiori, creano nuove opportunità personali ed interpersonali, valorizzando e promuovendo il benessere.

Con tale obiettivo, il *counselor* si inserisce nell'attuale approccio alla salute, con il modello biopsicosociale, attento alle reciproche interazioni di fattori biologici, psicologici e sociali ma anche all'individuazione di atteggiamenti salutogeni quali attivatori del benessere.

L'orientamento di Psicologia della salute e della Psicologia positiva più che alla malattia ed al concetto di prevenzione, è teso a valorizzare, sollecitare e promuovere uno stato di benessere in cui fondamentali sono le componenti motivazionali, affettive ed emozionali. Il *counselor* rivolto alla promozione della salute procede con interventi di *empowering* per il benessere emotivo, verso il potenziamento dell'autostima che consideriamo il sistema immunitario della coscienza.

Introduzione

All'interno della psicologia moderna, si è assistito negli ultimi venti anni allo sviluppo della disciplina che fa specifico riferimento alla salute. Ciò ha implicato una revisione epistemologica che ha gradualmente modificato il clima teorico- scientifico e applicativo.

La Psicologia della Salute, i cui antecedenti storici si collocano nella psicologia medica e nella psicosomatica, si occupa dell'uomo e del suo rapporto con l'ambiente, con lo spazio esterno, naturale o costruito dall'uomo stesso, in cui l'individuo nasce, cresce e affronta la vita.

I luoghi acquistano significatività psicologica grazie alle sensazioni e alle emozioni che essi suscitano e agli affetti che su di essi vengono riversati: ciò è dovuto al condizionamento culturale che il luogo porta con sé e alla proiezione personale che riceve da ogni individuo.

Il vissuto di eventi, relazioni importanti ed altre situazioni particolari, rende il luogo psichicamente rilevante e presente nella memoria dell'individuo o di un gruppo. In questo senso lo spazio esterno diventa contemporaneamente interno, si fa anche tempo psichico perché è esperienza, memoria, valore sentimentale (Liotta, 2005).

La conoscenza del rapporto psicologico tra l'essere umano e il suo ambiente si approfondisce, promuovendo la salute, ma anche evidenziando le disfunzioni e le sofferenze. Oggi manca un'apertura di carattere psicologico e un tentativo di integrazione sul piano della relazione umana, definibile in forma positiva con la parola alterità. Manca un'educazione e una cultura dell'alterità, alla comprensione dell'altro da sé che include il diverso, l'estraneo e anche il simile, senza il quale non si dà relazione, talmente indispensabile alla vita sociale da non dover essere solo rispettato, ma anche amato. Per lo sviluppo dei nostri istinti e talenti si presuppone una comunità che li sappia accogliere e promuovere, dotata di un grado più o meno elevato di civiltà e socialità, ma "sufficientemente opportuna".

Questo contributo concerne:

- 1) il concetto di salute, qui ed ora, ovunque io sia e chiunque io sia, in ogni senso e con tutti i sensi;
- 2) la necessità di sostenere e valorizzare la nostra comunità: i nostri eco-sistemi umani.

L'approccio teorico della nostra scuola, l'Associazione Italiana per lo studio e la Ricerca in Psicosomatica (AIRP), è quello Eco-psicosomatico, un approccio che, con le parole di Masterman (1976), possiamo definire "del paradigma multiplo". Una scuola che pone come caposaldo il dialogo centrato sulla soluzione (Milner, O'Byrne, 2004), oltrepassando così la prospettiva del *counseling* centrato sul problema, per dare voce e dignità alla saggezza fino ad allora inespressa del cliente. Questo viene sollecitato a lavorare da sé, attraverso i discorsi da lui generati, per trovare la via di uscita dall'*impasse* in cui si trova. L'accento si sposta dunque dal problema alle ipotesi di soluzione creativamente elaborate dal cliente; si trasferisce inoltre dal passato, e dalla ricerca delle cause, al futuro e ai suoi assetti più consoni a ciascun individuo. Assumere come oggetto di studio la parte sana dell'individuo, la sua personalità (senza nessuna forma di patologizzazione), gli affetti e le relazioni familiari, significa intraprendere un percorso teso all'evoluzione psicofisica della persona inserita nell'ambiente in cui vive, attivando in essa le condizioni per uno sviluppo armonico e consapevole delle proprie potenzialità. Obiettivo questo che appartiene ad ogni efficace intervento di *counseling*, nonché ad un più globale progetto di Promozione della salute.

Le istituzioni sociali si sono sempre occupate di proteggere i valori tradizionali e le convinzioni della "normalità", piuttosto che ascoltare le storie di vita che non collimano con il punto di vista dominante dettato dalla moda del momento. Con l'approccio eco-psicosomatico agevoliamo il meritato spazio all'uomo nella sua globalità psico-fisica, alle sue interazioni con gli altri, con l'ambiente e con tutto ciò che gli è visibile e non visibile. Un buon *counselor* deve saper diagnosticare la persona che ha di fronte ma non dimenticare mai che la diagnosi ovvero "il potere di dare un nome alle cose" (Coale, 1998, p. 55), è un esempio di come il linguaggio può etichettare la realtà e le persone: è sufficiente definire un dato comportamento come "patologico" perché lo diventi. Allo stesso modo, il pensare che le identità individuali siano stabili e immutabili, al di là della discutibilità di questo dire, significa tendere ad impedire la ricerca di possibilità alternative, ovvero -nel caso del *counseling*- impedire ogni tentativo di creare identità individuali alternative, e più favorevoli al recupero delle risorse del cliente, all'*empowering*, per dirla in senso cognitivo, al tendere verso il polo negato dell'archetipo per scomodare l'approccio junghiano.

1. Sviluppo dell'intervento psicosociale

Ci è apparso interessante ciò che O'Hanlon (1993) suggerisce riguardo il percorso di sviluppo dell'intervento psicosociale. Mossi da alcune sue riflessioni vediamo anche noi, lungo questo percorso temporale, alcune fasi del citato sviluppo, che si sono susseguite (Milner, O'Byrne, 2004, pp. 7-8).

- Abbiamo anzitutto il modello clinico, basato sull'idea di curare le patologie della psiche, rivolto quindi alla guarigione di una condizione emotiva non adeguata. Per questa prospettiva, che molto deve alla teoria psicodinamica, oggi rivisitata e corretta, il problema è nella singola persona o, per meglio dire, la persona si identifica con il problema (Mander, 2000).

- Un secondo modello, che vediamo susseguirsi al primo, è quello che si può identificare negli approcci centrati sul problema, e quindi sul *problem solving*. Possiamo dire che anche le varianti del modello clinico di per sé sono "centrate sul problema", giacché individuano nella condizione patologica individuale "il" problema da affrontare. Gli approcci riconducibili al secondo modello, ispirati alle teorie dell'apprendimento, vedono il problema in termini più ampi di una disfunzione o di un deficit nelle capacità cognitive o nel comportamento. Il problema, in questo caso, non è la persona in quanto tale ma risiede nella persona e la soluzione coincide con il problema. Un caso a parte è rappresentato dalle teorie sistemiche di terapia familiare in cui è il problema stesso che può essere visto come una specie di soluzione, nella misura in cui contribuisce alla stabilità del sistema familiare. Il modello in cui si fondano gli approcci cognitivo-comportamentali, nonché la terapia relazionale-emotiva vedono l'intervento del *counselor* esaurirsi in un numero massimo di 10 incontri (Beck, 1991; Dryden, 1999; Dryden e Feltham, 1994; Ellis, 1999; Feltham, 1996). In ogni caso, il *counselor* è investito del compito di analizzare, comprendere e/o spiegare il problema e

formulare delle soluzioni, magari suggerendo al cliente di riflettere di più, di apprendere nuovi comportamenti o di rinunciare a vecchi comportamenti sbagliati. Tutto questo in un intervento breve.

- Vediamo infine la terza fase, di cui parla O'Hanlon (1993). Qui è la soluzione del problema che ci interessa, più che il problema in sé. Ci si pone alla ricerca delle parti creative, sane, dei "brandelli" di esperienza buona che il cliente ha ancora in sé perché già presenti e/o già vissuti. In questa prospettiva il problema è un'entità esterna, "altra" rispetto alla persona che ne soffre. Si tratta di aiutare a ricostruire la sua esperienza di vita facendo a meno del problema. Le emozioni della persona vengono apertamente riconosciute e trattate come tali, ma non sono più l'oggetto centrale dell'intervento. Si tratta di aiutare i clienti a costruire una nuova situazione positiva e libera dal problema dove essi sono i protagonisti dell'azione volta a raggiungere i loro obiettivi. Questi interventi prevedono la conclusione anche con durata inferiore a sei incontri (Hawkes, Wilgosh, Marsh, 1998; O'Connell, 1998; Payne 2000). Secondo gli approcci di questa terza fase, i *counselor* sono invitati a rinunciare, per quanto è possibile, a fare uso delle loro competenze "diagnostiche"; questo non vuol dire, beninteso, che debbano rinunciare alle abilità e ai valori tradizionali del *counseling*. È la filosofia di fondo, semmai, che fa la differenza, e che richiede un diverso uso delle abilità di *counseling*, rispetto ai modelli tradizionali. L'ascolto, ad esempio, continua ad essere un'attività essenziale, ma deve concentrarsi sulle competenze del cliente, più che sui suoi deficit. Il *counselor* deve cercare di mantenersi ad un livello superficiale, evitando ogni interpretazione, e scandagliando ogni possibile situazione in cui il cliente è riuscito a superare il problema.

- Su modelli analoghi a quelli della terza fase viene inserito quello definito "dialogo centrato sulla soluzione" (Milner, O'Byrne, 2004, 9) e con esso anche il modello di cui parliamo l'"eco-psicosomatico" ad approccio integrato. Questo non significa che i modelli centrati sul problema siano meno efficaci, né che il dialogo centrato sulla soluzione sia necessariamente una forma di *counseling* superiore alle altre, anche se la sua efficacia, è stata ampiamente verificata. È certo che seguendo l'approccio integrato e il modello eco-psicosomatico, escludiamo che si possa concludere il percorso di un cliente con un *counselor* con poche sedute (terminologicamente più opportuno di incontri). Per esperienza possiamo dire che i tempi sono brevi rispetto ad una normale psicoterapia, ma certamente è difficile allontanarsi da almeno 25 sedute perché una persona possa attingere al proprio *empowering*, accedere o ri-accedere alla propria autostima e scoprire, con le parti malate, i tesori, la salute, che è in lei come in noi tutti.

2. La tecnologia favorisce l'adesione tra Desiderio e Bisogno

Guardandoci intorno si osserva che certi fenomeni, come certe parole, evocano in noi richiami antichi, per non dire arcaici. Basti pensare alle parole anima, terra, cielo, grotta, fuoco, etc., come se ingenuamente e un po' superstiziosamente, il desiderio collettivo fosse quello di evocare qualcosa che non c'è, che non esiste o non è mai esistito. Sembra che il collettivo abbia bisogno di ritrovare nelle cose che ci circondano qualcosa che gli dia vita e lo renda per questo più degno di attenzione e di cura. Possiamo pensare a questo come ad un fenomeno di controtendenza, una compensazione per l'eccesso di intellettualismo, per la minaccia di automatismo alienante che la tecnologia porta con sé, per lo spaesamento prodotto dalla globalizzazione, per la perdita o negazione dell'identità (personale, comunitaria o grupppale) professionale, sociale, spirituale, familiare, di genere, etc., della solidarietà implicita nell'economia del denaro.

Pare proprio che il richiamo vada verso l'interiorità, nel senso di una nuova (antica) presenza, di un nuovo ascolto, uno sguardo, un'attenzione a valori diversi da quelli oggi dominanti nelle società avanzate. Il "tendere verso", il "tendere a" significa fornire se non un senso, almeno uno scopo, un progetto possibile presente per il futuro della nostra vita. Senza una personale progettualità nascono infatti l'apatia, l'ansia, la depressione, le nevrosi.

I bisogni fondamentali, designati come bisogni primari sono, in linea di massima, bisogni non appresi, biologicamente determinati. Il cibo, l'acqua, il sonno e tutti gli oggetti che servono a soddisfare un bisogno primario, ivi compresi i primi oggetti che sono il frutto del bisogno di

esplorazione, richiedono una conoscenza del reale identificabile con la diretta esperienza sensoriale, una conoscenza immediata e implicita nelle qualità stesse dell'oggetto: il sapore di una mela viene conosciuto solo nel momento in cui si assaggia. I bisogni secondari, invece, richiedono un tipo di conoscenza che non si limiti al dato sensoriale, ma lo interpreti: così il bisogno di realizzazione di sé implica un'interpretazione analitica del comportamento; solo dopo aver fatto un bilancio complessivo delle singole esperienze una persona può dirsi realizzata o meno (Sirigatti, 1995, p. 173). Il modello dei differenti livelli di sviluppo e delle diverse competenze che si è proposto per spiegare il passaggio dai bisogni primari a quelli secondari rientra fra quelle che in letteratura sono definite le "teorie della crescita" (Schönpflug e Schönpflug, 1983). Fra queste ultime, un posto di rilievo spetta al modello proposto da Freud relativo ai "due principi dell'accadere psichico" (Freud, 1911). Anche per Freud esistono diversi livelli nell'attività psichica: accanto a "processi più antichi, primari, come residui di una fase di sviluppo nella quale essi costituivano l'unica specie di processi psichici" (*ibidem.*, 1974, p. 454), esistono delle attività psichiche che rispecchiano delle esigenze proprie dell'uomo adulto che vive in una società che presenta norme e valori complessi.

I processi primari, che costellano le prime fasi evolutive e l'inconscio delle persone adulte, obbediscono al "principio del piacere": le attività psichiche primarie non hanno limiti spaziotemporali e soprattutto non differenziano tra desideri, aspirazioni soggettive ed effettivi accadimenti del mondo della realtà. Secondo Freud, la prima forma di appagamento dei desideri e dei bisogni avviene per via *allucinatoria*, esclusivamente all'interno dell'apparato psichico. Solo continua disillusione e la mancanza di un effettivo soddisfacimento orientano l'apparato psichico ad ispirarsi ad un nuovo principio, chiamato "principio di realtà", con la conseguente necessità di rappresentarsi non più solo ciò che è piacevole e di sforzarsi di cambiare l'ambiente esterno per creare le condizioni più favorevoli ad un reale appagamento. La ricerca del "piacere" non è annullata dal confronto con la realtà, ma cede il passo ad un esame di mezzi necessari per la soddisfazione delle proprie pulsioni. Nel pensiero freudiano la dimensione cognitiva e quella emotiva sono strettamente collegate: una progressiva differenziazione dei piani e degli scopi individuali corrispondono ad una maggiore competenza comunicativa e una capacità di riflettere sulle proprie esperienze emotive.

In questo senso, confrontando la nozione di "conflitto" con quella di "discrepanza" si nota che la teoria psicoanalitica non è così distante da quella dell'elaborazione delle informazioni di origine cognitiva: la mancanza di coerenza tra i dati, cognitivi, emotivi o motivazionali, testimonia la presenza all'interno dell'uomo di differenti livelli di rappresentazione del reale, partecipi delle tappe storiche dello sviluppo individuale e collettivo.

Motivazioni e bisogni sono dei concetti dinamici che mutano con le informazioni provenienti dall'ambiente che l'organismo è in grado di elaborare.

I Greci dicevano *κατα μετρον* (secondo misura), per riferirsi al contenimento del desiderio, della forza espansiva della vita che, senza misura, spinge gli uomini a volere ciò che non è in loro potere, declinando così il proprio *δαιμων*, "demone", la propria disposizione interiore non nella felicità (*ευδαιμονια*), ma nell'infelicità (*κακοδαιμονια*), che è quindi il frutto del mal governo di sé e della propria forza, obnubilata dalla voluttà del desiderio. La capacità di saper governare se stessi significa anche favorire il nostro personale *empowerment*, promuovere la nostra salute e la qualità della vita.

Il "bisogno" deve restare distinto dal "desiderio". Quanto più queste due dimensioni restano separate e chiare nella nostra mente, nel nostro agire, tanto più lo stress che viene speso per la conquista di "qualcosa a tutti i costi" (i prodromi della nevrosi), è attutito. Aiutare una persona significa anche far sì che impari a tener distinte queste due dimensioni. Colui che aiuta, dal *counselor* allo psicoanalista, pur con strumenti diversi, è indispensabile sappia vedere ed aiutare a riconoscere e distinguere al cliente/paziente non solo il desiderio dal bisogno ma, soprattutto a sensibilizzarlo riguardo alle preoccupanti conseguenze del contrabbandare oggetti del desiderio come fossero risposte al bisogno, e quindi anche sulla necessità di valorizzare e tenere aperta questa dimensione dell'umano: il desiderio -vedi 2.1.-. Il Centrarsi sul cliente, come direbbe Carl Rogers (1951/1997), significa aiutarlo a tirar fuori la dimensione del desiderio.

L'autostima, definisce il nostro modo di considerarci, è il valore e la capacità che attribuiamo a noi stessi. Nathaniel Branden (1996), pioniere dello studio dell'autostima le attribuisce un impatto talmente grande sulla salute e sul benessere al punto da considerarla "il sistema immunitario della coscienza", poiché essa genera capacità di recupero nelle situazioni di difficoltà. L'autostima influisce inoltre sull'autoefficacia e sulla capacità della persona di intraprendere e mantenere sani cambiamenti comportamentali che la rendano malleabile di fronte ad eventuali modificazioni intervenute nella sua vita. La facilitazione alla costruzione di una buona relazione psicologica, di *counseling*, tra l'operatore della salute e il cliente deve avvenire aiutandolo ad aumentare l'autostima.

Adoperiamoci affinché si agevoli la personale costruzione culturale del *locus of control*, della nostra autostima, delle nostre parti sane, della solidarietà, curando anche la nostra parte fisica, somatica o organica, del resto sempre compagna della psiche. Cerchiamo di non farci mai cogliere dal mal di vivere.

2.1. Da Freud ...

Secondo il pensiero freudiano l'onnipotenza del principio del piacere è quella che muove la dinamica psicologica verso il soddisfacimento del desiderio. Quando questo non è stato, a suo tempo, soddisfatto, e ora ha difficoltà ad essere elaborato in un processo psicoanalitico, o perché la realtà lo impedisce, o perché le circostanze in cui il bambino ha vissuto le fantasie è come se lo impedissero, rimane, secondo Freud, una frustrazione interna che più tardi origina la situazione traumatica per cui bisogna curarsi. La cura avviene riportando alla coscienza tutto quello che era stato vissuto come dispiacere. La frustrazione provoca dispiacere e, grazie a questo, dovremmo risalire al trauma. Secondo il modello freudiano il bisogno risponde a un meccanismo di causa-effetto. Se si parla di amore come bisogno, allora si capisce che nel rapporto terapeutico, l'analista deve fornire al paziente questo momento di gratificazione del bisogno, purché questo non sia troppo forte. Se al paziente viene gratificato sempre il bisogno, identificandolo con il desiderio, "finalmente" gli viene dato quello che il bambino avrebbe voluto avere, però, così facendo, anche ora che è adulto, non facciamo altro che aiutarlo a rimanere "ancora" bambino.

Freud pensò più tardi che ci voleva un altro modello di psiche che non trattasse solo i bisogni primitivi (animali), infatti distinse tra desideri e bisogni. Viene indispensabile questa diversificazione, tra oggetto-bisogno ed oggetto-desiderio, perché è qui che si gioca tutto il discorso della guarigione.

Il bisogno è il vuoto che devo riempire di qualcosa che, se non ce l'ho, muoio; si può chiamare anche vuoto privativo perché privo di certe cose di cui avrei bisogno. Ma l'essere umano non è fatto solo di questo, ma anche dal desiderio che è una qualità completamente diversa dal bisogno. Mentre il bisogno deve essere realizzato, il desiderio può non essere realizzato perché al momento che viene realizzato l'uomo perde l'aspirazione, il "tendere a". Nell'essere umano esiste anche l'aspirazione all'infinito cioè alla curiosità. La curiosità del senso della vita, dell'esplorazione del mondo. Il desiderio viene da cielo, dalle stelle e rappresenta come le stelle qualcosa che non può essere preso, afferrato ma solo contemplato. L'oggetto del desiderio può essere contemplato solo come aspirazione, e questo non è un vuoto privativo, ma un vuoto evocativo, cioè che evoca qualche cosa, che richiama qualcosa d'altro. La maggior aspirazione umana è il senso della vita. Il senso della vita è sentire che la vita ha un senso. Il desiderio è un rapporto tra finito e infinito perché l'uomo finito ha un'aspirazione infinita. Per gli antichi greci l'aspirazione all'infinito s'identificava con l'avvicinarsi agli dei dell'Olimpo ma, questa tensione non doveva superare limiti concessi altrimenti diveniva tracotanza (*ὕβρις*) e per questo punita. Da qui le trame delle splendide tragedie greche di Eschilo, Sofocle ed Euripide.

Oggi stiamo assistendo ad uno spostamento del senso in una fruizione di beni tecnologici sempre più raffinati, ma che sono fini a stessi. Perché è la stessa tecnologia che esige sempre cose nuove. Il senso è sempre più fruizione, consumo. Ciò lascia il vuoto. Una psicoterapia deve tenere conto di riportare alla coscienza quei bisogni non realizzati che avrebbero dovuto essere realizzati ma questa

è solo una faccia della medaglia. L'altra è quella del desiderio che è comunque irrealizzabile: bisogna ricordarsi della sua tendenza all'infinito. L'atmosfera in cui troviamo l'aria per respirare, e soddisfare questo bisogno primario, è anche desiderio di infinito, contemplazione, ricerca. Sia nel vuoto privativo che in quello evocativo si osserva comunque un "tendere a", queste due diverse situazioni possono essere compresenti, ma la prima è concreta, la seconda illusoria.

Il modello di psiche è quello che deve tener presente sia il bisogno che il desiderio, perché la psiche, sempre, non è questo o quello, ma è questo e quello.

2.2. Da Jung...

In uno degli ultimi volumi scritti da Freud, nel 1938, dopo 40 anni di esperienza psicologica, riguardo la descrizione dell'apparato psichico troviamo:

Chiamiamo Es la più antica di queste province o istanze della psiche: suo contenuto è tutto ciò che è ereditato, presente fin dalla nascita, stabilito per costituzione (Freud, vol. XI, p. 572) e ancora *Con i nevrotici siamo come in un paesaggio preistorico, per esempio nel giurassico. I grandi sauri vi scorrazzano ancora in lungo e in largo e gli equiseti sono alti come palme* (ibidem., p. 565). Jung parlerebbe di situazioni archetipiche. Ciò che nel '38 scrive Freud si allinea, in qualche modo, al discorso junghiano che amplificherà molto il modello di psiche: non più spiegabile soltanto con un meccanismo causa-effetto, comportamentisticamente, S-R (stimolo-risposta), ma in un altro modo che suppone l'esistenza in noi di un livello indicibile, inconoscibile in sé, ma che comunque sostanzia l'esperienza umana. Una lavoro psicologico, comunque sia, che voglia operare secondo questo tipo di psiche, deve fare i conti con questo livello psichico che non è fruibile alla coscienza, ma è accettato come mistero. Jung pur avvicinandosi a Freud, ha spiegato questo mistero con la potenza dell'archetipo, che viene dal profondo, ma che ha comunque una potenza autonoma, che può essere letto ancora come una sorta di paradigma causalistico sebbene i modelli freudiani e junghiani si debbano studiare e vedere solo in una visione complessa e non così ristretta.

Se riuscissimo razionalmente a spiegare l'archetipo, la potenza diverrebbe la causa e l'effetto, la spiegazione, la possibile consapevolezza, sarebbe la guarigione. L'archetipo per Jung è la genetica, i modelli ereditari che noi abbiamo come modelli di comportamento che però non sono solo modelli, ma hanno in sé una certa forma e potenza. Sono stati tradotti in Dio, dei, potenze autonome, potenzialità, ... *empowerment*, lasciando aperta la strada a tante interpretazioni anche di natura religiosa. Egli conferiva, a queste realtà profonde, una potenza autonoma da cui la libertà deve in qualche modo guardarsi, altrimenti può trasformarsi in distruzione. Queste realtà sono cose più profonde della coscienza umana e quindi trascendentali.

Dal punto di vista della teoria della prassi sia Jung che Freud sono rimasti un po' prigionieri del modello meccanicistico: per Freud la causa era la presa di coscienza, mentre per Jung la causa è l'archetipo ereditato.

Per l'orientamento fenomenologico (Binswanger, 1921-41/1970; Galimberti, 1979; Heidegger, 1927/1978; Husserl 1912-28/1965) l'uomo, a differenza dell'animale, è originariamente aperto al senso, inteso come orizzonte al cui interno ognuno fissa determinati significati in cui esprime la propria esistenza. Il senso non è già dato, ma ogni volta conferito, ed è in questa accezione che la fenomenologia parla dell'uomo come di un donatore di senso. Le diverse malattie possono essere lette, sotto questo profilo, come altrettante modalità in cui il soggetto si rivela incapace di conferire senso all'esistenza e al mondo che essa inaugura. Jung ritiene che la capacità di reperire un senso sia la funzione specifica della psiche, così come l'incapacità di trovarlo la causa di fondo delle psiconevrosi. Egli non accetta di leggere la nevrosi esclusivamente dal punto di vista causale come voleva il metodo di Freud, e perciò inaugura il metodo costruttivo volto al reperimento del senso, in assenza del quale si istituisce la nevrosi (Galimberti, 1992, p. 866). A tal riguardo Jung scrive: *La psiconevrosi è in ultima analisi una sofferenza della psiche che non ha trovato il proprio senso. Ma*

dalla sofferenza della psiche deriva ogni creazione spirituale e ogni progresso dell'uomo spirituale; e la differenza è dovuta al ristagno spirituale, alla sterilità psichica (Jung, 1932,).

Jung valorizza la posizione dell'individuo proiettandolo con il suo bagaglio tangibile e fantasmatico all'interno di un contenitore decisamente più ampio, direi infinito, che chiama inconscio collettivo: l'insieme degli archetipi della specie umana.

Archetipo come realtà tra lo psichico e il somatico: da un lato possiede radici nell'istinto e, quindi nella sfera organica; dall'altro presenta una dimensione immaginifica e spirituale. Per sostenere la teoria dell'inconscio collettivo Jung usò il metodo dei parallelismi culturali, dimostrando che ogni gruppo etnico, di fronte a eventi universali (nascita, morte, amore) risponde con modalità comportamentali ed espressive simili (Carotenuto, 2004, 90).

Per Jung gli archetipi sono capacità immaginative ereditate, strutture universali della psiche, corrispondenti al concetto biologico di *patterns of behavior*, quali schemi a priori di comportamento, corrispondenti a potenzialità emotive e percettive tipiche della nostra specie. In essi si uniscono le polarità degli opposti primordiali: materia/spirito, istinto/immagine, coscienza/inconscio (...), che determinano la struttura dell'inconscio collettivo (Zaro, 2005, pp. 6-7). Il padre della Psicologia Analitica paragona la carica affettiva dell'archetipo allo spettro della luce che va dall'infrarosso, dove si colloca l'istinto, all'ultravioletto, dove si colloca lo spirito. Possiamo chiamarli archetipi, possiamo chiamarli *patterns of behaviors* o in tante altre maniere, tra queste noi collochiamo l'*empowerment*.

Con l'analisi junghiana s'impara a sostenere il paradosso e a non reprimere troppo a lungo l'opposto polo dell'archetipo che non è afferrabile razionalmente, ma che si esprime simbolicamente nei prodotti della creatività umana in espressioni individuali e collettive: sogni, miti, fiabe, folklore, religioni, scienza e arte.

Anche se il modello biopsicosociale mira a comprendere la natura sistemica della salute e a conferire l'*empowerment* agli individui, ai luoghi di lavoro, alle scuole, ai gruppi civili, alle organizzazioni sociali e governative, tramite l'acquisizione delle competenze per la promozione della salute, possiamo essere aiutati in questo parlando di un archetipo, atemporale come tutti gli archetipi, quello dell'*empowerment*, sulla logica che i due poli opposti salute/malattia, esiste da sempre.

2.3. ... all'*empowerment*

Il concetto di *empowerment* (letteralmente "accrescere in potere") proviene dagli studi di politologia che si indirizzavano all'analisi di quei gruppi e movimenti statunitensi impegnati, tra gli anni '50 e '60, nell'azione per i diritti civili e sociali della popolazione di colore ed anche su altri temi che scuotevano il tessuto della nazione, quali la guerra in Vietnam o l'emancipazione della donna. Gruppi quindi che dovevano trovare in sé la loro forza, costruendo le loro possibilità di azione attraverso un'analisi delle risorse disponibili ed una presa di coscienza dei loro obiettivi non sempre chiari, nonché attraverso la loro stessa crescita psicologica: fiducia, sentimento d'identità, capacità di affrontare le situazioni. Dagli anni '80 la parola viene adottata anche nel linguaggio delle organizzazioni e delle comunità. L'*empowerment* concerne per definizione coloro che sono esclusi dalla maggioranza (Rappaport, 1990). Considerato nel suo globale senso psicologico, l'*empowerment* si connota sia come prodotto che come processo.

Procedere con interventi di *empowering* non significa dunque "curare" qualcosa che è stato osservato come malattia, ma piuttosto attivare risorse e competenze, accrescere, nei soggetti individuali e collettivi, la capacità di utilizzare le loro qualità positive e quanto il contesto offre a livello materiale e simbolico per agire sulle situazioni e per poterle modificare.

Il senso che sostanzia l'*empowerment* è intrinsecamente psicologico-sociale: è vero che lo psicologo opera eminentemente attraverso le persone, ma quello su cui in realtà agisce sono le relazioni. Operare su un contesto di relazioni per uno psicologo significa precisamente tener conto che la sfera

della soggettività non sta in un vuoto, ma si attualizza e oggettivizza proprio in quei contesti di ordine economico, sociologico, ambientale, politico ed organizzativo nei quali trova i suoi impedimenti o le sue possibilità, il suo silenzio o la sua voce.

Il concetto di *empowerment* deve la sua carica euristica proprio al senso delle articolazioni tra l'individuale e il sociale, tra il soggettivo e l'oggettivo, tra ottica scientifica ed ottica "politica" di cui è portatore. Il sistema di valori della persona *empowered* include quelli tipici dell'assertività: la dignità personale, la libertà, l'autonomia e il rispetto di sé e degli altri. Le sue caratteristiche sono identificabili nel seguente quadro: positività, fiducia nelle proprie capacità e nel supporto che queste potranno trovare in caso di difficoltà; controllo sul senso e sul significato della propria azione; autoefficacia, ovvero il sentimento di poter raggiungere i propri obiettivi, non solo accettando il rischio ma anche misurando realisticamente le proprie possibilità; responsabilità ed autodisciplina (Amerio, 2000).

La dimensione del desiderio è qualcosa che deve essere aiutata ad emergere, a divenire dal nostro mondo interno per poi giungere da quello esterno in noi. Quanto più si avvicinano in noi le dimensioni del bisogno e del desiderio (fino a sovrapporsi), tanto più ci allontaniamo dal senso della vita o confondiamo il senso con lo scopo. Perché non si agevoli questa sovrapposizione si deve tornare a parlare ed avvicinarci (anche) alle bellezze della natura, al mare, al cielo, alla terra, all'acqua, al sorgere e al tramontare del sole. Si deve tornare a parlare di una nascita o ri-nascita, del ritrovamento di una persona a noi cara (anche come immagine interna), dell'inizio di un percorso, delle nostre curiosità, del nostro desiderio di cultura.

La situazione diviene più complessa quando tra desiderio e bisogno si interpone la tecnologia. Essa ha fatto e sta facendo enormi progressi. Il nostro "desiderare" non ce la fa a starle dietro. La rincorriamo, ci illudiamo di averla conquistata, che finalmente la tecnologia sia nostra ma, già un passo più avanti, un secondo dopo, è diventata più intrigante perché più tecnologizzata: è già cambiata la moda. I *computers*, i telefonini ne sono un esempio. Nella nostra società è la tecnologia che ha preso il posto del desiderio. Tutto quello che è desiderio tende a divenire bisogno e quando avviene siamo di fronte ad uno dei più gravi mali sociali del presente.

Il concetto di autoregolazione è insito in quello di autorealizzazione-soddisfazione.

Per promuovere la salute è necessario visualizzare, ascoltare, contattare e dare spazio alla promozione dell'autoregolazione individuale. Solo così sarà recuperato il senso dell'esistenza di un tramonto, dell'esistenza di un albero, della consapevolezza del senso dell'esistenza umana.

Ma già il desiderio di cultura può divenire un bisogno da soddisfare e da nutrire. È questa la ragione per cui, durante una conferenza, avvertiamo e sentiamo di trovarci nel posto più adatto per soddisfare questo desiderio che, inconsciamente e/o coscientemente, finisce per divenire un bisogno. Leggere, nutrirsi può significare il tentativo di appagare un desiderio di cultura. In questo specifico caso desiderio e bisogno si sono sovrapposti, senza per questo creare disagio, ma recuperando il "tendere a" che "qui e ora" è divenuto un efficace conforto per la nostra mente.

Il vero esperto, colui che riesce a "toccare" con la mente e col corpo le sue potenzialità "accrescendo il potere personale", il suo *empowerment*, è la persona, paziente/cliente, che ha il problema e che riesce a trovare da sola, anche se coadiuvata, le proprie soluzioni.

2.3.a. *L'accoglienza*

Lo spazio dove opera il *counselor* deve essere uno spazio in grado di contenere non tanto gli o/o ma le e/e in cui noi riusciamo a stabilire un rapporto con la realtà interna, i nostri bisogni (necessità primarie), e i nostri desideri che invece sono qualcosa di irraggiungibile.

Nella mente dell'esperto, del *counselor*, deve esserci lo spazio per accogliere la persona che chiede aiuto. Sono tanti e diversi i modi in cui il *counselor* può trasmettere un messaggio "di aiuto" di questo tipo per esempio può dire:

- Non saprei bene che cosa suggerirti. Tu che idee hai?

- Penso che l'importante sia che la decisione -qualunque essa sia- vada bene per te. Quali sono le possibilità di scelta che sono davanti a te?

- Ho un po' di difficoltà a dirti cosa dovresti fare, perché tu ed io siamo due persone diverse, ognuna fatta a modo suo. Ci terrei tanto, però, ad aiutarti a passare in rassegna le varie possibilità che ti vengono in mente.

-Non ti saprei dare un consiglio sul da farsi, ma non sarebbe forse utile se discutessimo un po' insieme di tutte le opzioni disponibili. Prova a dirmene qualcuna.

- Non ho capito bene il problema, puoi riformularlo?

E nel caso il cliente non riesca: forse volevi dire ... Ricontestualizziamo noi il problema (o la situazione), facendoci aiutare dal paziente.

Talvolta, però, sarà opportuno dare all'altra persona un suggerimento esplicito, specie se le sfugge una soluzione che è abbastanza ovvia. Il tono, comunque, dovrà essere quello di una proposta, più che di un vero e proprio consiglio (Geldard, Geldard, 2005, p. 150)

3. Sensazione, emozione, affetto

Durante la nostra vita, ciò che ci accade continuamente è la trasformazione delle emozioni in affetti, in sentimenti e in pensieri. Pensieri nuovi, o vecchi trasformati in nuovi, affacciandosi alla mente, modificano, oltre a noi stessi, il rapporto che abbiamo con il mondo.

Con il termine affetto s'intende uno stato psicofisiologico complesso, comprendente sia l'esperienza soggettiva che le componenti cognitive e fisiologiche.

I sentimenti si riferiscono a particolari stati provati dal soggetto che possono però essere "gestiti" dalla coscienza.

Le emozioni, come risposta ad uno stimolo particolare, possono essere osservabili indipendentemente dalla manifestazione dei sentimenti. Gli affetti sono invece strettamente correlati a tutti i fenomeni, alcuni di essi possono essere inconsci. Spesso questi termini vengono usati in modo intercambiabile. Uno stato affettivo relativamente stabile e permanente, evocato e mantenuto dalla continua influenza di fantasie inconse, viene chiamato stato d'animo o umore.

Quindi, nell'uso corrente, il termine affetto viene riferito a tre livelli di concettualizzazioni:

1) manifestazioni cliniche simili a quelle caratterizzanti l'esprimersi di un sentimento, che si esprimono soprattutto su di un *continuum* piacere-dispiacere;

2) concomitanze neurobiologiche che includono: fenomeni ormonali, di secrezione, vegetativi, somatici;

3) concetto metapsicologico correlato all'energia psichica, alle pulsioni istintuali e alla loro scarica, ai segnali di affetto privi di scarica pulsionale, all'io e alla sua struttura, ai conflitti strutturali, alle relazioni oggettuali, alla psicologia del Sé (dove con il termine Sé s'intende l'intera persona di un individuo nella sua realtà, inclusi il suo corpo e l'organizzazione psichica), all'organizzazione di un sistema superordinato.

La componente soggettiva dei sentimenti e degli affetti ha spesso una qualità di piacere e di non piacere. Questo determina come conseguenza che gli stati affettivi abbiano quasi sempre a che fare con aspetti riguardanti la motivazione. Le componenti cognitive degli affetti includono: idee e fantasie associate allo stato affettivo durante il suo sviluppo. Le componenti fisiologiche dell'affetto vengono mediate sia dal sistema nervoso autonomo (piangere, arrossire, sudare, ecc...), sia dal sistema nervoso volontario (cambiamenti di postura, tono di voce, espressione del viso, ecc...). I fattori che determinano l'intensità e la struttura di uno specifico stato affettivo non sono però del tutto chiari. Gli affetti, che potenzialmente sono innati, forniti dal patrimonio genetico, vengono considerati *pattern* di risposta di tipo fisiologico. Secondo la visione della teoria dell'attaccamento nove di questi *pattern* sono universali e già riconoscibili durante il primo anno di vita (sorpresa, interesse, felicità, paura, disgusto, dolore, rabbia, vergogna, disprezzo). La risposta di tipo biologico si connette con tracce mnestiche codificate, in modo tale che *pattern* percettivi familiari mobilitino una risposta appropriata, anticipando quello che il bambino si aspetterebbe per associazione.

Queste associazioni coinvolgono oggetti libidici e aggressivi e sono vissuti come collegati con il Sé. Gli affetti sono di solito intimamente connessi alle rappresentazioni oggettuali, alle rappresentazioni del Sé e alle fantasie collegate alle pulsioni. Mentre per Freud gli affetti sono delle pulsioni, attualmente vengono considerati strutture egoiche che possono anche non essere connesse alle pulsioni o coinvolte nel conflitto. Gli affetti hanno un'importante funzione adattiva nel preparare l'individuo a rispondere, in maniera appropriata, alle richieste dell'ambiente esterno e alle esigenze interne. Sono indispensabili nel comunicare i propri stati interiori agli altri, evocando una risposta nelle figure che si prendono cura del bambino. La mancanza di un'adeguata ed unitaria teoria degli affetti ha portato a posizioni psicoanalitiche in competizione tra loro. Per esempio i teorici discutono tuttora l'esistenza di conflitti inconsci e del senso di colpa preedipico, interrogandosi sul significato dell'osservazione diretta dello sviluppo e chiedendosi se alcuni affetti, come per esempio la depressione, siano categorie diagnostiche o configurazioni di sintomi. Vi è anche disaccordo riguardo alla fase dello sviluppo in cui nascono gli affetti e riguardo a quali periodi, per esempio edipico o preedipico, diano luogo a specifiche malattie affettive o a sindromi (Lis, Stella, Zavattini, 2004, p. 468).

Come ci ricorda Temoshok (2002) i fenomeni emozionali giacciono allo snodo concettuale e fisiologico tra mente e corpo.

I tentativi più riusciti di collegare fattori psico-sociali, stress e malattia hanno enfatizzato ed inglobato la regolazione delle emozioni, sia a livello teorico che operativo. Da un punto di vista teorico, disturbi mentali o fisici derivano da sforzi adattivi, eccessivi o falliti, di raggiungere una generale omeostasi o un equilibrio dinamico con l'ambiente. La gravità del disturbo diventa una funzione dell'iniziale disequilibrio tra organismo e ambiente, mentre l'espressione del disturbo riflette, mentalmente o fisicamente, il grado di disequilibrio tra modalità di adattamento internalizzate o esternalizzate (Temoshok, 2002, p. 295).

3.1. *Affetti ed emozioni nel counseling*

Il flusso delle emozioni e dei sentimenti ha un ruolo fondamentale nell'esperienza di *counseling* poiché essa offre l'opportunità di ritrovare ed esprimere il proprio retroterra affettivo. Grazie al *counseling* si può infatti creare uno spazio sicuro in cui sentirsi ascoltati, accolti e compresi, senza quella "tendenza a giudicare" o paura di esser giudicati che, come evidenziato da Rogers (1961, 329-38), è ostacolo allo sviluppo di buone relazioni interpersonali.

Sia nel lavoro individuale che in quello con la coppia o la famiglia, il *counselor*, fiducioso nella capacità di autoregolazione degli individui, dei gruppi e delle loro risorse, crea una dimensione comunicativa in cui ogni persona può esprimersi, sentendosi apprezzata e rispettata, mentre è facilitata allo stesso tempo ad ascoltare l'altro, con attenzione e rispetto, senza sentirsi minacciata. Anche le emozioni negative, come una forte rabbia, se ricontestualizzate e comprese nel loro significato, invece di diventare ripetitive e bloccanti abitudini nel relazionarsi, fungono da propulsore, creando nuove opportunità. Il *counselor*, attraverso risposte empatiche ai sentimenti espressi, può favorire la trasformazione degli attacchi verbali in comunicazione, mettendo i membri della famiglia o i *partners* in grado di riconoscere che dietro le accuse rabbiose, il linguaggio aggressivo e provocatorio, si nasconde spesso una ferita e il desiderio di essere accettato (O' Leary, 1999).

Lasciare andare sentimenti ed emozioni nascosti, non espressi, repressi porta alla luce risorse inutilizzate, fa trovare punti d'incontro, superando i limiti degli schemi mentali e dei ruoli rigidi, delle aspettative imposti dagli altri.

Il *counselor*, testimone della complessità ed unicità di ogni relazione, diventa un facilitatore del dialogo, in cui sia presente la consapevolezza degli effetti che le emozioni di una persona hanno sull'altra. I clienti, aiutati a riprender contatto e ad esprimere stati emotivi ed affettivi, trovano poi proprie risposte ai problemi, nella direzione che solo loro possono scegliere e stabilire.

4. Dal modello biomedico al modello bio-psico-sociale

Nella comprensione dello stato di salute, il modello tradizionale biomedico, oggi obsoleto, si basava su 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 biologico ad esso sottostante;
- 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 esistente nella malattia

Nonostante i suoi benefici che sembrò portare, questo modello, non sempre efficace, ha generato gravi problemi, trascurando dati importanti e ostacolando così la possibilità dell'uomo di attingere alle sue potenzialità. Sono inoltre in corso alcuni significativi cambiamenti sociali che influiscono sulla relazione medico-paziente e che i professionisti della salute devono affrontare. Tra questi cambiamenti, Zucconi e Howell (2003, p. 57) riportano:

- Crescita dei consumi dei farmaci;
- Spostamento del luogo di cura dall'ospedale alla comunità;
- Maggiore attenzione alla prevenzione e all'informazione;
- Riconoscimento dell'autonomia del paziente;
- Maggiore responsabilità dell'ospedale per le cure mediche;
- Contenimento dei costi medici;
- Ambiente crescentemente litigioso;
- Movimento della medicina olistica e delle medicine alternative;
- Critiche all'autoregolamentazione professionale;
- Nascita, nel mondo dei disabili, di una cultura in difesa della propria dignità e dell'autoaffermazione;
- Declino del ruolo della medicina ed espansione del ruolo di altre professioni.

Questi sviluppi hanno reso il modello biomedico limitato e limitante in misura inaccettabile. La tensione e l'inquietudine che ne derivano hanno favorito la ricerca di nuovi paradigmi di più ampia portata. Attribuiamo qui al termine *paradigma* un significato equivalente a quello di modello, mutuandolo dal filosofo e storico della scienza Thomas S. Kuhn, per il quale *paradigma* è il termine con cui, nella scienza, viene rappresentato un modello di comprensione dei fenomeni, "una costellazione che comprende globalmente leggi, teorie, applicazioni e strumenti e che fornisce un modello che dà origine ad una particolare tradizione di ricerca scientifica dotata di una sua coerenza" (Kuhn, 1962).

Per trattare la complessità della salute umana, è essenziale un costrutto più comprensivo ed efficace che tenga conto degli aspetti psicologici e sociali, che osservi la salute dalla prospettiva dell'organismo e della sua relazione con l'ambiente e che riconosca l'importanza dell'*empowerment* personale, non screditando gli importanti progressi compiuti tramite l'approccio biomedico, ma ampliandoli e accrescendo la capacità di ciascuno di tutelare salute e benessere.

Alla fine degli anni settanta, i tempi erano maturi per accogliere un cambiamento epistemologico di portata rivoluzionaria (Engel, 1977).

Parallelamente allo svilupparsi di ricerche e teorie che si succedevano per spiegare i nuovi aspetti della realtà da esse emergenti, prese corpo uno dei paradigmi più significativi nell'ambito del concetto di globalità (*Wholeness*): il *paradigma sistemico*, delineatosi tra la fine degli anni '40 e l'inizio dei '50 e che avrebbe dovuto servire come struttura integrativa per tutta l'attività scientifica (von Bertalanffy, 1968). Sviluppata ulteriormente da altri scienziati, la *Teoria Generale dei Sistemi* si "fonda sulla consapevolezza della fondamentale interdipendenza fra tutti i fenomeni fisici, biologici, psicologici, sociali e culturali" (Capra, 1996). Essa può essere vista come un *modello ecologico globale* nel quale l'organismo umano è meglio compreso se rappresentato come un sistema facente parte di sistemi più ampi, come la famiglia d'origine, la comunità di appartenenza,

lo stato socioeconomico, la professione, il contesto culturale, l'ambiente di vita: tutte le strutture viventi possono essere insomma descritte come incluse in sistemi più ampi e composte a loro volta da sottosistemi in costante interazione reciproca. In pratica, questo può essere semplificato dicendo che ciò che ha un effetto in ambito sociale si ripercuote anche in ambito familiare e individuale e viceversa (Zucconi, Howell, 2003, p. 65). La visione eco-sistemica comporta profonde implicazioni se applicata all'ambito della salute dell'individuo e della società. Ciò che sappiamo, che valutiamo vero e giusto, i comportamenti che assumiamo subiscono infatti la profonda influenza dell'ambiente socio-culturale in cui viviamo.

Al modello biomedico si sostituisce, nel 1986, quello *biopsicosociale*, un paradigma sistemico che, collocando la salute in una dimensione multilineare, la ritiene determinata da una molteplicità di fattori biologici, psicologici e sociali che interagiscono reciprocamente (Lamioni, 2002).

Secondo questo modello è importante tener conto:

- dell'interazione nella configurazione dello stato di salute e di malattia tra processi che agiscono a livello macro e micro;
- della natura multifattoriale sia delle cause che agiscono sulla salute e sulla malattia sia degli effetti che salute e malattia possono avere;
- dell'impossibilità di scindere il corpo dalla mente, perché entrambi influenzano la condizione di salute degli individui;
- che la salute è un obiettivo e non qualcosa che va solamente salvaguardato.

Il modello bio-psicosociale può essere inoltre descritto lungo tre direzioni relative a:

- il modo in cui si possono classificare, nelle varie situazioni sociali, i *pattern* di interazione tra i diversi livelli di organizzazione che compongono il sistema;
- il modo in cui le persone agiscono entro il sistema della salute;
- le linee di azione principale con cui la psicologia della salute agisce concretamente ai diversi livelli sistemici.

Secondo questo modello, la salute viene promossa conferendo potere (*empowerment*) agli individui, i quali sono ritenuti largamente responsabili e capaci di prendere provvedimenti che la tutelino, mentre i professionisti della salute appaiono valide risorse umane (Zucconi, Howell, 2003, pp. 348-9). Data la forte influenza reciproca tra mente e corpo, come abbiamo più volte ribadito (Mengheri, 1992; 1994; 2001a; 2001b; 2001c; Mengheri, Zerbetto, 2002), il trattamento riguarda l'intera persona e non soltanto i sintomi fisici associati alla malattia. Esso può comprendere l'incoraggiamento a cambiare comportamenti, stili di vita, strategie di *coping*. Il *counselor* può offrire sostegno sociale ed emozionale e favorire un adeguamento migliore alle cure, sensibilizzando il cliente ad un ascolto attivo riguardo le proposte di cura da parte del medico, dello psicoterapeuta, dello psicologo.

5. Psicologia della Salute

A differenza di ciò che suggerisce il modello biomedico, gli approcci al modello biopsicosociale riconoscono tre livelli distinti ma tra loro integrati, ciascuno dotato di pari dignità rispetto agli altri ed espressione di una dimensione di per sé ultima. A partire da questo modello, l'O.M.S. giunge infatti a definire *la salute come uno stato di benessere fisico, psicologico e sociale*.

In questa definizione di salute, confrontata con quelle precedenti, sono presenti due aspetti autenticamente originali: l'affrancamento definitivo dalla dimensione biologico-organismica e 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, ma come uno stato positivo in cui si integrano unitariamente funzioni diverse, orientate al benessere dell'organismo stesso.

Più che alla malattia, la Psicologia della salute pone attenzione alle risorse da sollecitare e valorizzare, trasformando il tradizionale rapporto prescrittivo-normativo tra esperti ed utenti in una collaborazione co-costruttiva volta a sviluppare pienamente le capacità fisiche, mentali ed emotive dell'individuo nella rete complessa delle sue relazioni sociali. L'obiettivo diventa lo sviluppo e la realizzazione della persona che interagisce con vari livelli di organizzazione in modo diretto (livello primario) ed indiretto (livello secondario e terziario), in una visione attenta alle dinamiche intra e inter-sistemiche, in cui le vicende del sistema prendono forma (Bertini, 1988; 2001). Questo movimento attivo e costruttivo della persona e della società verso il benessere individuale e collettivo è alla base del concetto di promozione della salute che si sostituisce a quello di prevenzione, ancora legato ad una logica di subalternità alla malattia.

5.1. *Psicologia della Salute oggi*

Come scrive Braibanti (2002) il termine Psicologia della Salute ha due diversi significati:

- l'insieme dei problemi e dei processi psicologici che riguardano la salute;
- la tradizione scientifica (peraltro recente) che si definisce con questo nome.

Tali significati, non sovrapponibili, non possono essere ridotti l'uno all'altro. Dalla psicologia alla salute abbiamo delineato la *Psicologia della salute* e a tutt'oggi cerchiamo di definire e individuare, il confine tra "autoreferenza" e "eteroreferenza". Nonostante questa ricerca si protragga da anni, vediamo comunque la persistenza "inevitabile di un resto che fatica ad essere compreso entro quei confini disciplinari e che rinvia, ciò nonostante, a porzioni rilevanti della rappresentazione sociale, della domanda e della stessa prassi di salute" (ibidem, p. 20).

Ambiti d'intervento della Psicologia della salute sono: i servizi sanitari, gli interventi di prevenzione e promozione della salute sui luoghi di lavoro, sulla comunità, sulla salute pubblica e sulle politiche della salute e la gestione della malattia. Quanto detto comprende sia la prevenzione primaria che la secondaria e la terziaria (Mengheri, 2001a).

Tale orientamento psicologico ha cercato di spiegare il modo in cui le persone affrontano i problemi di salute, soprattutto in riferimento ai comportamenti di scelta ed ai processi decisionali. Si è basato inizialmente su modelli definiti "aspettativa-valore", secondo i quali la probabilità che una persona adotti comportamenti di protezione è direttamente proporzionale sia alla minaccia di salute che alla percezione della propria capacità di eseguire un'azione in grado di ridurre la minaccia per la salute (Stroebe, 1995).

Successivamente i modelli "processuali" hanno tentato di superare il carattere statico degli approcci basati sulle aspettative, introducendo una spiegazione fondata sull'individuazione di processi dinamici che includano la dimensione temporale in una successione di fasi. Anche questo modello non risulta però esaustivo in quanto non viene spiegato il passaggio da una condizione ad un'altra. Infine i modelli "integrati" pongono l'attenzione alle dinamiche e ai processi di cambiamento considerando maggiormente le componenti motivazionali, affettive, il ruolo delle emozioni e il passaggio dall'intenzione all'azione; viene inoltre introdotto il concetto di *coping*.

6. *Benessere biopsicosociale*

Nell'immaginario collettivo di ogni tempo, la parola salute assume un alto valore simbolico. Dall'epoca cristiana il termine latino *salus* (salvezza) finì per coinvolgere la totalità dell'uomo, nelle sue dimensioni fisiche e spirituali.

Ma con la medicina moderna, in un forte ripiegamento sulla dimensione fisica o somatica, nel passaggio dal versante dello spirito a quello del corpo, il termine salute ha perso i connotati positivi di salvezza. Da allora l'attenzione, anziché rivolgersi alla promozione delle intrinseche proprietà positive, fisiche e psichiche, si è sempre più rivolta alla malattia, sia fisica che mentale.

Ne è derivata una salute sprovvista di carta d'identità, riconosciuta più per l'assenza di segni patologici, che per la presenza di indicatori originali e specifici che ne qualifichino la sua natura. A tutt'oggi lo stato di salute di una popolazione si descrive sostanzialmente sulla base di indicatori di morbilità e di mortalità trascurando quelli di "vitalità" (Bertini, 2002; Mengheri, 2003), anche se ricerche ed esperienze applicative s'impegnano a definire gli indicatori positivi di salute, promotori della salute o del benessere biopsicosociale.

Con il modello biopsicosociale si tenta di superare la forza d'inerzia del "modello malattia" nel quale si dissolve il senso primigenio di *salus*. La salute va cercata in un percorso affascinante, anche se non facile, dove si possa riscontrarne l'accezione positiva di stato di benessere. I pregiudizi, le resistenze di atteggiamenti consolidati, le rigidità dettate anche da consuetudini hanno ostacolato il suo rinascere sia in ambito teorico che nella prassi professionale. Nella via da percorrere, in cui gli atteggiamenti salutogeni devono essere visti come precursori del benessere, il "modello salute" non si pone in alternativa al "modello malattia", ma nella sua specifica complementarità, non escludendo una possibile corrispondenza.

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*. 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.

La promozione della salute nasce in primo luogo dai progressi della medicina, delle scienze psicosociali, dalla teoria generale dei sistemi, nonché dall'integrazione dei vari approcci psicologici alla psicopatologia e, solo più tardi, dalla Psicologia della salute. Questa si presenta dunque come sguardo trasversale, quasi nomade intrigante negli intrecci e nei risvolti, metodologicamente attento a non sostare sui modelli quantitativi, accettando la sfida qualitativa e dello studio di caso, ponendosi infine come approccio capace di stabilire interdipendenze forti con psicologie emergenti come quelle connesse, per esempio, all'ambito ecologico e di comunità. Siamo di fronte ad un ulteriore esempio di quella diffusione di saperi e dei loro intrecci così detta "rizomatica", da cui emergono inattese le forme del prender-si cura (di sé, come pure di qualcosa/qualcuno attraverso sé), le nuove fenomenologie della malattia, in un rinnovato intreccio tra fisico e psicofisico, tra malessere e benessere, tra fattori ambientali e contesto, tra dignità ed etica. Il modello eco-psicosomatico diviene come forma ecologica della relazione mente-corpo, come sostenibilità, cittadinanza attiva, competenza evolutiva e nello stesso tempo preventiva, come co-costruzione di senso sociale. Prima di congedarci da questo paragrafo vogliamo ricordare che, nota acutamente Malcom Brown (1990), noi con estrema facilità ci affacciamo ai modelli americani senza badare, , all'atteggiamento troppo unilaterale, troppo basato su criteri di un efficientismo pragmatista che soffocano le possibilità di un contatto autentico con la corporeità che presuppone, invece, un'accettazione profonda della propria vita affettiva. "Per raggiungere una condizione di benessere psicofisico ed un senso di realizzazione personale è necessario recuperare i ritmi lenti del sistema circolatorio", il che significa seguire i ritmi naturali dell'organismo inteso come unità psicosomatica, che si oppongono a quelli frenetici della "mente-cervello" e delle società occidentali post-moderne: una sorta di monito alla progressiva alienazione dell'uomo dalle proprie radici biologiche ispirato alla saggezza delle religioni orientali. In più Brown (1990) evidenzia l'importanza di costruire una relazione terapeutica basata sui presupposti rogersiani dell'empatia e dell'orientamento centrato sul cliente, che considera fondamentali per stabilire l'efficacia di ogni tecnica corporea (Pini, 2001, p. 29).

7. Life skills nella psicologia della salute

Il termine *life skills* si riferisce ad una gamma di abilità cognitive, emotive e relazionali di base che consentono alle persone di operare con competenza sia sul piano individuale che sociale (Bertini, Braibanti, Gagliardi, 2002, p. 200). Questo termine contiene un ancoraggio pragmatico, orientato

all'operazionalità, ma con una grande apertura che consente di riflettere sul senso che abilità e competenze acquistano, cioè sulla loro matrice originaria e sulla loro finalità biosociale.

Le abilità o competenze psico-sociali che vengono individuate come centrali per la promozione della salute sono: 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.

Un'iniziativa articolata, proposta dall'OMS e ampiamente diffusa in molte nazioni, ma quasi totalmente sconosciuta nel nostro paese, sono i Programmi d'insegnamento delle *life skills* nelle scuole. Largamente diffuso, soprattutto negli USA, è anche il paradigma dello *skills training*, in cui lo psicologo non ha più la funzione di terapeuta verso una persona malata, ma piuttosto di insegnante di competenze psicologicamente rilevanti (Bertini, 2001).

Si cerca di collocare le *life skills* all'interno di una concezione positiva di salute nella funzione esplicita di promuovere, non solo prevenire. Parlando di promozione, invece che prevenzione, lo psicologo della salute (Temoshok, 1983, pp. 207-34) ha l'opportunità di porsi davanti al soggetto, senza pregiudizi. Ciò che gli interessa non è valutare il grado di normalità-anormalità, quanto sollecitare lo sviluppo delle risorse e delle competenze psico-sociali, mettendo a disposizione il patrimonio di conoscenze che la scienza psicologica è in grado di offrire, nel rispetto dell'unicità e della responsabilità del singolo, del gruppo o della comunità. Per puntare sull'*empowerment* degli individui occorre metterli nella condizione di valorizzare le loro esperienze personali, le loro risorse, le loro parti sane, le loro conoscenze così dette "banali" ma vissute; creare, con coloro che si rivolgono al *counselor*, nuove opportunità di cambiamento, focalizzate al presente più sul futuro che sul passato.

8. Note conclusive

La maggior parte di noi si trova, prima o poi, davanti ai problemi degli altri: persone che ci sono vicine nella vita privata, come amici o parenti, o persone con cui abbiamo a che fare per lavoro, come clienti/pazienti, alunni o colleghi. In una situazione di questo tipo, può accadere di sentirsi a disagio oppure inutili, perché ci mancano gli strumenti per affrontarla al meglio. Questo contributo può divenire un valido supporto per l'aiuto empatico e non giudicante dell'altro da noi. Ogni forma di *counseling*, al di là dell'approccio seguito, deve essere conforme ad un preciso insieme di regole, che servano tanto a salvaguardare il cliente, quanto a tutelare il ruolo del *counselor*. La differenza essenziale tra il *counseling* e un normale rapporto di amicizia (vedi l'empatia), secondo Wolfe (1997), sta nell'intenzionalità: "il counseling è un'attività che è frutto di una scelta deliberata, con un'intenzione precisa, e nel rispetto di regole precise (ibid., p. 4). Ovvero, per dirla con la *British Association for Counseling and Psychotherapy* (BACP, 2001), "un contratto liberamente stipulato da ambo le parti, entro limiti ben precisi, sotto garanzia di privacy e di riservatezza".

Un grave male attuale della nostra società è dato dalla possibile sovrapposizione di desiderio e bisogno per cui tutto ciò che desideriamo tende a divenire bisogno. Attualmente è in particolare la tecnologia, il progresso tecnologico, che facilita l'illusione di poter avvicinare il desiderio al bisogno, fino a farlo identificare con esso. In questi casi siamo di fronte a feticci di cui abbiamo bisogno per darci ad intendere di vivere. Per recuperare e valorizzare la personale progettualità, il "tendere a", il proprio senso dell'esistenza, è necessario tirar fuori e far emergere la dimensione del desiderio, mantenendola distinta dal bisogno. Nel fare questo è significativo l'apporto e l'aiuto del *counseling* psicologico. Esso guida infatti al processo di autoesplorazione, attraverso il vissuto emozionale, nella prospettiva del *qui ed ora*, nello spazio privilegiato dell'espressione e dell'ascolto empatico di emozioni ed affetti che riprendono a fluire. Essi, ritrovando il loro corso, e recuperati e lasciati andare, liberano risorse interiori, creando nuove opportunità personali ed interpersonali. L'efficacia del processo di *counseling* da noi proposto: l'*eco-psicosomatico*, con approccio centrato sulla soluzione del problema anziché sul problema, è stata ampiamente verificata.

La consapevolezza delle relazioni col mondo interno, con l'ambiente e con l'altro da sé, nella valorizzazione e promozione del benessere, è l'obiettivo che il *counselor*, come operatore della salute, condivide con lo psicologo della salute. Il nuovo orientamento della Psicologia della salute, centrato sull'uomo e sul suo rapporto con l'ambiente, nei suoi più recenti modelli "integrati", pone infatti particolare attenzione, con la soluzione dei problemi, alle componenti motivazionali ed affettive. Per trattare la complessità della salute umana, all'approccio biomedico, non screditato ma ampliato, si è sostituito quello biopsicosociale, un paradigma sistemico che considera tutta la molteplicità dei fattori biologici, psicologici, sociali nella loro interazione reciproca. Quando è possibile, e spesso lo è, non si guarda più l'uomo con la malattia e la prevenzione ad essa, ma si focalizza la nostra attenzione all'accezione positiva di stato di benessere da sollecitare, valorizzare e promuovere come vuole la psicologia della salute. Stiamo parlando di psicologia positiva.

Bibliografia

- Amerio P. (2000), *Psicologia di comunità*, il Mulino, Bologna.
- Beck, A.T. [1991], *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective* (New York: Basic Books).
- Bertalanffy L. von [1968], *Psychology and Health Promotion*, "Health Psychology Series", Open University Press, Buckingham, UK.
- Bertini, M., [1988], *Psicologia e Salute*, Nis, Roma.
- Bertini, M., [2001], "Psicologia della salute" in Moderato P., Rovetto F., *Psicologo: verso la professione*, Mc Graw-Hill, Milano.
- Bertini, M., [2002], P. Braibanti, (a cura di), *Pensare la salute. Orizzonti e nodi critici della Psicologia della Salute*, presentazione, 11-13, FrancoAngeli, Milano.
- Bertini, M., Braibanti, P., Gagliardi, M.P., [2002], P. Braibanti (a cura di), *Pensare la salute. Orizzonti e nodi critici della Psicologia della Salute*, I programmi di Life Skills Education (LSE) nel quadro della moderna Psicologia della Salute, 199-218, FrancoAngeli, Milano.
- Binswanger L., [1970], *Per un'antropologia fenomenologia*, 1921-41, Boringhieri, Torino.
- Braibanti, P., [2002], P. Braibanti (a cura di), *Pensare la salute. Orizzonti e nodi critici della Psicologia della Salute*, introduzione 19-61, FrancoAngeli, Milano.
- Branden, N., [1996], *Taking Responsibility: Self-Reliance and the Accountable Life*, Simon e Schuster, New York.
- Brown M., [1990], *Il contatto terapeutico. Introduzione alla Psicoterapia organismica*, tr. it. Melusina, Roma, 1995.
- Carotenuto, A., [2004], *La depressione*, Oeuvres, Press universitaires de France, Parigi, 1959, 886.
- Capra, F., [1996], *The Web of Life*, New York, Anchor Books, Trad. It. Doubleday, *La rete della vita*, Rizzoli, Milano, 1997.
- Coale, H. W., [1998], *The Vulnerable Therapist*, New York and London: Norton.
- Dryden, W., [1999], *Rational Emotive Behavioural Counselling Action* (London: Sage)
- Dryden, W., Fletham, C., [1994], *Developing the Practice of Counselling and Psychotherapy*, London: Routledge.
- Ellis, A., [1999], *How To Make Yourself Happy* (Atascadero, CA: Impact).
- Engel, G., [1977], The need for a new medical model: a challenge for a biomedicine, *Science*, 196, 129-36.
- Feltham, C., [1996], *Time-limited Counselling* (London: Sage).

- Fornaia, W., [2002], P. Braibanti, (a cura di), *Pensare la salute. Orizzonti e nodi critici della Psicologia della Salute*, prefazione 15-17, FrancoAngeli, Milano.
- Feud, S., [1938], *L'apparato psichico*, Opere, vol. XI, 572-4, Boringhieri, Torino.
- Galimberti, U., [1979],
- Galimberti, U., [1992], *Dizionario di psicologia*, UTET, Torino.
- Geldard K., Geldard D., [2005], *Parlami, ti ascolto*, Erickson, Trento.
- Hawkes, D., Wilgosh R., Marsh T.I. (1998) *Solution Focused Therapy: a Handbook for Health Care Professionals*, Reed Educational and Professional Publishing, London.
- Heidegger, M., [1978], *Essere e tempo*, UTET, Torino, 1927.
- Husserl, E., [1965], *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*, (1912-28), Einaudi, Torino.
- Jung, C. G., [1932], *I rapporti della psicoterapia con la cura d'anime*, Opere, vol. XI, Boringhieri, Torino, 1979.
- Kuhn, T. S. [1962], *The structure of Scientific revolution*, Chicago, University of Chicago Press, Tr. It. *La struttura delle Rivoluzioni Scientifiche*, Einaudi, Torino, 1969.
- Lamioni, F. [2002], *Psicologia e salute*, in "Sentieri. Itinerari di psicopatologia-psicosomatica-psichiatria", II, 1, 57-66, ETS, Pisa.
- Lotta, E. [2005], *Su anima e sentimento*, Magi, Roma.
- Lis, A., Sella, S., Zavattini, G. C., [2004], *Manuale di psicologia dinamica*, il Mulino, Bologna
- Mander, G. [2000], *Psychodynamic Approach to Brief Therapy*, London: Sage.
- Masterman, M., [1976], *La natura di un paradigma*, in I. Lakatos e A. Musgrave (a cura di), *Critica e crescita della conoscenza*, 63-119, Feltrinelli, Milano.
- Mengheri, M., [1992], *Il precipitare dei pensieri nel corpo. Una ricerca sperimentale sugli effetti dello stress*, Melusina, Roma.
- Mengheri, M., [1994], (a cura di), *E allora...il corpo recita i drammi della mente. Alla ricerca dell'autoguarigione*, Melusina, Roma.
- Mengheri, M., [2001a], *Redazionale*, in "Sentieri. Itinerari di psicopatologia- psicosomatica- psichiatria", I, 1, ETS, Pisa.
- Mengheri, M., [2001b], *Psicosomatica e scienza*, in "Sentieri. Itinerari di psicopatologia- psicosomatica- psichiatria", I,1 ETS, Pisa, 89-93.
- Mengheri, M., [2001c], (a cura di), *Genitori e figli. Conoscere per avvicinarsi, E.U.R., Roma*.
- Mengheri, M., [2003], *Dalla prevenzione alla promozione della salute*, in "Sentieri. Itinerari di psicopatologia- psicosomatica- psichiatria", III, 1-2, ETS, Pisa, 61-78.
- Mengheri, M., Zerbetto R., [2002], *L'approccio alla psicosomatica tra Gestalt e Psicologia Analitica*, in "Sentieri. Itinerari di psicopatologia-psicosomatica-psichiatria", II,1,ETS, Pisa, 17-55.
- Milner, J., O'Byrne P., [2004], *Il counseling narrativo. Interventi brevi centrati sulle soluzioni*, Erickson, Trento.
- O'Connell, B. [1998], *Solution-Focused Therapy* (London: Sage).
- O'Hanlon, B., [1993], Possibility Therapy, in S.Gilligan and R.Price (eds.), *Therapeutic Conversations* (New York and London: Norton).
- O'Leary, C.J., [1999], *Counseling alla coppia e alla famiglia*, Erickson, Trento.
- Payne, M., [2000], *Narrative Therapy: An Introduction for Counsellors*, London: Sage.
- Rogers, C.R., [1951], *Client-centred therapy*, Boston, Houghton Mifflin, (tr. It. *Terapia centrata sul cliente*, 1997, La Nuova Italia, Roma).
- Pini M., [2001], (a c. di), *Psicoterapia Corporeo-Organismica*, FrancoAngeli, Milano.
- Rogers, C.R., [1961], "Dealing with breakdowns in communication-interpersonal and intergroup", in *On Becoming a Person*. Boston: Houghton, Mifflin, 329-38.
- Stroebe, W.E., Stroebe, M.S., [1995], *Social psychology and health*, PacificGrove, California, Books/Cole; tr.it. *Psicologia sociale e salute*, McGrew-Hill, Milano.
- Schönpflug, Schönpflug, [1983] vedi biblio sirigatti p. 174
- Sirigatti, S., [1995], *Manuale di Psicologia Generale*, UTET, Torino.
- Temoshok, L., [1983], *Emotion, adaptation, and disease: A multidimensional theory*, in Temoshok L., Van Dyke, C., Zegans, L.S., *Emotion in health and illness: Theoretical and research foundations*, 207-234, Grune, Stratton, New York.

Temoshok, L., [2002], P. Braibanti (a cura di), *Pensare la salute. Orizzonti e nodi critici della Psicologia della Salute*, Il ruolo dell'espressione delle emozioni nella promozione della salute. Il modello biocomportamentale dell'adattamento, FrancoAngeli, Milano, 293-304.
Zaro, B., [2005], *Il sogno, il desiderio, il delirio*, Montedit, Collana Koiné, Milano.
Zucconi, A. Howell, P., [2003], *La Promozione della Salute. Un approccio globale per il benessere della persona e la società*, (trad.it. Valeria Poli), La Meridiana, Molfetta Bari.

MARIO MENGHERI

Specialista in Psicologia Clinica, Doc. “Promozione della salute” (Univ. di Siena); Presidente Associazione Italiana Ricerca Psicosomatica (AIRP); Membro Ordinario AIPA e IIAP;
Psicoterapeuta, Psicologo Analista, mario.airp@libero.it

ANTONIO PULEGGIO

LE IDENTITÀ NEGATE: VECCHIE E NUOVE PATOLOGIE

Estratto

L'insorgenza oggi su scala di massa di fenomeni comportamentali disadattivi o di franca matrice psicopatologica, che interessano le giovani generazioni, non può lasciare il mondo scientifico in particolare, e quello adulto in generale, indifferenti. L'attenzione si rivolge a fenomeni di matrice schizoide spesso caratterizzati da solipsismo e alexitimia, come le dipendenze patologiche comportamentali, o i disturbi del comportamento alimentare associati a sindromi dismorfofobiche, oppure disturbi del tono dell'umore sia sul versante bipolare che unipolare depressivo, che rappresentano alcune delle più importanti espressioni massificate di un disagio generazionale che può definirsi "sistemico", e che pone gravi interrogativi circa la nostra cultura e il nostro sistema di vita. Come adulti dovremmo preoccuparci quantomeno del fatto che questo mondo è l'eredità che lasciamo ai nostri figli; mentre come uomini di scienza e di ricerca dovremmo interessarci ai significati profondi che determinano questa fenomenologia, connessa sempre più a stati di disagio evolutivo e di disadattamento esistenziale su scala di massa.

Introduzione

L'insorgenza oggi su scala di massa, di fenomeni comportamentali disadattivi o di franca matrice psicopatologica, non può lasciare il mondo adulto in generale, e quello scientifico in particolare, indifferenti.

Come adulti ci dovremmo preoccupare quantomeno del fatto che questo nostro mondo è l'eredità che lasciamo ai nostri figli; mentre come uomini di scienza e di ricerca dobbiamo interessarci ai significati profondi che determinano queste fenomenologie di massa, che assumono sempre più le connotazioni del disagio e del disadattamento.

E' interessante notare che, secondo una dinamica circolare, il disagio del giovane ha come fenomeno speculare quello dell'adulto, e l'instaurarsi di una distanza generazionale piena di *misunderstanding*, di incapacità ed impossibilità ad avvicinarsi l'uno all'altro.

Andando oltre, rispetto a quell'insieme di stigmi e di comportamenti ritualizzati che rinforzano il senso di appartenenza dei pari, e non fermandosi a quelle "pseudo devianze" che caratterizzano da sempre le anomalie, l'espressione trasgressiva e di rottura del giovane rispetto allo status quo adulto, oggi si evidenzia nelle giovani generazioni, una gamma di espressioni sintomatiche ricorsive e recidivanti di matrice solipsistica su base schizoide, spessissimo associati a disturbi del tono dell'umore, sul versante bipolare e unipolare depressivo. Nei casi più gravi si tratta di configurazioni disfunzionali appartenenti all'area dei disturbi dissociativi dell'identità, di matrice narcisistica, alexitimica, caratterizzati talvolta da dipendenze comportamentali, o dismorfofobie con DCA, che rappresentano alcune delle più importanti espressioni massificate - le "nuove normalità" - di un disagio che oggi possiamo definire "sistemico", di ampia portata che investe la nostra cultura, il nostro sistema di vita e offre spunti di riflessione su una molteplicità di livelli ed una eterogeneità di temi, da quello sociologico, pedagogico educativo, a quello psicopatologico, ma inevitabilmente anche politico e legislativo.

Intanto, sul versante dell'analisi sociologica dovremmo soffermarci su un aspetto macroscopico, attinente al fatto che quando la devianza diviene normalità, significa che assume le valenze statistiche del cosiddetto "valore medio", e questo ci costringe a compiere un'analisi forse un po' cinica, ma necessaria, della nostra cultura e del nostro stile di vita.

Kitsch e decadentismo

Definire il nostro tempo come un'epoca decadente? Lo hanno già fatto in molti, e certo il decadentismo non si presenta come un'età di valori, ma un'epoca dove sembrano non esserci proposte positive e costruttive: in questa anomia spicca il rifiuto, la protesta e la dissacrazione, proprio ad opera delle giovani generazioni che con il loro apparente "distruggere" cercano invece qualcosa da salvare, qualcosa in cui credere che sia per loro movente, guida e ispirazione, per qualcosa di migliore, per cui valga la pena vivere...

"Se penso che ho tutta la vita davanti...! Mi sento già molto stanca....Fai tanto per niente!" pensieri depressivi, speculari di una mancanza: carenza di valori etici, idealità, condivisione del mondo con gli altri.

Vi è una ricerca spasmodica di autenticità, della rivelazione al di là di tutte le sovrastrutture culturali, moralistiche, intellettuali, mitologiche, tutte più o meno ipocritamente consolatorie, del volto vero dell'uomo, quello della nostra epoca, che sembra così minacciato nella sua integrità e originalità esistenziale da tutte le spinte alienanti della così detta civiltà...

Alla definizione "decadente" si associa anche quella di "kitsch", intendendo quel processo inflattivo dell'attività estetica che comporta la degradazione dell'opera attraverso la sua ripetizione multipla: arte fondata su stereotipi, di facile distrazione che non esige sforzi d'intelligenza o penetrazione, che con la sua "riproducibilità seriale" - indicata come "patologia estetica" - condensa in sé la legge del mercato dei consumi di massa atta a soddisfare i bisogni del maggior numero di persone con la minima spesa. La riproduzione illimitata del fenomeno produce a sua volta un processo inflattivo della percezione che esso trasmette, e nello stesso tempo la sua stessa svalutazione: il brivido estetico si dissolve così nella quotidianità e insieme alla rarità perde forza e valore. L'eccesso d'informazione banalizza l'identità individuale, ed il complesso gioco di mediocrità ed eccesso, combinati, crea la sproporzione tra mezzi e fini. Con il progressivo dissolvimento del trascendente e delle ideologie, e con la dissoluzione dello sforzo creativo, si fa la strada la banalizzazione, e la divulgazione finisce per avere la meglio sul Sapere. La civiltà industriale promuove la costruzione dell'identità fondandola sull'ostentazione della quantità delle cose possedute, e la relativa vocazione intrinseca a tesaurizzare. Sposando la logica del consumismo che si rigenera attraverso i desideri indotti, si tracciano le linee guida esistenziali che conducono - soprattutto i più giovani, che hanno una maggiore capacità di assorbimento delle informazioni - ad un'identità effimera e pericolosamente illusoria.

Tempo tecnologico e solipsismo

La cultura del nostro tempo, è focalizzata su un efficientismo razionalizzato all'interno di tempi e spazi contratti, e una performance continua che, sacrificando il gioco e la relazione spontanea, non offre più sufficienti ambiti di riflessione e scambi relazionali affettivi, tanto che le persone sembrano lamentare sempre più frequentemente una mancanza di emozioni, di valori, di ideali e significati morali. Si afferma con sempre maggior forza il principio per cui le immagini della realtà coincidono con la realtà delle immagini.

Anzi sentimenti ed emozioni sembrano interferire oggi più che mai con l'efficienza, la competitività ed il buon funzionamento delle cose e si applicano all'esercizio dell'apparire a discapito dei processi del sentire, e se è vero che le persone oggi sono più preoccupate di come appaiono che non di quello che sentono, ecco che alcuni fenomeni psicopatologici sembrano muoversi più facilmente nella direzione della personalità organizzata narcisisticamente.

Il senso dell'apparire può diventare estremo e allontanare l'individuo dal rapporto con gli altri e con il mondo, e quindi chiuderlo in un isolamento che assume caratteristiche psicopatologiche. In questo senso alcuni Autori sostengono che il senso di irrealità non sia soltanto nevrotico ma tenda ad una dimensione psicotica. Parliamo di soggetti che hanno una integrazione patologica con la realtà del proprio essere, con il corpo e i suoi sentimenti, e quindi col mondo. La cosa che ci deve far riflettere ulteriormente è il fatto che possiamo osservare individui che conducono un'esistenza apparentemente conforme alle regole, agli usi e ai costumi sociali e non esprimono comportamenti folli, ma conservano in sé un solipsismo e un vuoto affettivo interiori di gravità indescrivibile, sino a quando non esplodono in franchi fenomeni pantoclastici.

Così come viene descritta, questa nostra cultura, dove l'avere si sostituisce ambigualmente all'essere, e l'apparire esteriore ai significati intimi, può essere ritenuta narcisistica.

Si determina un grado di irrealità dato dalla divaricazione tra l'andamento evolutivo psichico e quello tecnologico. Il tempo tecnologico impone ritmi di sviluppo che non sono in sintonia con i tempi

evolutivi psichici: questo determina quello che viene chiamato *mismatch*,¹ inteso come tempo adattivo di elaborazione dell'informazione. Questo fenomeno può essere descritto su due versanti: quello che riguarda il rapporto, soggettivamente tollerabile e compatibile, tra quantità di informazione e unità di tempo, ed è equiparabile ai concetti di saturazione e stress: qui il sistema psicosomatico deve spendere una quantità di energia e produrre una quantità di strategie di risposta alle situazioni stimolo offerte dall'ambiente secondo parametri variabili di durata, intensità e frequenza (la selezione naturale impone "la legge del più forte", secondo cui l'individuo più debole – meno adattabile all'ambiente – soccombe, contribuendo a costituire una "specie più forte"); l'altro versante, si colloca su un livello più profondo, e riguarda la comprensione affettivo-motivazionale dell'interazione adattiva con l'ambiente e l'impovertimento delle strutture simboliche interiori. Quest'ultimo aspetto si integra purtroppo, con la progressiva riduzione degli spazi relazionali e la modificazione dei modelli tradizionali familiari, ed il drastico impoverimento dei processi mitopoietici necessari alla costruzione dell'identità personale sulla base del retaggio affettivo e storico familiare, che provocano su ampia scala, fenomeni di solipsismo mentale estremamente inquietanti che colpiscono le fasce evolutive della preadolescenza e adolescenza, a mio avviso sottovalutati.

Autonomia e identità

I processi evolutivi utili alla costruzione dell'identità personale, passano attraverso quelli di autonomizzazione dell'individuo, e non possono eludere lo scambio e la relazione con l'altro: si tratta di una "dipendenza naturale" che fa dell'uomo quell'irripetibile "animale sociale", il cui ambiente primario vitale rimane l'uomo stesso. L'unica autonomia possibile (*autòs nomòs* = darsi da se stessi la propria legge) passa per lo scambio umano ed il rapportarsi agli altri, ad un mondo di significato che è sempre costruzione relazione e accettazione dell'*alter* come entità simile e diversa da se stessi. La costruzione autonoma di leggi che si autoregolano, in un mondo autistico di significati sganciato dallo scambio e dalla possibilità di un feedback sociale, ci conducono all'idea di "personalità autopoietica" che cioè si autodefinisce e che fa a meno di criteri e referenti esterni, espressione di un stato di profondo solipsismo, su cui si fonda un Sé distorto, ideale, irreali, immutabile, da difendere, da sottrarre al giudizio ed allo scambio con gli altri e con il resto del mondo. La perdita del significato adattivo dello scambio, significa non riconoscimento dell'altro, ma anche non conoscenza di sé, della propria natura intima e profonda. Esprime un'idea funzionale apparente che poi si rivela in un sentimento di "contaminazione" e di inaccettabilità relazionale. L'evitamento e la fuga dalla realtà affettiva sono alla base di questa tipologia di personalità narcisistica che porta chiaramente in sé un'impronta psicopatologica.

Si pensi anche ad espressioni disadattive non proprie della nostra realtà culturale occidentale, come l'*hikikomori*² in Giappone ad esempio, che fanno pensare a questo sistema di vita in termini schizofrenogenici.

Questi aspetti sembrano avere radici comuni nei comportamenti sintomatici additivi e nei disturbi del comportamento alimentare: nei primi la ricerca di sensazione orienta verso un mondo più circoscritto, che allontana dalla realtà della consuetudine, dalla normalità e quindi dagli scambi adattivi reali

¹ Circa dieci anni or sono Gershon et al., mostrarono che la prevalenza dei disturbi bipolari, schizoaffettivi e unipolari era più alta nelle coorti di pazienti nati dopo il 1940 rispetto a quelli nati prima. Venne allora ipotizzata l'esistenza di una tendenza che avrebbe condotto ad un significativo aumento dei disturbi affettivi nelle decadi successive. Dati empirici hanno in seguito suggerito una relazione causale tra fattori ambientali evolutivamente nuovi e l'incapacità neurofisiologica del sistema nervoso centrale di elaborarli, e specifici disturbi psichici dell'area affettiva. In accordo con questa teoria ci si attendeva che l'uso di psicofarmaci nella popolazione generale sarebbe drammaticamente aumentato negli ultimi dieci anni, soprattutto nei paesi industrializzati. Oggi si fa riferimento (Pani L., Nuove prospettive della psichiatria darwiniana) al cosiddetto "mismatch evolutivo", che postula come le condizioni in cui il sistema nervoso centrale dei primati e dell'uomo in particolare si sia evoluto, siano radicalmente diverse da quelle attuali.

² Hikikomori letteralmente significa "rannicchiarsi in se stesso", "isolarsi", "appartarsi", ed è considerata una patologia socialmente invalidante che vede i giovani adolescenti scegliere di vivere all'interno del loro mondo privato – spesso rappresentato dalla loro stanza – cui viene negato l'accesso a chiunque. E' un fenomeno esplosivo in Giappone recentemente (da circa cinque anni) che non è assimilabile ad alcuna delle note crisi evolutive, e sembra colpire oltre un milione di giovani. (Per approfondimenti vedi: Watts J. (2002), *Public health experts concerned about "hikikomori"*, The Lancet, 359).

sociali; nel secondo la percezione del sé è fortemente colpita da una condizione dismorfofobica associata ad una alterata percezione del proprio corpo e della propria identità, così che anche in questo caso si può parlare di un “allontanamento dal mondo” e dagli altri, e di un rifugiarsi in sé dentro un’immagine irrealmente difficilmente modificabile.

L’aspetto autopoietico si esprime dunque nella autodeterminazione, nella autodescrizione, nella autodefinizione di un Sé che non ha bisogno di aprirsi al resto del mondo, ma che anzi può giungere a sviluppare ogni sorta di comportamento, più o meno francamente sintomatico per sfuggire alla contaminazione, allo scambio, alla apertura con l’altro, e dove c’è senso di contaminazione dal mondo, c’è un problema di relazione.

La valutazione delle espressioni comportamentali normali e/o patologiche dunque passa attraverso la qualità del comportamento, il “fare”, il “pensare di fare”, il “dire di fare”, il “desiderare di fare”, nella loro dimensione adattiva e accettata, ma soprattutto nella “direzione” che questo “fare” deve possedere. La qualità del comportamento è equiparata, alla sua finalità che dovrebbe sempre essere relazionale. Di conseguenza ciò che credo di essere, ciò che vorrei essere e ciò che immagino di essere per gli altri assumono una dimensione sociale ed il mio esistere è sempre in relazione agli altri, e ciò significa che l’identità è anche un costrutto relazionale: io sono me stesso a condizione che gli altri mi riconoscano come tale (Bruner, 2002). Basti pensare che nel linguaggio comune utilizziamo espressioni come “te”, “me stesso”, “gli altri”, tutti termini connessi con la soggettività, o meglio con una soggettività interagente, e quando questa “finalità interazionale” cessa di funzionare o muta di direzione e si rivolge verso di sé eludendo la sua natura sociale, ci troviamo di fronte ad una chiusura patologica dove l’autonomia, (*autòs nomòs*), non più letta come una dipendenza dagli altri e come unica espressione possibile di libertà individuale, diviene una modalità di fuga rispetto alla realtà ed un rivolgimento di natura psicopatologica, autopoietica, che orienta il comportamento verso il mondo interno, senza alcuna intenzionalità di scambio ed alcuna possibilità di co-costruzione sociale, esprimendo tutta la sua qualità autistica, psicotica.

Il criterio della “direzionalità”, individuando dinamiche di rivolgimento verso di sé, ci offre importanti affinità con i disturbi del comportamento alimentare e relative dismorfofobie, evidenziando una rappresentazione consolidata distorta della corporeità e del Sé nella realtà.

Strutturazione del Sé

I primi passi verso l’autonomia e la costruzione dell’identità avvengono già in epoca neo natale, e pur mantenendo ferma l’attenzione al periodo della prima infanzia e agli studi dell’*Infant Research* con il confluire degli apporti teorici dei tre grandi modelli che qui si ritrovano – la teoria delle relazioni oggettuali, la teoria dell’attaccamento e la psicologia del Sé – trovo più interessante considerare anche gli aspetti evolutivi che caratterizzano il passaggio e lo sviluppo psicosomatico dalla pre genitalità alla genitalità, cioè all’epoca della adolescenza e pre adolescenza, ed ai fenomeni caratteristici emergenti in quell’importante periodo evolutivo.

L’ipotesi più accreditata contempla come la *regolazione del Sé* sia alla base del benessere e del malessere psichico, tanto che la patologia mentale e relazionale viene interpretata come centrata intorno al senso di sé (Eagle, 1989). Questa ipotesi è sostenuta dalla psicoanalisi, in particolare da quelle scuole psicoanalitiche, come la Psicologia del Sé post kohutiana, che sottolinea come l’esperienza personale si sviluppi sempre all’interno di un sistema intersoggettivo in evoluzione e come le patologie psichiche nascano da significative e ripetute esperienze di fallimenti relazionali, naturalmente in primis, quello madre-bambino.

L’autostima, l’identità personale, l’esperienza di sé come soggetto avente un’esistenza propria, autonoma e duratura nel tempo, dipendono da specifiche relazioni di accudimento/attaccamento, costruite a partire dalla nascita, con le persone significative dell’ambiente. Di qui la necessità di intervenire sul contesto che dà origine alle configurazioni del Sé, per prevenire, se possibile, le condizioni che possono strutturarlo in modo patologico. Il senso di sé, secondo Stern (1988), è infatti il principio organizzatore dello sviluppo mentale e dell’esperienza.

Possiamo schematizzare il processo di strutturazione del Sé:

Senso del Sé nucleare Strutturazione: 2 – 6 mesi	Sé come: - Entità agente - Entità coesa
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Entità continua nel tempo - Entità dotata di propria affettività
Senso del Sé soggettivo Strutturazione: 1 anno	Scoperta della mente dell'altro - Interintenzionalità - Interaffettività
Senso del Sé verbale Strutturazione: 15-18 mesi	Scoperta del gioco simbolico Nascita della funzione riflessiva
Senso del Sé narrativo Strutturazione: 3 anni	Il bambino inizia a raccontarsi

ed il processo di ristrutturazione del Sé (*P. Charmet, 2000*) come segue:

Fasi del Ciclo di Vita	Compiti evolutivi
Adolescenza	<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione - Identità sessuale - Nuovi legami
Prima età adulta	<ul style="list-style-type: none"> - Inserimento mondo del lavoro/Univ. - Autonomia dalla famiglia - Costituzione della coppia
Life long self regulation	<ul style="list-style-type: none"> - Adattamento

La pregenitalità, come premessa alla vita adulta sostanzia proprio quel processo di ristrutturazione del sé nel passaggio dall'autoerotismo ad un erotismo riproduttivo, cioè da una condizione di rivolgimento verso di sé ad una progressione verso l'altro, dapprima rappresentato dallo stesso sesso nel gruppo dei pari, e poi dal sesso opposto, dove può avvenire la prima formazione della coppia, secondo cicliche soggettive alternanze. Molti comportamenti sintomatici disadattivi trovano espressione proprio in questo periodo dello sviluppo e sono la testimonianza del non completo passaggio dalla pregenitalità alla genitalità. Anche in queste fasi dello sviluppo si possono individuare i prodromi di organizzazioni patologiche della personalità.

Molti AA. però si concentrano maggiormente sul periodo evolutivo della prima infanzia e sull'influenza che determinati sentimenti e comportamenti ambivalenti o di rifiuto reiterati dalla madre possano contribuire pesantemente all'introduzione di elementi psicopatologici nel quadro complessivo della personalità in formazione, forse anche nel tentativo di individuare una logica eziopatogenetica più esaustiva.

Un aspetto fondamentale del nostro discorso sulle potenzialità patologiche che possono interferire nello sviluppo della personalità, attiene alla sfera delle dinamiche intrapsichiche del mondo simbolico interiore e ci rimanda all'infanzia, quando il bambino gioca e fantastica rappresentando il mondo dentro di sé attraverso un processo continuo interattivo con la madre e con l'ambiente.

Piaget descriveva il processo di "equilibrizzazione" utilizzando i concetti di assimilazione ed accomodamento, ma non si può intendere tutto questo solo come un'interazione meccanica, legata ad aspetti autocorrettivi degli schemi senso motori, operatori, simbolici e così via. Questa interazione continua nell'ambiente si attua anche attraverso dinamiche identificativo proiettive: il bambino connota emotivamente, o meglio ancora affettivamente, l'ambiente circostante. Nel gioco o più semplicemente nell'espressione esplorativa spontanea, l'individuo conosce il mondo e lo fa lasciando parti di sé, proiettando appunto stati psichici affettivi che si legano alle situazioni, all'ambiente, alle figure parentali, personalizzandoli, per poi introiettarli nuovamente e ricollocarli in una trama interiore complessa di significati. Tutto questo appartiene ad un processo di costruzione simbolica della realtà per unità discrete, con attribuzione di significato ma anche, più precocemente, attraverso l'introjezione di stati emozionali, legati a termini di piacevolezza o spiacevolezza rispetto a stimoli analogici provenienti dalle figure affettive primarie, dove viene coinvolto il processamento dell'informazione in termini sub simbolici secondo una dimensione continua, e l'attivazione della memoria implicita procedurale che ci rimanda agli studi sulle Rappresentazioni di Interazioni Generalizzate, le RIG di Stern (1985), agli Internal Working Models di Bowlby (1969), o al Core Conflictual Relational Theme di Cristoph e Luborsky (1990), cioè a quei fenomeni di imprinting analizzati dall'*Infant Research*, ritenuti importanti per l'organizzazione psicologica del bambino e la futura costruzione affettiva della realtà. In questo ambito un aspetto importante che sembra influenzare fortemente le dinamiche dell'attaccamento all'interno della relazione madre bambino, riguarda il ruolo delle emozioni sociali complesse, ed in particolare quelle che possiedono una valenza inibitoria, in grado di trasmettere una "affettività negativa" che sembra tradursi nel tempo in un significato inadeguato per il bambino, del "non sentirsi competenti e accettati". Si struttura così una rappresentazione di sé equivalente ad un individuo non gradito, inadeguato, indesiderato, un Sé di cui ci si deve vergognare. Nella relazione diadica madre-figlio, quando la madre esprime un Super-Io che induce sentimenti negativi come questi, esiste in lei il desiderio non cosciente che il bambino agisca come "riparatore" della sua inadeguatezza interna. Ma se il bambino non sarà, come è probabile che sia, in grado di farlo, ma anzi evocherà inconsapevolmente ulteriori sentimenti di "vergognosa inadeguatezza", gli verrà attribuito sul piano cosciente, il ruolo dell'induttore del disagio e dell'inadeguatezza. Nel mondo psichico del figlio troverà spazio un oggetto distruttivo, clonazione dell'introjettato materno, che non potrà essere elaborato e contenuto.

Il bambino è proteso naturalmente verso il primato dell'essere significativo per la madre, o per altra figura affettiva significativa presente. I sentimenti squalificanti che trasmettono l'idea del sentirsi non compreso o non amato o non apprezzato o rifiutato, o quelli che inibiscono il senso interpersonale del "sentire di aver realizzato qualcosa" ed essere apprezzato, agiscono nei primi mesi di vita come veri e propri "organizzatori primari".

Le ricerche dell'*Infant Research* hanno da tempo posto l'attenzione a questi aspetti dinamici della cosiddetta "trasmissione transgenerazionale" delle emozioni, ed alla regolazione degli affetti, su cui poggia il meccanismo motivazionale che caratterizza il processo di attaccamento.³

Dimensione simbolica interiore

Rimanendo nell'ambito del processo di costruzione simbolica della realtà e sue rappresentazioni, non possiamo ignorare che alcune generazioni addietro i bambini si "nutrivano psichicamente" anche del mondo fantastico delle fiabe, tanto che realtà e immaginazione divenivano una grande palestra di allenamento psichico in cui si potevano sperimentare desideri e fantasie, dove trovavano spazio e collocazione le spinte di odio, di amore o di paura. Nei processi educativi attuali, questo spazio viene

³ Parlando di regolazione degli affetti, è da prendere in considerazione il ruolo che hanno il gruppo e la cultura in generale, nei sistemi regolatori degli affetti. È evidente come gli effetti sulla regolazione dell'emozione dei gruppi e della cultura, che agiscono a livello inconscio, abbiano più influenza sugli umani che non le regole culturali, consapevoli, basate sulle parole che la cultura offre. Le culture sincronizzano o desincronizzano i propri membri a livello psicobiologico. Si è pensato alla funzione di oggetto-Sè della psicoanalisi kohutiana, come ad un regolatore psicobiologico esterno degli stati interni.

sacrificato nel nome della razionalità, della produttività e dell'efficientismo, e il mito di Babbo Natale, tanto per fare un esempio, non induce più neppure curiosità. Dobbiamo pensare che i bambini avvertono gli aspetti incongrui nei messaggi degli adulti, così come le omissioni, e quindi sanno oggi come sapevano un tempo che probabilmente anche la favola di Babbo Natale faceva parte di un gioco simbolico, fantastico e divertente; non era importante allora, come non lo sarebbe oggi, conoscere la verità a tutti i costi; non era vitale scomporre tutti i risvolti di quella magia e non era necessario arrivare a tutte le risposte, perché intimamente quel gioco in cui partecipavano adulti e bambini era comunque caldo, accogliente e divertente, e in quella finzione collettiva, veicolo di relazione e vicinanza, di gioco e di scambio, tutti si ritrovavano e ricomponavano il ricordo del loro essere stati bambini a loro volta. Ed anche attraverso le narrazioni che gli adulti facevano, relativamente ad episodi reali e fatti accaduti nella loro stessa vita, o la rielaborazione delle semplici esperienze quotidiane, veniva rappresentato quel personaggio speciale che era il bambino stesso, che imparava così a percepirsi come parte integrante di una trama, di una storia familiare entro cui comporre e consolidare la propria identità di individuo appartenente. I vari elementi simbolici della realtà, così come quelli allegorici rappresentati dalla fantasia, si organizzavano in strutture psichiche che incorporavano significati complessi, anche ambivalenti ma che avevano sempre in sé un carattere psicoaffettivo.

Insomma lo spazio simbolico offerto dalle relazioni, dal gioco e della fantasia diveniva per il bambino un cuscinetto di protezione, un "airbag psicologico" contro future le frustrazioni della vita, e comunque aveva lo scopo di costruire dentro il sistema psichico tutti quei riferimenti su cui la personalità poteva gettare le basi di sviluppo. In questo modo si imparava ad interagire col mondo esterno e con quello interno, e in un riflesso speculare l'ambiente intorno trovava senso e significato, si ordinava in una rete di riferimenti interiori che davano senso affettivo all'esistenza.

Alcune chiavi simboliche classiche del mondo fiabesco, vengono recuperate in verità anche oggi, nelle trame avventurose di nuovi personaggi di fantasia, ispirati a maghi, folletti, elfi, streghe, nella eterna lotta del bene contro il male ect... In questi personaggi però e fortemente accentuato l'elemento estetico non disgiunto dalle abilità, in un compendio di "bellezza vincente" che incarna implicitamente i miti consumistici mediatici più diffusi. Ma se una parvenza simbolico dinamica sopravvive, se pur con variazioni di forma e contenuto adeguati ai tempi, sembra che questa sia veicolata dagli strumenti mediatici e non dalle relazioni interpersonali: in altre parole si assiste sovente all'utilizzo della televisione, del computer o del fumetto, ma in un alveo solipsistico, svuotato dall'interazione affettiva che determinava il connubio tra mondo fantastico e realtà, tra storie vissute e immaginate, tra proiezione di desiderio e identificazione con le figure affettive familiari. Il simbolo riamane vuoto, non si incarna più in ideale vivente, diviene anzi ispirazione per una sempre più diffusa fuga dalla realtà, verso un mondo appagante, stimolante, e perfetto, in antitesi con l'inaccettabile e deludente "normalità" offerta dalla realtà. In questo vi sono molte affinità con fenomeni patologici di isolamento ed evitamento come l'IAD (Internet Addiction Disorder), o con altre forme di *exercise addiction*, più o meno palesi.

Pur non affrontando il tema di natura squisitamente sociologica che riguarda il fenomeno di destrutturazione del sistema familiare tradizionale o l'emergenza di configurazioni familiari nuove (famiglie ricomposte, mononucleari, multiethniche etc...) che sembrano generare un caos transazionale correlato a fenomeni di massa anomici, ammettiamo che questi sono intimamente connessi alle espressioni patologiche dello sviluppo cui facciamo riferimento.

La separazione tra stati di coscienza razionali ed irrazionali viene accentuata nella attuale cultura dominante, in cui materialismo e beni di consumo non sostituiscono e non rispondono al bisogno affettivo e sociale di relazione, e non forniscono di per sé il nutrimento affettivo del gioco, oggi sempre meno attività ludica spontanea e sempre più espressione finalizzata di abilità ed efficienza, continua performance propedeutica ai ritmi produttivi della vita futura.

La cultura che caratterizza questo nostro tempo, che qualcuno definisce come epoca del decadentismo post-moderno, e qualcun altro più semplicemente del benessere delle società avanzate, in cui la crisi dei modelli etici e dei valori e altre travolgenti trasformazioni sociali avrebbero stravolto il significato dell'esistenza dell'uomo facendolo "ripiegare su se stesso", è ormai un luogo comune dei mass media che si riferiscono alle ultime decadi di questo secolo come "l'era del narcisismo, un'epoca dove si

tende a collocare la percezione di Sé su un piano di superficie, fenomenico, estetico, fisico e pragmatico”.⁴

Gli aspetti irrazionali sono associati a quelli emozionali, e quindi letti nell’accezione dell’interferenza funzionale, come perdita di efficienza e adeguatezza. Al pari della vecchia “scatola nera”, la *black box* del pragmatismo comportamentista, la sfera emotiva, e quindi tutto ciò che è difficilmente incanalabile nei binari della razionalità efficientista, viene bandita con gli stati più profondi della personalità. La *self efficacy* ed i processi di *mastery* si impongono come concetti moderni, attuali ed adeguati al nostro tempo, tanto che siamo sempre più ciò che appariamo.

La profonda divaricazione funzionale dell’uomo produttore, ci divide dalla nostra scomoda natura, ma non per questo la domina e la soggioga: si ottiene piuttosto un proliferare di personalità solipsistiche su base schizoide, tanto che oggi si abusa direi impropriamente, del termine di disturbo di personalità multipla⁵, quando poi il “multiplo” o “molteplice” è solo un fattore represso in noi che esplose patologicamente e distruttivamente.

Queste carenze possono costituire anche un impasse evolutivo per la costruzione delle rappresentazioni mentali delle emozioni o di altre esperienze, comprese le rappresentazioni del mondo mentale degli altri, considerate da Fonagy (1991) una funzione che evolve precocemente nella vita - da quando il bambino sviluppa una "teoria della mente" - ed è strettamente legata al raggiungimento delle abilità di regolazione affettiva. Ricordiamo che la capacità di pensare e riflettere sugli stati emotivi propri e altrui viene indicata da Fonagy e coll. (1991), come "funzione auto-riflessiva" o più semplicemente, "funzione riflessiva" (Fonagy, Target, 1997).

Per altri (Mayer e Salovey, 1997) la “capacità di pensare sui sentimenti” individua sia la possibilità di riflettere su stati d’animo altrui che la capacità di regolare le emozioni. Come per l’intelligenza emotiva⁶, gli individui esprimono significative differenze nell’impiego della funzione riflessiva, e si presume che tali differenze siano indicative di modificazioni qualitative nella “mappatura rappresentazionale” delle emozioni e dell’esperienza di sé (Fonagy, Target, 1997)⁷.

⁴ C. Lasch (1978), *La cultura del narcisismo*, Bompiani, Milano, 1981.

⁵ Il Disturbo Dissociativo dell’Identità o DID, attualmente classificato nel DSM-IV e precedentemente classificato come Disturbo da Personalità Multipla è considerato la manifestazione della presenza di due o più distinte identità o stati di personalità che in modo ricorrente assumono il controllo del comportamento.

⁶ Sebbene abbia solo di recente conquistato l’interesse del pubblico, il costrutto di intelligenza emotiva è stato elaborato nella letteratura scientifica circa un decennio fa da Salovey e Mayer (1989/90) e deriva dai precedenti concetti di intelligenza sociale e intelligenza personale. Vogliamo ricordare Gardner (1983) che nel delineare la sua teoria delle intelligenze multiple descrisse due forme di intelligenza personale: l’intelligenza intrapersonale, cioè la capacità di accedere alla propria vita affettiva, e l’intelligenza interpersonale, la capacità di leggere gli stati d’animo, le intenzioni e i desideri degli altri. Gardner (1983) considerava le due forme di intelligenze personali come abilità biologicamente fondate di elaborazione delle informazioni, dotate di differenti direzioni - una verso l’interno e l’altra verso l’esterno - ma sempre comunque interconnesse. In ambito psicoanalitico queste capacità vengono sovente riferite all’autoconsapevolezza emotiva e ai fenomeni empatici. Queste abilità rappresentano il costrutto centrale nella definizione di intelligenza emotiva che Salovey e Mayer definirono originariamente come "la capacità di monitorare le proprie e le altrui emozioni, di differenziarle e di usare tale informazione per guidare il proprio pensiero e le proprie azioni". Tutto questo contempla il fatto che il sistema affettivo funzioni in parte come sistema di elaborazione delle informazioni e delle percezioni, tanto che gli AA sostennero che "i processi sottostanti l’intelligenza emotiva vengono attivati quando l’informazione affettiva entra per prima nel sistema percettivo".

⁷ Due recenti sviluppi in questo vasto settore della teoria e della ricerca attinente alle emozioni, provengono dall’introduzione del concetto psicologico di "intelligenza emotiva", divenuto popolare grazie al best-seller di Goleman (1995), e dalla scoperta dei meccanismi cerebrali delle emozioni, descritti da LeDoux (1996) nel suo libro "Il cervello emotivo". Ma mentre le ricerche di LeDoux e di altri hanno chiarito molti aspetti neuroanatomici e neurofisiologici dell’elaborazione emotiva, Goleman ha enfatizzato soprattutto le differenze individuali degli aspetti psicologici e funzionali delle emozioni. Con il termine di “Intelligenza Emotiva”, Goleman intende una miscela equilibrata di motivazione, empatia, logica e autocontrollo, che consente, imparando a comprendere i propri sentimenti e quelli degli altri, di sviluppare una grande capacità di adattamento e di convogliare opportunamente le proprie emozioni, in modo da sfruttare i lati positivi di ogni situazione. Il termine si riferisce alla "capacità di riconoscere i nostri sentimenti e quelli degli altri, di motivare noi stessi, e di gestire positivamente le nostre emozioni, tanto interiormente, quanto nelle relazioni sociali". Sono

Il progressivo impoverimento del tessuto simbolico interiore, e la difficoltà di porre tra noi e l'ambiente una distanza psichica, uno spazio che offra alla coscienza la possibilità di espandersi e riorganizzarsi in nuovi ambiti di significato, costituisce sempre più la premessa per una organizzazione psicologica fondata sull'immediato, sul dato percettivo, sui principi di piacere dolore, sull'acting out.

Abbiamo già sottolineato - parlando del *mismatch* evolutivo - come lo sviluppo tecnologico e l'utilizzo sistematico di strumenti e mezzi tecnologicamente avanzati, non sia in sintonia (e in sincronia) con i tempi evolutivi psicologici: possiamo dire che l'individuo ed il sistema non producono una sufficiente maturazione intellettuale e culturale, capace di assimilare adattivamente o egosintonicamente le innovazioni. Già questo la dice lunga sul fatto che l'uomo risponda in termini pragmatici a qualcosa che non è il frutto di motivazioni intrinseche sue proprie, e che quindi non può integrare o comprendere pienamente, e sembra dunque condannato - come direbbe Fromm - ad una condizione di alienazione. Si attua così una condizione paradossale che vede l'uomo molto evoluto tecnologicamente e primitivizzato interiormente.

Potrebbe essere calzante a tal proposito il mito di Fetonte, dove si narra che questi ottenne da suo padre il Sole, di condurre il suo carro astrale. Pieno di esultanza ed entusiasmo iniziò a percorrere gli itinerari celesti, pervaso da un senso di esaltazione e libertà. Questi sentimenti però si rivelarono fallaci e fuorvianti: il suo lato umano prese il sopravvento e produsse squilibrio e nocimento agli ordini naturali. Fu così che Giove lo uccise. Il desiderio di libertà e di onnipotenza rivelarono tutto il lato più vulnerabile ed inadeguato di sé, rispetto alla realtà.

Oggi i "nuovi primati della volontà sull'intelletto" secondo la logica schopenhaueriana⁸, sono rappresentati dagli aspetti irrazionali, inconoscibili come quelli che per definizione sono detti tali perché appartenenti al mondo della non coscienza, ma che non si individuano come contenuti rimossi o desideri inappagati, e che l'intervento psicoterapeutico reintegrerebbe riportandoli alla coscienza. Si tratta piuttosto di parti del sé ignorate, oscure, primordiali perché non evolute, mai conosciute e sperimentate dall'Io e quindi mai integrate, neppure temporaneamente nella crescita ontogenetica.

Così la natura che nel nostro discorso è rappresentata dalla "volontà" si può imporre, in modo estemporaneo e primitivo secondo una modalità primaria e primordiale.

Come possiamo dare un nome, una collocazione di senso, a ciò che non ha visto luce e che non si è mai affacciato nel mondo simbolico della coscienza, a ciò che è anomico e che non è mai stato identificato o integrato nel noi sociale, ma che vive nella trama profonda dell'implicito.

Il fare senza un mondo interiore di significati che lo abbia partorito crea in noi dei mostri, ed i mostri agiscono per noi. Quando le ansie, le paure, le frustrazioni dei bisogni anche semplici o primari diventano insopprimibili o incontenibili, trovano vie di espressione più diretta, non potendo essere collocate in un mondo interiore che contempra "il bene ed il male", le luci e le ombre della coscienza razionale e di quella emozionale, o più semplicemente della nostra umana natura.

abilità complementari ma differenti dall'intelligenza, ossia da quelle capacità meramente cognitive rilevate dal Q.I., che rappresenta l'indice generale delle facoltà cognitive.

Tra queste abilità complementari rientrano ad esempio la capacità di motivare se stessi e di continuare a perseguire un obiettivo nonostante le frustrazioni; la capacità di controllare gli impulsi e rimandare la gratificazione; la capacità di modulare i propri stati d'animo evitando che la sofferenza ci impedisca di pensare; la capacità di essere empatici e di sperare. Più in generale, alla base dell'intelligenza emotiva ci sono due grosse competenze, caratterizzate rispettivamente da abilità specifiche.

Il concetto ha trovato un rinnovato interesse del pubblico grazie ai best-seller di Daniel Goleman: "Intelligenza emotiva" (Rizzoli, 1997) e "Lavorare con l'intelligenza emotiva" (Rizzoli, 1999), benché la letteratura scientifica, come abbiamo detto, se ne occupi già da circa un decennio .

⁸ Per Schopenhauer la volontà intesa come un'oscura forza indisponibile e ingovernabile (concetto che troviamo al centro del capolavoro di Schopenhauer, *Il mondo come volontà e rappresentazione*) trova per il filosofo nel corpo e nei suoi movimenti un'espressione priva di mediazioni. Un profilo, una postura, la maniera di un gesto esprimerebbero dunque un senso metafisico profondo, più autentico delle astrazioni dell'intelletto. L'ipotesi che mantiene una indubbia dignità teoretica, viene qui riutilizzata per sottolineare l'incapacità di mediare l'azione distruttiva dei comportamenti sintomatici, in assenza di un substrato simbolico interiore sufficientemente organizzato intorno ad un Io sintonico e adattivo.

Quando il farmaco si sostituisce alla relazione

Il mondo adulto, di fronte alle richieste incomprensibili delle giovani generazioni, risponde sovente con disagio ed inadeguatezza, utilizzando modalità di stigmatizzazione ed evitamento. Non è infrequente poi, che di fronte ad espressioni comportamentali eccessive o eccentriche “pseudo sintomatiche”, si utilizzi il farmaco come sostitutivo dell’interazione relazionale (non solo in ambito terapeutico). Non intendiamo negare l’importanza del farmaco come risposta all’evento francamente critico, e come questo si riveli di fondamentale importanza per un “aggancio” con la sofferenza, ma poi occorre effettuare una valutazione del contesto e dell’individuo dentro il sistema di vita, secondo una visione olistica, che permetta di reinterpretare e riorganizzare gli elementi legati alle esigenze esterne ed alle risorse intrinseche dell’individuo. Oltre al fatto che, da un punto di vista epistemologico, la posizione del *caregiver* che utilizza come veicolo di trattamento esclusivamente il farmaco, concepisce un’interazione terapeutica che ha come soggetto non la persona, ma l’aspetto sintomatico, escludendo qualsivoglia visione complessa a favore di una riduzionistica, lineare ed antitetica rispetto a quella olistico-sistemica. Non tenere presente questi parametri significa andare verso un’idea di trattamento farmacologico patologicizzante e cronicizzate, oppure spingere con la “pressione terapeutica” l’individuo a compiere scelte di cui non è capace cognitivamente o emotivamente, o sufficientemente consapevole, ingenerando stati conflittuali di stallo con possibili cadute depressive.....

Nell’edizione del DSM del 1980 apparvero 32 nuove malattie dell’infanzia e dell’adolescenza, tra cui la famigerata ADHD, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, cioè “Malattia da deficienza di attenzione e iperattività”. Così se un bambino di 6 anni è pieno di energia e non sta mai fermo o preferisce giocare invece di fare i compiti di scuola, o tantopiù si intromette nelle vostre conversazioni o interferisce nelle faccende quotidiane, ha l’ADHD che, secondo illustri colleghi, dovrebbe essere “curata” con il metilfenidato.

Il metilfenidato è una vera e propria droga con effetti praticamente uguali a quelli della cocaina e delle anfetamine, ma con danni alla salute mentale e fisica ancora più gravi.

In uno studio della DEA, l’ente governativo statunitense si legge: “All’uso prolungato di metilfenidato sono stati associati episodi psicotici, illusioni paranoiche, allucinazioni e comportamenti anomali, simili alla tipica tossicità delle anfetamine. Sono state riportate gravi conseguenze fisiche e la possibilità di morte”. Anche senza abusi di somministrazione, gli effetti collaterali includono: “cambiamenti di pressione sanguigna, angina pectoris, perdita di peso, psicosi tossica. Durante la fase di astinenza c’è la possibilità di suicidio”.⁹

Citiamo alcuni dati tratti da studi epidemiologici accreditati attinenti la *frequenza dei disturbi psichici*, nelle giovani generazioni:

- si stima che oggi vivano 400 milioni di persone affette da disturbi mentali o problemi psichici (Saraceno. OMS, 2001);
- studi internazionali rilevano che circa il 25% della popolazione occidentale di età superiore a 18 anni, nel corso di un anno, soffre di almeno un disturbo mentale significativo, di cui solo il 10% accede a trattamenti specialistici (Tansella, Girolamo, 2001);
- il 3,8% della popolazione italiana oltre i 18 anni riferisce di soffrire di un disturbo psichico: si tratta di 2.170.000 persone (Rilevazione ISTAT 2000);
- secondo studi americani, il 74% dei disturbi psichici dell’adulto è preceduto da manifestazioni di grave disagio psichico nell’età infantile e adolescenziale (Roberts e al., 1998);
- l’incidenza dei disturbi psichici nella popolazione infantile e adolescenziale (1- 19 anni) oscilla dal 17,6% al 22% (Costello e al., 1996)
- studi americani affermano che, per la maggior parte dei bambini e degli adolescenti con problemi comportamentali ed emozionali, l’unico contatto specialistico è con il pediatra (Kelly, 2000).

Vi sono anche ragioni economiche che sottolineano il grande spreco di risorse umane e lavorative associate alle condizioni di sofferenza mentale, ad esempio studi anglosassoni hanno rilevato che nell’arco di un anno è andato perduto in Gran Bretagna un totale di 92 milioni di giornate lavorative a causa di disturbi psichici, di cui solo il 16% imputato a disturbi psicotici (Kavanagh, 1994); mentre in termini di mortalità, i problemi di salute mentale contribuiscono per l’8,1% al totale complessivo degli

⁹ Queste ed altre informazioni sono contenute nella *Guida all’uso dei farmaci per i bambini*, distribuita dal Ministero della Salute, Direzione generale della valutazione dei medicinali e della farmacovigilanza.

anni di vita perduti evitabili, di contro al 9% ascrivibile alle malattie respiratorie, al 5,8% al cancro e al 4,4% relativo ai disturbi cardiovascolari (Desjarlais et al, 1995). Il disagio psichico adolescenziale sovente esita in un adattamento sociale che comporta prospettive di vita molto al di sotto delle potenzialità individuali (Anepeta, 2000)

C'è l'idea che alla base di diffuse sintomatologie disadattive o invalidanti, che oggi sembrano interessare sempre più ampie fasce di popolazione giovanile, vi siano disfunzioni della personalità o quadri psicopatologici che sempre più si iscrivono all'interno delle dinamiche delle relazioni umane.

I tempi del tempo

Le giovani generazioni cercano risposte e lo fanno a loro modo, con i loro tempi, mezzi e strumenti. Cercano di sfuggire ad una angoscia esistenziale che sarebbe la risposta più naturale ad un mondo "paradossale" come questo nostro, attuale. Ma al di là delle luci e delle ombre del consumismo e del benessere tecnologico, si cercano ancora risposte vere e di autenticità che diano senso all'esistenza, e lo si fa anche in modo deviante, nel senso che devia rispetto a qualcosa, da definirsi come trasgressivo (ma rispetto a quali norme?), illogico (ma rispetto a quale logica?) o patologico (ma secondo quali "criteri di normalità"?).

E' significativo pensare come il mondo adulto sembri arrendersi oggi, impotente, di fronte alla distanza generazionale, alla difficoltà di utilizzare relazioni e linguaggi appropriati per interloquire con il giovane, utilizzando una comunicazione che dovrebbe essere prima di tutto affettiva, e non legata all'utilizzo di beni materiali sostitutivi, che per troppo tempo hanno funzionato come surrogati della mancanza di attenzione, di vicinanza e di comprensione autentica.

Dunque il tempo individuale ha bisogno di tempo. Tempo da sottrarre alle cose razionali e all'efficientismo, tempo da offrire agli affetti, alle emozioni, alle relazioni, tempo per poter crescere e conoscersi interiormente, tempo per imparare a riconoscere dentro di noi il piacere ed il dolore che talvolta urlano, o piangono o sorridono, e trovare un mondo di senso-che-dia -senso alla nostra esistenza.

Riferimenti Bibliografici

Ammaniti M (a cura di), *La nascita del Sé*, Laterza, Bari, 1996.

Bowlby, J. [1977], trad. it. *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1982.

Bowlby, J. [1977], trad. it. *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1982.

Bowlby, J., [1969], trad. it. *Attaccamento e perdita*, vol 1, L'attaccamento alla madre, Boringhieri, Torino, 1972.

Bowlby, J. [1980], trad. it. *Attaccamento e perdita*, vol 3, La perdita della madre, Boringhieri, Torino, 1983.

Bowlby, J., [1973], trad. it. *Attaccamento e perdita*, Vol 2, La separazione dalla madre, Boringhieri, Torino, 1978.

Bruner J. [1990], trad. it. *La ricerca del significato*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992.

Bruch H.C., *Four Decades of Eating Disorders*, in: Garner D.M., Garfinkel P.E. (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, New York, Guilford, 1985.

Cagossi M. [2000], *Vivere con i mondi virtuali. Psicoanalisi, simulazione e menti informatiche*, Attualità in Psicologia, 15(3), 264-280.

Cantelmi T., Talli M., Del Miglio C., D'Andrea A. [2000], *La mente in internet. Psicopatologia delle condotte on-line*, Piccin.

Costello E.J., Angold A., Burns B.J., Erkanli A., Stangl, D.K, Tweed D.L. [1996], *The Great Smokey Mountains Study of youth: Functional impairment and serious emotional disturbance*, Archives of General Psychiatry, 53 (12), 1137-1143.

Luborsky L., Crits-Christoph P. [1990]. *Understanding Transference: The CCRT Method*. New York, Basic Books, trad. it.: Capire il transfert, Milano, Cortina, 1992.

Eagle M.N. [1984], *La psicoanalisi contemporanea*, Laterza, Roma, 1997.

Eagle M. N., "Il concetto di narcisismo in Freud e il suo rapporto con la Psicologia del Sé e la teoria delle relazioni oggettuali", *Quaderni Associazione Studi Psicoanalitici*, 6, 1992.

Erikson E. [1968], *Gioventù e crisi di identità*, Ed. Armando, Roma, 1974.

- Fonagy P *et al.* [1995], Attachment, the reflective self, and borderline states, In: Goldberg S., Muir R. & Kerr J. (eds), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*, Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Fonagy P. [1996], Attaccamento, sviluppo del Sé e sua patologia nei disturbi di personalità, *Kos*, 129: 26-32. Discussione di Giovanni Liotti: Il nucleo del Disturbo Borderline di Personalità: un'ipotesi integrativa [1999].
- Fonagy P. [1996], Attaccamento, sviluppo del Sé e sua patologia nei disturbi di personalità, *Psychomedia*, 1999.
- Gershon E., Hamovit J., Guroff J., Nurnberger J., *Birth-cohort changes in manic and depressive disorders in relatives of bipolar and schizoaffective patients*, Arch. Gen. Psychiatry, 1987.
- Gioanola E., *Fondamenti ideologici del decadentismo*, in: Il decadentismo, Editrice Studium, Roma, 1972, pp 26-49.
- Goleman D., *Intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano, 1997.
- Goleman D., *Lavorare con l'intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano, 1999.
- Kohut, H. [1971], trad. it. *Narcisismo e analisi del Sé*, Boringhieri, Torino, 1976.
- Lasch C. [1978], *La cultura del narcisismo*, Bompiani, Milano, 1981.
- LeDoux, J.E. [1996], *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*, Simon and Schuster, New York, tr.it. Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni, Baldini & Castoldi, Milano, 1997.
- Maturana H.R., Varela F.J., *Macchine ed esseri viventi, L'autopoiesi e l'organizzazione biologica*, Astrolabio, Roma, 1992.
- Mayer, J.D., Salovey, P. [1997], *What is emotional intelligence?* in Salovey P., Sluyter D.J., (Eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence: Educational Implications*, Basic Books, New York.
- Moles A., *Che cos'è il Kitsch*, in: Il Kitsch. L'arte della felicità, Roma, Officina Edizioni, 1979.
- Moles A., *La totalità degli oggetti: la sovrabbondanza*, in: Il Kitsch. L'arte della felicità, Roma, Officina Edizioni, 1979.
- Moles A., *L'inserimento del Kitsch nella vita quotidiana*, in: Il Kitsch. L'arte della felicità, Roma, Officina Edizioni, 1979.
- Pani L, *Is there an evolutionary mismatch between the normal physiology of the human dopaminergic system and current environmental conditions in industrialized countries?* Mol. Psych., 2000, In Press.
- Puleggio A., *Evoluzioni psicopatologiche dall'adolescenza all'età adulta di fattori potenziali nelle condotte di addiction*, in *Piacevolissimevolmente Sport, Psicologia e Prevenzione nella Pratica Sportiva* (a cura di Puleggio A.), dipartimento Dipendenze – Azienda USL N°6, Livorno 2002, 184-199.
- Roberts, R.E., Attkisson, C.C., Rosenblatt A. [1998], *Prevalence of psychopathology among children and adolescents*, American Journal of Psychiatry, 155(6), 715-25.
- Stern D., *Le interazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica*, Raffaello Cortina, Milano, 1998.
- Stern A. [1938], *Psychoanalytic investigations and therapy in the borderline group of neuroses*, *Psychoanal. Q.*, 7: 467-489.
- Stern D. N. [1977], *Le prime relazioni sociali: il bambino e la madre*, Armando, Roma, 1982.
- Stern D. N. [1985], *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Watts J. [2002], *Public health experts concerned about "hikikomori"*, *The Lancet*, 359.
- Tansella M. (a cura di), *L'approccio Epidemiologico in Psichiatria*, Boringhieri, Torino, 1994.
- Winnicott, D. W. [1967], trad. it. *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1974.
- Winnicott, D. W. [1953], trad. it. *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott, D. W. [1960], trad. it. *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1970.
- Young, K.S. [1998], *Presi dalla rete. Intossicazione e dipendenza da internet*, tr. it. Calderoni Ed. Agricole, 2000.

ANTONIO PULEGGIO

Psicologo, Psicoterapeuta e Mediatore Familiare, Vice Presidente della SIRP Società Italiana di Psicoterapia Relazionale di Lucca, Docente a contratto presso Università di Pisa

FRANCESCO LAMIONI
LA CENTRALITA' DEI VALORI NEL CAMMINO PERSONALE VERO IL BENESSERE

Estratto

In ambito psicologico il perseguimento del benessere dovrebbe venire inteso come la capacità dell'individuo d'intraprendere un percorso rivolto al bene; al proprio bene.

Compito della psicologia, allora, sarà quello di facilitare la persona in questo suo cammino, che potrà essere realizzato attraverso una relazione capace di assicurargli il pieno esercizio della propria volontà libera, in modo da esprimere la sua intima soggettività e umanità.

Tale espressione verrà a coincidere con l'attuazione di quelle potenzialità che sono proprie della natura specificamente umana. È tramite queste "umane virtù" che può trovare manifestazione la propria identità profonda, il Sé della persona.

Fare promozione della salute da questa prospettiva, però, significa richiedere alla psicologia di sapersi misurare e compromettere col delicato ambito dell'etica.

Immanuel Kant, massimo rappresentante dell'illuminismo tedesco, sul finire del Settecento, con un suo scritto celebre (*Critica della ragion pratica*, 1788) sancisce il passaggio dalla società pre-moderna a quella moderna.

In quest'opera fondamentale del pensiero occidentale, Kant definisce l'uomo come ente ragionevole finito capace di determinare il proprio agire e quindi soggetto morale autonomo. L'individuo attraverso la ragione individua quel comando interiore (imperativo categorico), indipendente da impulsi e da scopi soggettivi, che è la legge morale, cioè regola a priori universale e necessaria, dotata di carattere oggettivo.

Il pensiero di Kant, in qualche modo, può essere concepito come il punto finale, conclusivo, di un lungo e faticoso processo inauguratosi col Rinascimento.

Il Rinascimento nasce in Italia e si sviluppa nei secoli XV e XVI. Esso, quale nuovo e profondo movimento culturale, rappresenta essenzialmente una reazione al pensiero medioevale, e si specifica nel dichiarare con forza il valore incondizionato della persona umana, il ruolo e la forza creativa dell'uomo ed il predominio assoluto della ragione nella ricerca della verità.

Se durante il medioevo si ritiene che l'uomo non possa raggiungere la verità e la felicità senza l'aiuto di Dio, perché grava su di lui il peccato originale, il Rinascimento esalta il valore dell'individuo e attribuisce grande importanza alla volontà, inteso in senso tutto terreno, come impulso a operare nel mondo dell'esperienza.

Si realizza così una laicizzazione della cultura. Mentre prima si studiava la natura solo in quanto in essa si rifletteva la realtà divina, che aveva in Dio la sua origine e il suo fine, adesso il Rinascimento se ne occupa riconoscendogli un suo valore autonomo.

L'uomo si occupa della natura perché egli stesso fa parte della natura e da questa sente di venire vincolato; adesso, però, non è più ridimensionato e avvilito nelle proprie capacità dal potere della Chiesa e da regimi teocratici, ma sa confidare in se stesso e nelle sue possibilità di conoscenza e di dominio della natura. Sulla spinta della borghesia comunale si afferma una mentalità tecnico pratica, andando così ad essere superata l'antica frattura tra scienza e tecnica, tra teoria e pratica.

La prima fase del Rinascimento (quello umanistico, XV sec.) è caratterizzato dallo sviluppo degli studi sul mondo classico. Si scoprono nelle biblioteche e negli archivi i codici antichi, si studia l'autenticità dei testi, si torna infine a studiare il greco, anche per l'influsso dei dotti bizantini venuti in Italia nel 1439, in occasione del concilio di Firenze per l'unione delle Chiese, e poi in seguito alla caduta di Costantinopoli (1453) e la fine dell'Impero Romano d'Oriente per mano dei Turchi (Impero Bizantino).

La cultura greco-latina, così tornata alla luce, appare adesso tutta rivolta ai valori terreni della vita. Si riconosce allora che tra il mondo antico e quello medioevale non vi è stata alcuna vera continuità. Platone e Aristotele vengono studiati secondo la nuova critica filologica, indipendentemente dal pensiero cristiano e dall'interpretazione medioevale, che sulla base di esso se ne era stata data.

Lo studio del mondo antico, degli antichi autori, diventa il punto di partenza per una nuova concezione della vita, puramente terrena, in polemica con lo spirito medioevale orientato al trascendente. Nasce così l'educazione umanistica, nella quale le *humanae litterae* prendono il posto delle *divinae litterae*.

La seconda fase del Rinascimento (quello naturalistico, XVI sec.), invece, è caratterizzata da un'intensa attività di ricerca in ogni campo del sapere, che pur procedendo in modo ancora un po' caotico e senza lo stretto rigore d'indagine di tipo scientifico, avranno il loro punto d'arrivo proprio in Galileo e nella scienza moderna stessa.

Acquistano perciò importanza l'astrologia, la magia, l'alchimia e la matematica.

Esponenti di spicco di questa seconda fase saranno uomini come Leonardo da Vinci (1452-1519), Copernico (1473-1543), Keplero (1571-1630), per arrivare, appunto fino a Galileo (1564-1642), con la nascita del metodo scientifico sperimentale e l'inizio dell'età moderna (Bacone, 1561-1626; Cartesio, 1596-1650).

Nell'età moderna i grandi progressi compiuti dalle scienze, specialmente sperimentali e matematiche nell'indagine della natura, portano all'abbandono dei caratteri animistici e magici della filosofia naturalistica rinascimentale. La realtà viene esaminata nella sua oggettività; essa ha un ordine che è regolato da leggi ben definite, matematiche, che non possono essere in contrasto tra loro (meccanicismo newtoniano, 1642-1727).

L'indagine su di essa deve essere condotta con nuovi metodi, razionali e sperimentali. Perciò diventa di fondamentale importanza il problema del metodo, ovvero dell'ordine con cui la scienza deve condurre le proprie indagini, in modo da realizzare la conoscenza e il dominio sulla natura da parte dell'uomo.

Il grande valore di Cartesio, poi, consisterà nel riassumere in sé i principali motivi della filosofia del Rinascimento e nel farne il punto di partenza per il pensiero moderno; egli unirà, meglio di ogni altro pensatore del suo tempo, un fondamentale rinnovamento scientifico con un profondo rinnovamento filosofico.

Tra la fine del Seicento e quella del Settecento, in Europa, si sviluppò un nuovo movimento di pensiero, che prese il nome di Illuminismo. Esso intese estendere la critica razionale a tutta la realtà, cioè sottoporre ai "lumi della ragione" tutta l'esperienza umana.

Gli illuministi, mostrando una fiducia illimitata nella ragione, si animarono a revisionare criticamente tutta quella conoscenza che proveniva dal passato sotto forma di tradizione.

Occorreva lottare contro ogni oscurantismo medioevale, contro ogni pregiudizio e consuetudine.

L'illuminismo non si presentò come un movimento unitario, con un suo specifico pensiero filosofico e scientifico, ma come un'atmosfera che accomunava tutti i pensatori del secolo. Tra i motivi condivisi, il rifiuto dei problemi religiosi e delle religioni positive perché non indagabili attraverso la ragione. Gli illuministi svilupparono o una posizione deistica, riconoscendo una religione naturale, o una di tipo ateistica, negando ogni forma di trascendenza.

Vi fu inoltre il rifiuto dei problemi metafisici perché, come quelli religiosi, non possono essere affrontati con i dati dell'esperienza.

Infine si ritenne che occorresse diffondere al massimo e con ogni mezzo la cultura, con l'obiettivo di debellare le superstizioni e l'oscurantismo.

Sebbene l'Inghilterra fu la terra d'origine dell'Illuminismo, e Locke e Hume i rispettivi padri, è stata la Francia il paese in cui esso ebbe un maggiore sviluppo e diffusione.

Nella cultura francese, ancora impregnata di razionalismo cartesiano, trovano un largo consenso e una profonda divulgazione le opere di Locke e di Newton.

L'importanza e l'originalità degli illuministi francesi stanno nella forza polemica, nella fiducia di poter sostituire a una società travagliata da problemi economici, politici, sociali e religiosi, una società ordinata razionalmente.

Così trasformarono il loro pensiero in un'arma per la borghesia, tesa alla conquista del potere.

L'illuminismo è strettamente legato con il pensiero scientifico e con lo sviluppo delle ricerche e i risultati ottenuti nelle singole scienze

Le grandi opere degli scienziati del seicento contribuiscono a diffondere quella fiducia assoluta nella ragione che è una delle caratteristiche del pensiero illuministico, così come quest'ultimo risulta a sua volta di sprone alle nuove ricerche. Il primato passa dalla matematica alle scienze naturali, ma la stretta unione tra filosofia e scienza, realizzatasi nel Seicento, prosegue anche nel "secolo dei lumi".

Non si hanno più le grandi e vistose scoperte del secolo precedente, ma un metodico e costante progresso in tutte le discipline scientifiche, e in particolare in alcune che prima erano state trascurate, come la biologia, l'elettrologia e la chimica.

Ma tornando allora al pensiero kantiano, si può dire che esso costituisce il punto d'arrivo di tutta la filosofia del Seicento e Settecento.

Con Kant e la fase matura del suo pensiero, quello critico, la ragione viene messa sotto giudizio nella sua pretesa di non avere limiti.

Se gli illuministi, però, mostrando una fiducia totale nella ragione, la impiegarono per indagare e giudicare razionalmente tutta l'esperienza umana, Kant, in perfetto atteggiamento illuministico, operò una critica della ragione stessa.

Nel Rinascimento la ragione viene ri-conosciuta come strumento per la verità; con Cartesio e la nascita del pensiero scientifico, l'attività di pensiero razionale diviene fondamento dell'umana esistenza (è il *cogito ergo sum*). Infine, con Kant la ragione, attraverso l'*io penso*, si fa principio supremo che dà unità alla molteplicità fenomenica; esso è la stessa attività sintetizzatrice dei dati dell'esperienza.

Ma se per Kant nel processo conoscitivo l'intelletto è condizionato e limitato dall'incontro con l'esperienza, quindi dalla realtà fenomenica, privandosi per questo di un approccio conoscitivo al trascendente, la ragione diviene addirittura strumento di libertà in ambito morale; difatti l'uomo è del tutto libero proprio in quanto essere razionale. In altre parole è solo la ragione pura, che pura non è in senso speculativo, ad aver necessità di critica, non la ragione pratica, che invece è davvero pura.

Però, mentre sul piano sociale, con Kant, alla persona viene definitivamente riconosciuto la capacità di autodeterminarsi attraverso una “ragione pratica, pura”, occorreranno ben duecento anni prima che tale riconoscimento sia assorbito anche in ambito sanitario. Cioè, il passaggio dall’epoca pre-moderna, che viene fatta coincidere con l’*etica medica*, a quella moderna, ovvero la recente *bioetica*, viene realizzato con due secoli di ritardo.

Possiamo, per comodo, sintetizzare l’etica medica come quell’impostazione complessiva che regola l’interazione medico-paziente, basata su di un ideale medico di tipo “paternalistico benevolo” e su di una posizione di fideistica obbedienza del paziente, nel segno dell’alleanza terapeutica.

Diversamente, l’impostazione concepita in epoca di bioetica prevede che medico e paziente, dopo aver sancito un contratto di prestazione d’opera, scelgano consensualmente il percorso terapeutico. In questo caso, l’ideale medico sottostante che anima e definisce la relazione è quello di un’autorità democraticamente condivisa.

Sempre in ambito sanitario, ma questa volta specificamente nell’ampia area della cura psicologica, tale passaggio è avvenuto più rapidamente e forse anche in modo meno sofferto. Non è un caso, evidentemente, che suddetta acquisizione si sia realizzata in un contesto dove lo strumento terapeutico è rappresentato dalla relazione stessa.

Ma anche nella scienza psicologica è stato necessario pazientare, affinché venissero a determinarsi le condizioni per un rivoluzionario salto d’impostazione.

Dapprima, infatti, la psicoanalisi e la psicologia dinamica in genere ha conservato e sostanzialmente una relazione terapeuta-paziente di tipo one-up/one-down, pagando un prezzo inevitabile al contesto scientifico, medico-clinico, di provenienza. D’altra parte Freud era un medico e da tale si è comportato anche quando ha fatto lo psicologo.

La seconda forza della psicologia, poi, il Behaviorismo, nel suo pragmatismo positivista tutto proteso ad inserire di diritto la scienza psicologica tra quelle naturali, ha esaltato la distanza terapeuta-paziente attraverso un’ottica ferocemente oggettivizzante, andando a sostituire l’ideale paternalistico adottato in campo medico, con quello tecnicistico dello scienziato.

La svolta, quindi, si verrà a verificare solo in seguito all’emergere di quell’innovativa corrente psicologica fondata da Maslow negli anni sessanta (la Psicologia Umanistica), all’interno della quale trovano collocazione ed un ordine classificatorio numerosi indirizzi psicoterapeutici, ognuno dei quali riconoscibile per caratteristiche distintive proprie.

Pur nelle loro diversità, però, essi sono accomunabili per il riconoscimento della persona quale soggettività capace di autodeterminarsi, dotata di qualità e potenzialità uniche, e soprattutto motivata all’autorealizzazione.

È all’interno di questa visione antropologica che vengono a ridefinirsi inevitabilmente le posizioni tra paziente (cliente) e terapeuta; pur nel riconoscimento delle specifiche competenze tecnico-professionali di quest’ultimo, oramai non si giustifica più una relazione del tipo one-up/one-down.

Terapeuta e cliente si trovano adesso a relazionarsi dal medesimo piano, legati da un contratto di prestazione d’opera, in cui sono state scelte consensualmente le finalità e quindi gli obiettivi dello stesso intervento.

Se questo modello relazionale è andato ad influenzare quello medico, per poi giungere così alla “bioetica”, cioè ad un’etica del *bios*, ovvero un’etica che riconosce e rispetta l’individuo nel suo essere spirito vitale capace di autodeterminarsi, il rischio è che la realtà psicologica, nel perseguire insieme alla medicina gli obiettivi di salute e benessere, dimentichi, condizionata a sua volta dai successi di quest’ultima, la specificità del suo contesto conoscitivo-applicativo, e faccia proprie impostazioni di stampo biologico riduzioniste, improntate ad un tecnologismo esasperato.

La salute e ancor più il benessere, quale dimensione specifica dell’area psicologica, riconducibile ma non sovrapponibile alla prima, non significa semplicemente stare bene, ma piuttosto essere bene. Lo stare, infatti, per richiamarsi a Heidegger, maestro dell’*Esistenza* (primo filosofo esistenzialista, 1889-1976), ha a che fare soltanto con la dimensione delle “cose” e non attiene all’uomo, perché egli non è cosa tra le cose che semplicemente stanno nel mondo. L’uomo è Esistenza, quindi Esser-ci (ted.: Da-sein), ovvero Essere nel mondo, dischiudendolo.

Benessere, allora, cioè essere bene, dovrebbe venire inteso come la capacità dell’individuo di dischiudere un percorso rivolto al bene; al proprio bene.

Una psicologia che si propone di occuparsi non solo di terapia, ma del benessere dell’individuo, e questo vale in modo particolare per la figura del counsellor, che per statuto presta la sua opera al soggetto sano, si trova a doversi confrontare con la difficoltà di facilitare l’individuo in quel personale cammino rivolto al proprio bene.

Ma questo, in altri termini, significa entrare di necessità nel campo dell’etica, cioè in quella dimensione privata, delicatissima, che ha a che fare con i “valori” della persona.

Tale considerazione ci riconduce direttamente alla visione antropologica della Psicologia Umanistica e che, come abbiamo avuto modo d’osservare, coincide con la stessa posizione assunta da Kant.

Egli sostiene che l’individuo è capace di autodeterminarsi, in quanto è dotato intrinsecamente di tutto ciò che serve per agire moralmente; ma per far ciò occorre poter esercitare una volontà libera, poiché solo così

l'individuo, non più vincolato da impulsi e da scopi soggettivi (imperativi ipotetici), può, attraverso la propria "ragione", reperire finalmente dentro di sé quelle leggi morali, quelle regole necessarie ed oggettive (imperativi categorici), che sono valide di per sé.

È questa, allora, la condizione che lo psicologo (counsellor, psicoterapeuta) è chiamato a creare intorno alla persona che sta chiedendo aiuto. Lo psicologo, attraverso la relazione, infatti, deve mettere l'altro in condizione di esercitare una volontà libera, che gli permetta, quindi, di esperirsi nella sua intima soggettività ed umanità.

Attraverso un'azione di simil-*maieutica*, lo psicologo aiuterà la persona ad esprimere se stessa, cioè a mettere fuori ciò che è già dentro. Non si tratta infatti di proporre, o tanto meno di convincere, ma piuttosto di favorire quel sorgere, quel germogliare che è intrinseco all'Esistenza stessa (dal lat. *exsisto*: uscir fuori, sorgere, mostrarsi, ecc.).

Tale espressione coinciderà con l'attuazione di quelle potenzialità che sono proprie della natura specificamente umana, che altro non sono che le stesse virtù dell'uomo.

A questo proposito ci viene in aiuto una nuova branca della psicologia, fondata di recente da Martin Seligman (anni '90 del secolo scorso), scienziato americano di chiara fama, professore di psicologia all'Università della Pennsylvania e per anni presidente della più importante associazione psicologica del mondo: l'American Psychological Association. Si tratta della Psicologia Positiva, la quale, fra le altre cose, si è cimentata in una grande opera di ricerca, molto rigorosa, finalizzata a verificare se dal confronto tra le fondamentali culture tradizionali-sapientziali di tutti i tempi, disseminate cioè su di un lasso di tempo di tremila anni e sull'intera faccia della terra, si potessero evincere alcune virtù condivise, indicate come proprie dell'uomo e per questo costitutive della sua stessa natura.

In modo sorprendente, pur passando attraverso contesti culturali anche molto distanti, dalla filosofia patristica e scolastica a quella di Buddha o Confucio, dal Talmud ebraico al Bushidō dei samurai, passando per il Corano e l'Antico Testamento, ecc., è stato osservato come in tutte quante sono tenute in massimo conto sei virtù fondamentali:

- Saggezza e conoscenza
- Coraggio
- Amore e umanità
- Giustizia
- Temperanza
- Spiritualità e trascendenza

A partire da queste, la Psicologia Positiva le ha sottoarticolate individuando ben ventiquattro virtù differenti, a loro volta descritte in termini operativi.

In questa prospettiva, allora, la promozione del benessere della persona dovrebbe venire concepito attraverso l'intervento di una psicologia, che non tema di misurarsi e comprometersi col campo delicatissimo dell'etica; una psicologia, cioè, che guarda alla persona dopo essersi schierata dalla parte dell'uomo, per usare un'espressione di frommiana memoria. Si tratta, infatti, di riconoscere alla persona tutti i prerequisiti ed i contenuti necessari ad inaugurare o proseguire un cammino verso il proprio bene, ma anche di essere consapevole, forte della sua profonda conoscenza della natura umana, di doverlo facilitare in questo, attraverso una relazione attenta a garantirgli una volontà libera ed il riconoscimento della necessità d'esprimere, tramite quelle virtù tipicamente umane, la propria identità profonda; il suo Sé.

Quest'impostazione vuol rappresentare un'alternativa ed una risposta credibile, quindi, alla tendenza che sta profilandosi in modo "supino" e preoccupante di un ritorno a posizioni ed orientamenti biologico-riduzionisti, iper-tecnologici, anche in merito al tema della salute e del benessere psicologico. Un ritorno che, a mio avviso, contribuirebbe a determinare un regresso sostanziale ed inequivocabile, in quel processo evolutivo che ha lentamente portato l'uomo moderno dall'alienazione ad una parziale, ed auspicabilmente incrementabile, riappropriazione della propria salute.

Bibliografia

Buber M. [1990], *Il cammino dell'uomo*, Edizione Qiqajon, Magnano (BI).

Catemario A. [1998], *La contraddizione culturale nelle società complesse: l'etica universale*, Edizione Kappa, Roma

- Fromm E. [1971], *Dalla parte dell'uomo*, Astrolabio, Roma.
- Maffettone S. [1998], *Il valore della vita*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano
- Pera M., Ratzinger J. [2004], *Senza radici*, Armando Mondadori Editore, Milano.
- Severino E. [1996], *La Filosofia*, CDE, Milano.
- Seligman M.E.P. [2003], *La costruzione della felicità*, Sperling & Kupfer, Milano.
- Vattimo G. [1999], *Crede di credere*, Garzanti Libri, Milano.
- Vattimo G. [2002], *Dopo la Cristianità*, Garzanti Libri, Milano.

FRANCESCO LAMIONI
Vice Presidente AIRP, Psicoterapeuta, Specialista in Psicossintesi,

ELISABETTA DIADORI
LA STRATEGIA DI CAMBIAMENTO NELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Estratto

Il cambiamento di paradigma, da quello biomedico a quello biopsicosociale, ha fatto sì che la salute non sia più intesa come uno stato da conservare o modificare se danneggiato ma un patrimonio da rispettare e sollecitare. In questa prospettiva anche la figura professionale dello psicologo cambia, preoccupato non solo di intervenire sul disagio, ma diviene un professionista che opera per stimolare risorse psicologiche sane, atte a migliorare la qualità della vita, attraverso interventi psicoeducativi. All'interno di questa prospettiva il cambiamento non implica solo "guarigione", ma significa "riconoscere le potenzialità" del cliente, consolidarle, ampliarle e quindi guidarlo nella realizzazione del proprio piano di vita. Il ruolo del counselor è proprio quello di accompagnare il cliente in questo processo, ponendosi di fronte all'altro senza pregiudizi, nel rispetto totale della unicità e della responsabilità del soggetto, del gruppo o della comunità, al quale presta servizio di consulenza.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la "salute" come "uno stato di benessere fisico, mentale e sociale e non solamente assenza di malattia o infermità".

Viene pertanto riconosciuta l'esistenza di tre componenti, fisica, psichica e sociale, e per la prima volta non si parla di salute come assenza di qualcos'altro, cioè definita in negativo, ma viene intesa come benessere complessivo della persona nel suo contesto socioecologico, quindi uno stato positivo.

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.

Ma c'è di più, normalmente si è portati a considerare il continuum salute-malattia solo nella prospettiva unidimensionale somatica, quindi organica ed oggettiva, dimenticando quella soggettiva o psicologica, vale a dire il continuum benessere-malestere.

Di conseguenza questa nuova idea di salute non è più intesa come uno stato da conservare attraverso una strenua difesa dall'incessante rischio di malattia, ma 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 meccanicistica della prevenzione, alla dimensione dinamico-evolutiva della promozione della salute (Lamioni, 2002).

La distinzione non è puramente terminologica, come potrebbe sembrare, dal momento che prevenire eventi negativi vuol dire anche promuovere aspetti positivi, e viceversa, promuovere aspetti positivi vuol dire anche prevenire eventi negativi; in realtà più che la finalità, è l'ottica di fondo, la modalità di "processo", che ne determina la differenza. Se la prevenzione primaria garantisce di prevenire la pato-genesi preservando il soggetto dal rischio di assumere comportamenti pato-geni, la promozione della salute implica lo studio della saluto-genesi e si esprime promuovendo nelle persone l'acquisizione di comportamenti saluto-geni.

Ciò ci porta a chiedere quali siano, quindi, i comportamenti di salute.

Una definizione operativa proposta da Gochman (1988) mette in rilievo sia le azioni consistenti nel fare (ad es. seguire una dieta salutare) o nell'astenersi dal fare (ad es. non fumare), sia gli eventi mentali e le sensazioni. Vengono, cioè, specificati gli elementi cognitivi, quali credenze, aspettative, motivazioni, valori, percezioni; le caratteristiche di personalità, inclusi stati emotivi ed affettivi; i *patterns* comportamentali, quali azioni e abitudini relative al mantenimento e al miglioramento della salute. Inoltre questi attributi personali sono influenzati e nello stesso tempo riflettono la struttura e i processi familiari, le influenze del gruppo dei pari, nonché le determinanti sociali, istituzionali e culturali proprie di ciascuna società.

Questo quadro di riferimento sottolinea l'importanza di considerare la molteplicità dei fattori che agiscono come determinanti della salute. Il modello a cui si aderisce è quello psicosociale improntato al sociocostruttivismo, dove l'individuo è sempre posto al centro, ma si riconosce l'influenza fondamentale di diverse variabili, più precisamente una interdipendenza fra individuo e ambiente in una prospettiva dinamica e processuale.

Ne deriva che la promozione della salute include, secondo McDonald (1998), tre tipi di attività:

- la prevenzione delle malattie;
- la protezione della salute;
- l'educazione/comunicazione sulla salute.

Vengono messe in rilievo almeno quattro dimensioni:

1. l'assenza di sintomi o di segni di malattia;
2. un sentimento di benessere;
3. la consapevolezza;
4. la capacità di agire.

La salute viene, quindi, intesa come un processo dinamico influenzato sia da un atteggiamento individuale di controllo attivo sulle proprie condizioni di vita, sia delle condizioni di vita realmente esistenti. Pertanto, un nuovo concetto che viene introdotto, mutuato dalla psicologia di comunità, è quello "empowerment" una parola duplice che indica contemporaneamente un processo e un risultato, ovvero un processo che permette ai singoli e ai gruppi di accrescere le proprie capacità di controllare attivamente la propria vita (il verbo *empower* significa infatti *favorire l'acquisizione di potere, rendere in grado di*), ma anche la condizione finale di chi è ormai divenuto capace di esercitare questo controllo.

Orford (1998) afferma che esiste un legame tra empowerment e promozione della salute, in particolare definisce il potere e la sensazione di controllo una risorsa fondamentale per lo sviluppo e il benessere dell'individuo.

Da ciò deriva l'importanza di favorire lo sviluppo dell'*empowerment* individuale (aumentare il potere dato dal sapere, saper fare e saper essere) e del contesto ambientale rendendolo più competente nella capacità di offrire ai suoi membri opportunità differenziate a seconda delle loro esigenze.

Gli ambiti di intervento, muovendoci contemporaneamente su tre fronti: politico, sociale ed educativo, sono di conseguenza molteplici:

- azione nel sociale: trasmettendo informazioni;
- attività nel grande e piccolo gruppo: attraverso seminari, incontri divulgativi e psicoeducativi;
- approccio centrato sulla persona: *self-empowerment*.

È evidente, per poter realizzare interventi psicoeducativi adeguati, riconoscere in termini specifici ed operativi quali debbano essere gli indicatori psicosociali e comportamentali di salute.

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:

- competenza sociale;
- autostima e autoefficacia (*empowerment*);
- *problem solving*;
- percezione, gestione ed espressione appropriata delle emozioni;
- pensiero creativo;
- pensiero critico;
- prosocialità;
- intelligenza interpersonale.

Al termine di questa esposizione dei principali interventi psicoeducativi attuabili nel contesto della promozione della salute, è indispensabile concludere richiamando l'attenzione sul fatto che il cambiamento epistemologico ha fatto sì che il funzionamento della psiche non sia più studiato, concepito e trattato come meccanismi "dati", da individuare e correggere, ma come processi evolutivo-adattivi sul cui orientamento giocano precisi fattori autopoietici.

E' all'interno di questa logica che dobbiamo considerare 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 rispettare e da sollecitare per il miglior funzionamento individuale e collettivo.

In questa prospettiva anche la figura professionale dello psicologo viene necessariamente ripensata. Non è più concepito soltanto come terapeuta, preoccupato di intervenire sul disagio, ma anche come professionista che opera per stimolare 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; interessato non tanto a valutare il grado di normalità o di anormalità, a definire ciò che è sano o patologico, quanto a sollecitare lo sviluppo e il potenziamento delle risorse e delle competenze psicosociali.

E' qui che si inserisce il concetto di *cambiamento*. Infatti secondo una filosofia decisamente umanistica: ... *il terapeuta non guarisce alcuno... guarire il paziente significa rendere il paziente pronto perché la guarigione si svolga* (Berne, 1966).

Il terapeuta non è più “colui che sa” e il cliente “colui che si rimette alle interpretazioni” del terapeuta; ma grazie al cambiamento epistemologico avvenuto con la promozione della salute al cliente viene riconosciuto un nuovo *status*, mentre al terapeuta spetta il compito di rispettare ciò che l'altro possiede, riconoscere e ampliare le sue potenzialità, e guidarlo nella realizzazione del proprio “piano di vita”.

Weiss (1993) parla infatti di un “*Piano di Vita Inconscio*”, cioè l'individuo è in grado di esercitare un notevole controllo sulla propria vita mentale e incamminarsi verso un miglioramento ed uno stato di benessere progressivo.

Il cambiamento è quindi inteso come il risultato della spinta alla trasformazione avvertita dall'organismo; si fa riferimento al concetto di *physis*, termine mutuato dai filosofi presocratici, per indicare un impulso fondamentale, accanto a quelli di *eros* e *thanatos*, che designa una forza creativa della natura “che lotta affinché le cose crescano e che crescendo diventino più perfette” (Berne, 1968). La *physis* è quindi la forza sottostante sia alla crescita sia al cambiamento; è paragonabile ad un sistema di tensioni che spinge internamente gli esseri viventi a lottare per andare avanti e per superarsi, motiva l'evoluzione individuale e collettiva, promuove la guarigione e sostiene la fatica per raggiungere i propri ideali.

Berne (1966) sostiene, inoltre, che le persone possono guarire, autocurarsi e cambiare, sono cioè capaci di trasformarsi, attraverso la propria decisione, da rane in principi/principesse. E sono proprio i momenti di crisi quelli in cui è più probabile riconoscere l'azione della *physis*, perché è allora che le persone hanno maggiori opportunità di cambiare, rispondendo creativamente e spontaneamente. Il cambiamento non è perciò lineare, ma avviene in modo imprevisto e a sbalzi e non è mai un concetto assoluto e definitivo.

Il ruolo dello psicologo è proprio quello di accompagnare il cliente in questo processo, ponendosi di fronte all'altro senza pregiudizi, nel rispetto totale della unicità e della responsabilità del soggetto, del gruppo o della comunità, al quale presta servizio di consulenza.

In particolare il *counselor*, questa nuova figura professionale, ha il compito di accompagnare l'individuo al recupero del significato della propria esistenza, frammentata e dispersa; di sostenerlo dolcemente verso l'esplorazione della sua situazione fonte di disagio e conflitto; di insegnargli a gestire il problema assumendosi individualmente la responsabilità dei propri comportamenti; di aiutarlo a sviluppare abilità decisionali e ad operare scelte.

Il tutto procedendo con gradualità proprio nel rispetto del livello di consapevolezza raggiunto dal cliente e basandosi sul principio che l'individuo è capace di pensare, di autodeterminarsi e di modificare se necessario le decisioni prese. E' lui, il cliente, “l'esperto”, l'unico a trovare la soluzione, di volta in volta necessaria, a comprendere e dirigere la propria vita.

Il ruolo del *conuselor* è quello di guidarlo passo passo, verso una crescente autonomia e una maggiore fiducia in se stesso. Chi conduce l'incontro è solo lì per l'altro, deve “esserci” davvero, con tutta l'attenzione, l'empatia, la partecipazione di cui è capace chi ha già fatto quel percorso in prima persona e decide di intraprendere la professione del “facilitatore” del processo di crescita, *della guida di montagna verso cime e dirupi dell'animo*.

“Esserci” inteso come “*avere cura*”, ponendo attenzione a “non sollevare l'altro dalla cura”, intromettendosi al suo posto, ma “inserendolo nella cura”; il cliente deve “poter - essere”. Pertanto è necessario uscire dalla presunzione che il cliente riceve dall'esperto la cura, per restituirgli la propria responsabilità attraverso delle pro-vocazioni, che lo rendano consapevole del proprio poter essere e dell'avventura della propria autoeducazione. Lo stesso Berne (1972) con la metafora della “*licenza di pesca*” illustra il ruolo del terapeuta, il quale deve fornire al paziente la “licenza” per sapersi procurare poi da solo il “pesce”. All'interno di questa prospettiva la “*cura*” prima di essere terapia è relazione, è “*comunicazione suscitante e educatrice*” (Binswanger). Di conseguenza non può esserci realizzazione al di fuori della sfera della relazione, quindi il massimo dell'autonomia personale corrisponde al massimo di relazione interpersonale.

A di là dei diversi approcci, è comunque la priorità dell'incontro umano che accomuna tutte le scuole di *counseling*.

Il *counselor*, l'esperto della relazione di aiuto, deve saper creare le condizioni per una comunicazione autentica, in cui il cliente si senta accolto, ascoltato, accettato e compreso.

È importante che il *counselor* possieda diverse abilità comunicative, di tipo regolativo e di supporto (Franta, Colasanti, Mastromarino, 1992; Scilligo, 1993), volte a stimolare la partecipazione attiva del cliente, quali: ascolto attivo; verbalizzazioni e riformulazioni fenomenologiche dei fatti osservati, del contenuto cognitivo e degli stati emozionali; domande “aperte” che iniziano con il “come” e “che cosa”, per incoraggiare e facilitare l'autosplorazione; domande “chiuse” quando occorrono informazioni precise, tenendo presente che comportano una restrizione del campo esplorativo; domande che iniziano con il

“perché” se si cercano spiegazioni, ma facendone un uso limitato a causa del pericolo di finire in inutili e fumose intellettualizzazioni o portare il cliente ad assumere atteggiamenti difensivi; confrontazioni su eventuali discrepanze o contraddizioni, al fine di rendere consapevole il cliente delle conflittualità esistenti nel rapporto con le persone, così che possa decidere di cambiare nel modo di fare e di relazionarsi, altre volte con lo scopo di far prendere coscienza delle discrepanze, incongruità e conflitti nel suo sentire, pensare e fare; fornire informazioni, cioè elementi utili per il cliente per affrontare e gestire una situazione problematica e non consigli che implicano una specifica soluzione da adottare.

Oltre a possedere queste abilità è necessario, durante il percorso formativo, un lungo periodo di terapia personale e di supervisione; la conoscenza approfondita del proprio mondo interiore permette di distinguere il proprio vissuto emozionale da quello del cliente e contemporaneamente di condividere le emozioni dell'altro riconoscendole come sue e quindi di sostenerlo, la supervisione dà l'opportunità inoltre di verificare se l'intervento ha una direzione, se è efficace la strategia scelta e se le tecniche sono opportune al fine di aiutare il cliente.

Il *counselor* è quindi un professionista che, avendo seguito un corso di studi triennale, ed in possesso di un diploma rilasciato da specifiche scuole di formazione, come la nostra, è in grado sia di favorire la soluzione di disagi esistenziali di origine psichica che non comportino tuttavia una ristrutturazione profonda della personalità, sia di aiutare ad acquisire una maggiore consapevolezza delle relazioni presenti valorizzandone il benessere o dando un significato alla sofferenza.

Bibliografia

Berne, E. [1966]. *Principi di terapia di gruppo*. Roma: Astrolabio, 1986.

Berne, E. [1968]. History of the ITAA: 1958-1968. *TAB*, 7. Cit. in Clarkson, P. (1992). Physis in Transactional Analysis. *TAJ*, 22, 202-209.

Berne, E. [1972]. *Ciao.... e poi?* Milano: Bompiani, 1979.

Franta, H., Colasanti, A.R., Mastromarino, R. [1992]. *Formazione al Rapporto Terapeutico*. Roma: IFREP

Gochman, D.S. [1988]. *Health behavior. Emerging research perspectives*. New York: Plenum Press. Cit. in Zani, B. & Cicognani, E. [2000]. *Psicologia della salute*. Bologna: Il Mulino.

Lamioni, F. [2002]. Psicologia e Salute. *Sentieri* 2, 1, 57-66.

McDonald, T.H. [1998]. *Rethinking health promotion: A global approach*. London: Routledge.

Orford, J. [1998]. *Psicologia di comunità*. Milano: Angeli.

Scilligo, P. [1993]. *Io e Tu*. Vol.2. Roma: IFREP.

Weiss, J. [1993]. *Come funziona la psicoterapia*. Torino: Bollati Boringhieri, 1999.

ELISABETTA DIADORI

Psicologa, Psicoterapeuta, Analista Transazionale. Counselor clinico, Coordinatrice didattica Associazione Italiana Ricerca Psicosomatica (AIRP)

COUNSELING E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Estratto

In un tipo di società dallo stile sempre più frenetico, anonimo e automatizzato, nelle relazioni interpersonali diventa sempre più difficile per le persone crearsi situazioni in cui potersi aprire con un interlocutore senza doverne temere il giudizio, la considerazione superficiale, il disinteresse o addirittura il rifiuto. Viviamo in un tempo di incertezza e di smarrimento, l'incertezza sembra interessare ogni ambito dell'esistenza quotidiana, dalla realtà familiare a quella socio-professionale. Ecco perchè la figura professionale del Counselor, nata negli Usa, sta prendendo sempre più piede anche qui in Italia. Il Counselor infatti è in grado di favorire la soluzione di disagi esistenziali di origine psichica che non comportano tuttavia una ristrutturazione profonda della personalità. Il corso triennale di Counseling promosso dall'A.I.R.P. e dall'Università di Siena, oltre ad essere ad approccio integrato (prende cioè in considerazione i diversi approcci teorici), unisce alla qualifica di Counselor quella di Promotore della salute. Nel nostro intervento ci proponiamo di spiegare come questa figura professionale si possa inserire nel campo della Promozione della salute.

Fin dalla nascita ufficiale negli Stati Uniti, il *counseling* si è proposto sia come servizio di orientamento che come strumento di supporto nei servizi socio psico-pedagogici (Binetti & Bruni, 2003).

Sono state sperimentate diverse forme di *counseling* in ambiti differenti come la prevenzione, l'educazione e le terapie psicologiche brevi, centri di consulenza matrimoniale e familiare, il management e le aziende (Mitchell, 2000).

La varietà degli ambiti di intervento del *counseling*, a cui fa riferimento un altrettanto ampia varietà di modelli teorici, testimonia la complessità con cui oggi si esprime il bisogno di relazione di aiuto. Viviamo in un tempo di incertezza e di smarrimento, l'incertezza sembra interessare ogni ambito dell'esistenza quotidiana, dalla realtà familiare a quella socio-professionale (Mucchielli, 1996).

Il *counseling* nelle sue diverse forme è diventato una sorta di terra di mezzo dai confini incerti dove le persone cercano risposte che non trovano nel loro entourage socio-familiare: risposte brevi ma pregnanti fondate scientificamente ma ricche di quella intrinseca dimensione umana che rappresenta nel vissuto di chi chiede, il vero bisogno (Binetti & Bruni, 2003).

Il processo di *counseling* viene visto come un itinerario attraverso il quale il soggetto apprende a essere sempre più se stesso perché si libera di condizionamenti interni ed esterni che, per varie ragioni, ne limitano le potenzialità (Lévinas, 1980).

In un processo di *counseling* ben condotto il soggetto impara ad “agganciare” in modo consapevole il proprio passato con i possibili timori che lo hanno caratterizzato, con le eventuali ferite che ha lasciato a una visione di futuro che gli consente di sperare in un esito positivo delle sue scelte.

La presenza di interventi di trattamento brevi come il *counseling* e varie forme specifiche di psicoterapia focale, se si pone ormai come un dato evidente di realtà in continua trasformazione, pone dall’altro il problema della giustificazione di questi insiemi di varianti rispetto alle forme classiche di trattamento.

Diversi fattori sono stati invocati per giustificare l’esistenza di questi nuovi interventi, la proliferazione di forme di disagio o difficoltà, la verificata impossibilità di proporre un intervento psicoterapeutico a un gran numero di persone, quindi la necessità di migliorare il rapporto costi benefici, il rifiuto culturalmente sostenuto di forme di intervento declinate in tempi lunghi e richiedenti un alto livello e impegno personale (Giusti & Crimini, 1998).

Il *counseling* è stato definito come un processo di interazione tra due persone, il *counselor* ed il cliente, il cui scopo è quello di abilitare il cliente a prendere una decisione riguardo a scelte di carattere personale o anche come insieme di tecniche, abilità e atteggiamenti per aiutare le persone a gestire i loro problemi usando le loro risorse umane personali.

Quello che conta perché la situazione possa assumere una vera e propria valenza terapeutica o formativa o d’aiuto in genere, è l’iter metodologico, l’attendibilità e la coerenza delle ipotesi teoriche, l’utilizzazione consapevole e flessibile delle tecniche.

Se per *counseling* si intende quella particolare relazione d’aiuto caratterizzata da specifiche abilità, tecniche e atteggiamenti volti a promuovere il benessere e il superamento di difficoltà, problemi e sofferenze del cliente (Reddy, 1987), esso si pone anche come strumento formativo spaziando da forme di intervento a valenza preventiva ad altre di più spiccata connotazione pedagogica.

Il *counseling* è un intervento breve e strutturato, non occasionale, circoscritto nel tempo con durata e limiti precisi che riguarda in modo trasversale tutti gli ambiti caratterizzati dalla relazione di aiuto.

Una relazione di aiuto si instaura tra una persona che ha bisogno di aiuto e un professionista che sia in grado di prendersi cura di lui per competenza scientifica e capacità riconosciuta.

Il *counselor* è un esperto di comunicazione e di relazione capace di facilitare il processo di auto consapevolezza dell’interlocutore tramite un colloquio di comprensione/chiarificazione.

Al centro del processo di *counseling* c’è la persona bisognosa che rielabora il suo disagio chiarendo prima di tutto la natura, la profondità del problema e le persone che ne sono coinvolte. “E’ solo quando il sintomo non si è ancora cristallizzato in un complesso e il conflitto è vissuto in maniera diretta e consapevole, che il *counseling* può svolgere in modo efficace la sua funzione preventiva, come fattore di protezione e di Promozione della Salute” (Mengheri, 2003 pag. 172).

In altri termini l’attore principale del processo di aiuto è colui che cerca e richiede l’aiuto perché nel processo di *counseling* le condizioni essenziali per raggiungere i risultati sono: autopercezione, autodeterminazione e autocontrollo.

Nelle relazioni di aiuto uno degli errori più vistosi è quello di sostituirsi alla persona in difficoltà basandosi sulla propria esperienza e finendo con l'indicare alla persona ciò che deve fare, trascurando così le esigenze di chi chiede aiuto. Il modo migliore di fare *counseling* è di offrire ad una persona la possibilità di prendere consapevolezza della sua situazione e di imparare a gestire il problema.

Il *counselor* nell'esercizio del suo ruolo può contare su una serie di strumenti interessanti come il bilancio di competenze e le procedure di *assessment*.

Tutto ciò permette di descrivere i risultati esterni raggiunti dal soggetto secondo una dinamica *outcome-based* che pretende di essere obiettiva e realistica. Da un processo di *counseling*, se ben condotto, il soggetto deve uscire più consapevole delle proprie capacità proprio perché ha sperimentato se stesso in situazione, ha toccato con mano che è in grado di apprendere dall'esperienza e di volgere l'esperienza, anche quando appare ostile e difficile, in una possibilità di apprendimento e di ulteriore sviluppo di risorse.

L'intervento di *counseling* può essere definito come la possibilità di offrire un orientamento o sostegno a singoli individui o a gruppi, favorendo lo sviluppo e l'utilizzazione delle potenzialità del cliente (Stranieri, 2004).

All'interno di questo tipo di intervento l'attenzione è centrata sul cliente/persona anziché sull'operatore/esperto (Giordani, 1977); l'individuo viene infatti facilitato dal *counselor* nella presa di decisione mediante risposte di comprensione-facilitazione e con il mantenimento del massimo rispetto dei sentimenti, del vissuto, dei tempi e delle decisioni della persona. È quindi il cliente il centro attorno al quale ruota l'intero processo.

Il presupposto teorico è quello di un soggetto attivo, in grado di auto-determinarsi ed orientarsi: il *counselor* deve esclusivamente facilitare la progressiva acquisizione individuale di un maggior livello di consapevolezza (Di Fabio, 1998). Il *counseling* si fonda infatti su una profonda fiducia nell'essere umano, nelle sue capacità e nei suoi valori più alti potenzialmente presenti in ognuno (Danon, 2004); ne consegue un'attribuzione di responsabilità che costituisce una sorta di rivoluzione copernicana nella cosmologia della relazione. Questa tipologia di intervento pertanto, fa leva sulle singole risorse e potenzialità dell'individuo ritenendolo capace di auto-dirigersi e di auto-migliorarsi. La soluzione non proviene dal mondo esterno bensì è già presente nella persona, è lei che possiede la chiave per risolvere il problema; il *counselor* deve semplicemente facilitare una visione più chiara e consapevole dell'individuo circa le proprie capacità e possibilità di riuscita. L'individuo deve quindi imparare ad aiutarsi da sé. "Sempre più numerosi sono i cittadini che si vogliono riappropriare del senso della loro vita e più in particolare della delega fatta alle istituzioni socio-sanitarie in materia di salute/malattia" (Graziani, 2004 pag. 33).

Il *Counselor* è una figura professionale che può essere molto utile all'interno di strutture e organizzazioni per risolvere difficoltà relazionali con colleghi o con i diversi livelli gerarchici dell'organizzazione, o per avere un supporto durante i momenti di ristrutturazione delle aziende, effettuando così un vero e proprio intervento di Promozione della salute, in quanto il contesto dove si va a operare è la "totalità della vita dell'individuo" e la mutazione del clima aziendale.

Counseling e Promozione della Salute hanno fra le loro applicazioni la promozione dell'*empowerment* inteso come attualizzazione delle proprie potenzialità, presa in carico della propria vita e responsabilizzazione nei confronti della propria salute e del benessere individuale (Graziani, 2004; Rowling, Martin, Walker, 2004). Fondamentale è puntare sulle risorse dell'individuo e sui fattori di plasticità che possono arginare le sue cadute nel corso dell'esistenza, sicuramente caratterizzata da un'oscillazione di alti e bassi. Tali elementi di elasticità, protezione ed energia possono essere racchiusi nel termine "resilienza" in cui convergono fattori o attitudini temperamentali, familiari, sociali, culturali, educativi e spirituali. La resilienza si sviluppa nel corso della vita secondo diverse modalità in relazione alle circostanze, ai singoli individui, ai modelli di riferimento e agli apprendimenti (Oliverio Ferraris, 2004), infatti non si parla di personalità resiliente ma di adattamento resiliente (Masten & Coatsworth, 1998): in altre parole la resilienza può essere promossa grazie ai fattori protettivi esterni (Howard, Driden & Johnson, 1999). Il *counselor* stesso potrebbe rappresentare un buon fattore protettivo in quanto importante figura di riferimento e di guida. La resilienza indica le caratteristiche o le circostanze che aiutano le persone a "farcela" e sembra fortemente correlata con la salute globale della persona (Seira Ozino, 2004): ecco perchè risulta fondamentale nell'ambito della Prevenzione e Promozione della salute così come negli interventi di *counseling* in quanto individua quei fattori sui quali puntare per risollevare l'individuo nei momenti di crisi o per migliorare il suo benessere e quello della comunità (Rowling et al., 2004).

Solitamente i requisiti che possono proteggere nelle diverse situazioni di rischio si possono raggruppare in tre categorie generali:

1. caratteristiche personali come autostima, autonomia, temperamento "facile", capacità di *problem solving* e orientamento di scambio sociale positivo;
 2. caratteristiche familiari come coesione, calore, genitori competenti nelle funzioni parentali e assenza di discordie familiari;
 3. caratteristiche ambientali quali la presenza di sistemi di sostegno formali ed informali e di reti di relazioni.
- Un'indagine condotta nel 1998 sui giovani australiani ha individuato come principali fattori che promuovono la resilienza il sentirsi amati e ben integrati in famiglia, l'integrazione con i pari, il trovarsi bene a scuola e l'aver buoni insegnanti. I buoni legami che si possono costruire con le altre persone (famiglia, gruppo dei pari, società..) risultano pertanto i principali antidoti per i comportamenti a rischio; essi appaiono infatti come fattori di protezione in diverse situazioni: comportamenti suicidari, abuso di droghe, violenza (Fuller, Wilkins, Wilson, 1998, cit. in Rowling et al., 2004; Hawskins, Catalano, Miller, 1992; Olweus, 1995; Rigby, 1996). Da ciò emerge l'importanza della socializzazione come fattore di resilienza: essa permette di disporre di numerose persone su cui fare affidamento incrementando le possibilità di successo.

Uno studio recente di Vanistendael e Lecomte (2002) ha fornito un ulteriore contributo nell'indagine sui fattori di protezione rilevando che il processo di resilienza risulta facilitato da due elementi che interagiscono tra loro: la memoria e la condivisione. I resilienti si caratterizzano anche per il loro realismo pragmatico (Conferenza di Ginevra sulla "resilienza" 29 agosto - 1 settembre 2002).

Ulteriori fattori di resilienza risultano la seduzione (che porta ad essere ben voluti dagli altri trovando in loro forme di aiuto e sostegno), il racconto (che inizialmente è interiore, rivolto a sé e solo successivamente viene rivolto all'esterno dove trova accettazione e accoglienza), l'umorismo (che permette di trasformare la sofferenza in un evento sociale piacevole riducendo così le distanze dagli altri attraverso la modificazione dell'immagine che essi hanno della persona sofferente, non più vittima bensì artefice della propria esistenza), il sogno (che può permettere di rielaborare quanto accaduto in termini di sentimenti e significato) e paradossalmente anche il senso di colpa (che innesca il desiderio di riparare donando se stessi e aiutando gli altri divenendo così attivi, forti e fiduciosi).

Al di là delle grandi categorizzazioni e delle singole identificazioni è necessario tenere presente che i fattori protettivi non hanno un valore assoluto e uguale per tutti bensì assumono significati diversi anche in relazione ad altre variabili: un fattore che risulta protettivo per alcuni in certe situazioni può paradossalmente risultare nocivo per altri in diversi contesti, sono cioè soggetto specifici. È pertanto utile ricordare che la resilienza non è mai assoluta, non è stabile nel tempo, si costruisce come interazione tra l'individuo e l'ambiente in cui vive e che bisogna tenere presenti le differenze culturali.

Infine la ricerca sui fattori di protezione, al di là dei dubbi e degli interrogativi ancora aperti, risulta assai importante in quanto dimostra che, in qualsiasi condizione ed a qualsiasi età, è comunque possibile intervenire in modo riparativo. Grazie ai tutori della resilienza, la sofferenza può, in alcuni casi, essere vissuta come un'occasione per cambiare e addirittura migliorare la propria esistenza.

Il *Counselor* in quanto Promotore della salute potrebbe pertanto agire riattivando nell'individuo i diversi fattori di resilienza/protezione in modo tale da arginare le "cadute" nei momenti più critici dell'esistenza e da puntare al raggiungimento di un maggior benessere in un'ottica rinnovata di psicologia della salute che guarda in positivo anziché arrestarsi all'analisi dei fattori di rischio (Rowling et al., 2004). La Promozione della salute si differenzia dalla prevenzione proprio perché invece di essere orientata su gruppi a rischio ed essere centrata su un approccio bio-psico-sociale ristretto e caratterizzato da interventi specialistici, è centrata sullo sviluppo di salute nella popolazione generale attraverso l'individuazione dei fattori di protezione e sulla creazione di un ambiente socioculturale appropriato.

Ruolo prioritario del *Counselor* è quello di promuovere il benessere (Mengheri, 2004) nel cliente (individuo, coppia, gruppo etc...) riportandolo al centro della sua vita, riponendo fiducia in lui e nelle sue potenzialità e rendendolo consapevole dei suoi punti di forza; tale consapevolezza gli permetterà di essere la guida attiva del suo "viaggio" tra gli alti e i bassi della vita.

Riteniamo che la traduzione più appropriata di *Counselor* sia "Esperto nella relazione d'aiuto" perché, come è possibile comprendere, le capacità e le competenze del *counselor* spaziano in campi molto diversi, ma ciò che accomuna tutti questi campi è il sistema relazionale. Infatti, prima ancora di essere un rapporto professionale, il *counseling* è un rapporto umano. È un momento privilegiato di interazione in cui il *counselor* crea le condizioni per una comunicazione autentica, in cui il cliente si sente accolto, ascoltato, accettato, compreso. In un tipo di società dallo stile sempre più frenetico, anonimo e automatizzato, nelle relazioni interpersonali diventa sempre più difficile per le persone crearsi momenti in cui potersi aprire con

un interlocutore senza doverne temere il giudizio, il disinteresse o addirittura il rifiuto (Danon, 2004). Negli ultimi dieci anni l'integrazione sociale e, in particolare, lo sviluppo di relazioni sociali vengono citati come i fattori più importanti che determinano la salute: grazie all'appartenenza a una rete sociale e attraverso la comunicazione e l'impegno reciproco, le persone possono sentirsi aiutate, stimate e valorizzate (Wilkinson & Marmot, 1998 in Rowling et al. 2004). La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute del 1986 e la Dichiarazione di Jakarta del 1997 sottolineano l'importanza degli approcci che vanno oltre lo sviluppo delle abilità individuali per focalizzarsi su interventi che combattono le condizioni rischiose alla fonte attraverso la creazione di una politica che sostenga il benessere dell'intera comunità, la creazione di ambienti supportivi, lo sviluppo di strategie sociali più ampie che abbracciano il concetto di *empowerment* individuale e collettivo.

Tradizionalmente i lavori definiti come Promozione della Salute si sono focalizzati sulle conoscenze, sugli atteggiamenti, sulle credenze e abilità individuali (Weare, 2000) utilizzando perciò strategie di modificazione comportamentale e di marketing sociale. Cercare di cambiare gli atteggiamenti senza modificare le condizioni economiche, politiche e sociali che li determinano non ha senso. Il *focus* non può essere rappresentato dall'individuo, come già detto, ma dall'individuo nel contesto della comunità che lo sostiene o lo mette a rischio e che diventa quindi una parte essenziale delle ricerche.

Bisognerebbe considerare la promozione della salute a partire da una prospettiva più olistica, capace di riconoscere il contributo di una varietà di ricercatori e professionisti e il ruolo di diversi settori d'intervento nella creazione di condizioni di vita che conducono e/o predispongono le persone e le comunità alla salute (Rowling et al., 2004).

Considerazioni conclusive

Il *Counseling* così come la Promozione della salute si pongono come obiettivo principale il raggiungimento di una condizione di salute e di benessere nell'individuo e nella comunità in cui esso è inserito. Fra le loro applicazioni hanno la promozione dell'*empowerment* individuale e collettivo, inteso come consapevolezza di quelle che sono le proprie potenzialità, gestione della propria vita e responsabilizzazione nei confronti della propria salute e del benessere individuale e della comunità. Risulta quindi fondamentale puntare sulle risorse dell'individuo e sui fattori di protezione che possono aiutarlo a risollevarsi nei momenti più critici che nel corso dell'esistenza, generalmente, si alternano ai momenti più positivi. Tali elementi di elasticità, protezione ed energia possono essere racchiusi nel termine "resilienza" in cui convergono fattori o attitudini temperamentali, familiari, sociali, culturali, educativi e spirituali. Proprio l'accento posto sulla resilienza così come quello sull'importanza dei rapporti umani e delle reti sociali, ci è parso essere un punto di intersezione tra gli interventi di *Counseling* e quelli di Promozione della Salute, in un'ottica che va oltre lo studio della patogenesi per approdare a quello della salutogenesi (Antonovsky, 1987).

Bibliografia

- Antonovsky, A. [1988], *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*, Jossey-Bass, Milano.
- Binetti, P. & Bruni R. [2003], *Il counseling in una prospettiva multimodale*, Magi, Roma.
- Danon, M. [2004], *Il counseling*, Red, Milano.
- Danon, M. [2004], L'incontro umano è alla base del counseling, *Il Counselor*, 1, 11-12.
- Di Fabio, A. M. [1998], *Counseling. Dalla teoria all'applicazione*, Giunti, Firenze.
- Giusti, E. & Criminini, P. [1998], *Sesso, soldi, e terapia*, Armando, Roma.
- Graziani, V. [2004], Le competenze di counseling in medicina, *Il Counselor*, 1, 33-36.
- Giordani, B. [1977], *La relazione d'aiuto secondo l'indirizzo di Carl Rogers*, La Scuola-Antonianum, Brescia.
- Hawkins, D., Catalano, R. & Miller, J. [1992], Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early childhood: implications for substance abuse prevention, *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105.
- Howard, S., Driden, J., & Johnson, B. [1999]. Childhood Resilience: review and critique of literature. *Oxford Review of Education*, 25 (3), 307-323.
- Levinas, E. [1980], *Totalità e infinito*, Jaca Book, Milano.
- Mengheri, M. [2003], Counseling, Promozione della Salute, Relazione d'aiuto, *Sentieri. Itinerari di psicopatologia, psicosomatica, psichiatria*, III, 1-2, 169-177.
- Masten, A. S. & Coatsworth, J. D. [1998]. The Development of Competence in Favourable and Unfavourable Environments: Lesson from Successful Children. *American Psychologist*, 53 (2), 205-220.
- Mengheri, M. [2004], Counseling, Promozione della Salute, Relazione d'aiuto, *Il Counselor*, 1, 27-29.
- Mitchell, S. [2002], *Il modello relazionale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Oliverio Ferraris, A. [2004], Resilienza individuale e collettiva, *Prometeo*, 87.
- Olweus, D. [1995], Bullying or peer abuse at school-facts and interventions, *Current Directions in Psychological Science*, 4(6), 196-200.
- Reddy, M. [1987], *Il counseling aziendale*, Sovera multimedia, Roma.
- Rigby, K [1996], *Bullying in Schools and What to do about it*, ACER Press, Melbourne.

Rowling, L, Martin G & Walker L., [2004], *La Promozione della salute mentale e i giovani. Teorie e pratiche*. McGraw-Hill Companies, Milano.

Seira Ozino, M. E. [2004], Il counselling sistemico a scuola, *Psicologia e Scuola*, 120, 43-56.

Stranieri, S. [2004], Counseling e counselor. *Il Counselor*, 1, 9-10.

Succhielli, R. [1996], *Apprendere il counseling*, Erickson, Trento.

Vanistendael, S., Lecomte, J. [2001]. *Conferenza di Ginevra sulla resilienza*. Ritrovata settembre 5, 2005 da <http://www.ristretti.it/areestudio/territorio/opera/documenti/giustizia/ginevra>.

Weare, K. [2000], *Promoting Mental, Emotional and social Health: A Whole School Approach*, Routledge, London.

MARIO MENGHERI

Specialista in Psicologia Clinica, doc. “Promozione della salute” (Univ. di Siena); Presidente Associazione Italiana Ricerca Psicosomatica (AIRP); Membro Ordinario AIPA e IIAP;
Psicoterapeuta, Psicologo Analista, mariom@sysnet.it

BIANCA RITA BERTI

Dottoressa in Psicologia, tutor del corso di Counselor e Promozione della Salute promosso dall’AIRP e dall’Università di Siena (<http://www.airp.livorno.it>), Docente all’Università della terza età di Livorno.

LARA BUSONI

Dottoressa in Psicologia, Counselor in formazione, Docente all’Università della terza età di Livorno.

GIULIA LIPERINI

Dottoressa in Psicologia, tutor del corso di Counselor e Promozione della Salute promosso dall’AIRP e dall’Università di Siena (<http://www.airp.livorno.it>), Docente all’Università della terza età di Livorno

MARIA TERESA D'URSO

IL RUOLO DELLO PSICOLOGO DEL SERVIZIO PUBBLICO NELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Estratto

Nella promozione della salute lo psicologo del servizio sanitario può fornire un contributo prezioso per l'affermazione di una cultura che veda il cittadino come reale protagonista della propria salute. Per quanto sia aumentato l'interesse collettivo per la qualità della vita, per il diritto alla salute ed il diritto di scelta, ancora molto resta da fare per un effettivo cambiamento del paradigma degli interventi per la salute, delle relazioni di aiuto nella cura, per la ricerca delle condizioni che possono garantire il benessere.

La psicologia si muove a tutto tondo nel sistema sanitario, attraversando la prevenzione e la cura, sollecitando l'attenzione al rispetto dell'individuo e del suo sistema di valori e di relazioni, facilitando l'apertura di canali di comunicazione tra paziente ed equipe, così come tra gli stessi operatori.

Il percorso di appropriazione della salute, passa attraverso momenti informativi e formativi, dove la diffusione dei saperi deve coniugarsi con la mobilitazione dei sentimenti e dei valori che sostengono le azioni, per raggiungere una maggiore consapevolezza sulla quale poggiare le scelte individuali e collettive

1. Introduzione

Il tema del convegno, sollecita una riflessione stimolante, sia per l'importanza di creare cultura circa la salute, sia per l'opportunità di fornire un quadro, forse poco conosciuto, inerente gli interventi della psicologia nel servizio sanitario locale.

Un breve cenno ai riferimenti epistemologici sui quali si fondano gli interventi, potrà fornire una cornice di riferimento per la migliore comprensione dei valori che guidano i nostri progetti, e degli obiettivi che cerchiamo di raggiungere.

Dai contributi della psicoanalisi, della teoria dei sistemi, della psicosociologia, riteniamo che ogni intervento debba essere tagliato su misura, a partire dal bisogno espresso, con obiettivi concordati e verificabili, e quindi avere la caratteristica di un progetto condiviso, indipendentemente dal fatto che sia rivolto ad uno o più individui, sia in ambito di cura sia di prevenzione.

Il progetto può essere concepito come una relazione, tra due o più persone, che si svolge in un preciso contesto (servizi, ospedale, scuola ecc) e che, da questo, è influenzata; lo psicologo ha il compito di mettere gli interlocutori in un ruolo attivo, al fine di prendere coscienza di quanto stanno vivendo, tenuto conto della storia personale, dei valori e delle convinzioni che ognuno porta in campo, nonché della rete¹ di relazioni interpersonali nella quale sono inseriti.

In questa cornice generale, il compito dello psicologo, è quello di promuovere l'*empowerment* del o dei soggetti, in modo che siano artefici delle proprie scelte, autori di stili di vita congruenti ai propri valori e agli obiettivi.

Tale orientamento, sostenuto da un approccio di tipo olistico alla persona, ci spinge a ritenere che, curare solo la parte malata, costituisca una semplificazione della complessità; lo psicologo, mantiene un'attenzione costante alle parti sane, facendo leva sulle risorse soggettive, per fronteggiare la malattia o per evitarla.

In questa prospettiva, si considera riduttivo separare gli aspetti medici da quelli psicologici e che, solo l'integrazione di entrambi, nell'attività di cura, può fornire una maggiore *compliance* da parte del paziente, ed una risposta più completa e appropriata da parte dei servizi.

Negli studi recenti sulla qualità delle prestazioni sanitarie, particolare attenzione è rivolta al concetto di appropriatezza², caratterizzato da due elementi: il primo, si riferisce alla ricerca dell'intervento più idoneo per il soggetto, l'altro alla scelta dell'intervento che comporta una minore spesa, a pari livello di qualità.

¹ Foulkes S.H. [1975], *La psicoterapia gruppoanalitica*, Astrolabio, Roma

² Ovreteit J. [1992], *La qualità nel servizio sanitario*, EdiSES, Napoli

In questi termini, si ritiene che, sollecitare una maggiore consapevolezza dei cittadini, attraverso gli interventi di prevenzione, possa favorire l'assunzione di responsabilità nei confronti della propria salute, con un conseguente e significativo risparmio, in termini di spese mediche e farmacologiche.

Lo psicologo è interessato anche all'area del disagio, sia per sostenere gli individui nella ricerca di adeguate strategie di *coping*, al fine di rimuovere gli ostacoli al conseguimento del benessere, sia come prevenzione allo strutturarsi di quadri psicopatologici.

Il disagio dovrebbe ricevere un maggiore investimento, da parte delle istituzioni sanitarie, attraverso un riequilibrio dell'asse dei servizi, ancora prevalentemente centrati sulla cura del corpo e della patologia.

2. Descrizione sintetica degli interventi della psicologia nell'Azienda sanitaria locale

2.1. Le attività di prevenzione

L'attività di prevenzione è rivolta a gruppi omogenei di popolazione, prevalentemente scolastica, con argomenti scelti in relazione allo specifico target, inerenti le tematiche dell'affettività, le relazioni intrafamiliari e con il gruppo dei pari, l'alimentazione, l'uso di droghe.

Particolare attenzione è dedicata alla fascia degli adolescenti, per la crisi d'identità che attraversano, sulla spinta di cambiamenti psichici e somatici.

“Per l'adolescente è normale sperimentare un sentimento di alienazione”³, derivante dalle pressioni e dalle richieste degli adulti, che sono avvertite come incongruenti al suo modo di sentire.

Come reazione, l'adolescente tende ad isolarsi dal mondo degli adulti e ad identificarsi con il gruppo dei pari, alla ricerca di un nuovo modo d'essere e di conferme alla sua personalità.

Gli interventi psicologici, realizzati anche nei Consultori adolescenti, mirano a promuovere nei giovani la comprensione di sé, ed il riconoscimento delle emozioni, al fine di orientare la naturale curiosità e la ricerca d'autonomia, verso comportamenti congruenti con il sé, e quindi più liberi dalla pressione del gruppo di riferimento e del contesto sociale.

Sempre nelle scuole, gli interventi sono rivolti a genitori e insegnanti, per lo più sulle tematiche del rapporto educativo, fornendo informazioni sulle caratteristiche delle tappe evolutive, e sollecitando una riflessione sul loro modo di concepire e relazionarsi con i giovani, contribuendo ad individuare le strategie più idonee al recupero di un rapporto di comunicazione.

L'intervento sugli adulti di riferimento appare sempre più necessario in quanto, una crisi di ruolo attraversa, da tempo, sia la famiglia sia il corpo docente.

Come sostiene Pietropolli Charmet,⁴ l'assetto familiare si è evoluto da “famiglia etica”, che aveva come strategia la disposizione di regole di comportamento, a “famiglia affettiva”, dove i genitori cercano di realizzare figli “felici”, riducendo al minimo il dolore derivante dalle limitazioni e dalle sanzioni, con il risultato di una scarsa capacità, da parte degli adolescenti, di affrontare le frustrazioni.

I giovani si trovano ad interagire con adulti che percepiscono un senso di alienazione dalle funzioni educative, non riuscendo a distinguere tra autoritarismo e autorevolezza, tra la libertà necessaria all'autorealizzazione e la funzione della frustrazione.

Scopo degli interventi psicologici è quella di sostenere gli adulti a presidiare il loro ruolo, per costituirsi come un contenitore in grado di accogliere, ma anche dirigere, le istanze del minore.

L'obiettivo è provocare un passaggio dall'attribuzione delle colpe ad una comunicazione circolare⁵, in modo da aprire la strada ad un intervento attivo per il cambiamento, potenziando l'assunzione di responsabilità nella relazione educativa

2.2. Le attività di cura

³ Kernberg O. F. [1998], *Le relazioni nei gruppi*, Cortina Editore, Milano

⁴ Pietropolli Charmet G. [2000], *I nuovi adolescenti*, Cortina Editore, Milano.

⁵ Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. [1967], *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma

Nell'attività di cura psicoterapica, lo scopo è la riorganizzazione della struttura psichica, delle dinamiche relazionali e l'aumento della consapevolezza di sé.

L'intervento si svolge per fasi, è definito da un contratto esplicito nella relazione tra il terapeuta ed uno o più pazienti, circa gli obiettivi e le modalità di intervento.

Il cambiamento sollecitato, riguarda lo stile di reazione emotiva e comportamentale alle difficoltà, modificando l'ottica di interpretazione della realtà, e favorendo la crescita soggettiva nella direzione dell'autonomia e della responsabilità.

Anche il nucleo familiare è coinvolto, specialmente nella psicoterapia rivolta ai minori, sia per migliorare comprensione del mondo interno del bambino, attraverso la conoscenza dei valori, dei miti e delle aspettative dei genitori nei suoi confronti, sia per intervenire sulle modalità relazionali del nucleo.

Il *counseling* è una relazione di aiuto che ha lo scopo di orientare alla soluzione del problema presentato, non inerente all'ambito psicopatologico, fornendo il necessario supporto emotivo durante la fase di elaborazione.

Il senso soggettivo dell'identità può entrare in dissonanza con le richieste dell'ambiente, sulla spinta di cambiamenti che, introducendo una situazione nuova, rappresentano una perdita rispetto agli equilibri precedenti, rendendo necessario uno sforzo di adattamento. Possono consistere in cambiamenti fisiologici, come le fasi dello sviluppo, ma anche eventi luttuosi, malattie che compromettono alcune capacità, separazioni, perdita del lavoro, comunque eventi critici, che sollecitano una ri-organizzazione cognitivo-emotiva da parte del soggetto.

Nella relazione di aiuto per pazienti ospedalizzati (per gravi patologie), gli interventi psicologici sono mirati a favorire il processo di accettazione, adattamento e reazione alla malattia, favorendo la necessaria compliance con l'equipe curante.

Nella relazione d'aiuto vengono sostenuti anche i familiari, inevitabilmente sono coinvolti dalla malattia, che rappresentano una fonte importante di appoggio per il paziente.

2.3. Le attività di formazione

L'intervento psicologico è rivolto anche agli operatori sanitari sia per facilitare la comunicazione con il paziente ed i familiari, sia perché si ritiene che il benessere del paziente è complementare a quello dell'equipe curante.

Lo stress lavorativo, conosciuto in letteratura come sindrome del *burn-out*⁶, produce un senso di alienazione dal ruolo che può influire pesantemente sulla qualità delle prestazioni sanitarie.

In questo ambito, l'attività si concretizza, per lo più, in sessioni di formazione, con l'obiettivo di individuare strumenti di *problem solving* per migliorare la relazione con il paziente, per la comprensione e la rimozione degli elementi che costituiscono la condizione di disagio lavorativo, per intervenire sulla rete di relazioni interprofessionali al fine di facilitare il lavoro di gruppo.

Intervenire sul disagio dell'operatore, così come sul senso di estraniamento che avverte il paziente ricoverato, in un ambiente che non gli è familiare, non può prescindere da un lavoro dedicato al contesto in cui tutto questo avviene.

L'intervento si rivolge all'Istituzione vista come una rete che comprende ruoli, funzioni, emozioni, comunicazioni⁷, al fine di promuovere una cornice adeguata per la qualità dell'assistenza.

Di rilevanza cruciale è la figura del leader, per la creazione di una cultura organizzativa che permetta, non solo la circolazione delle informazioni, ma anche la condivisione dei valori e delle esperienze.

Lo psicologo può sostenere il leader nella sua funzione di guida, per garantire la partecipazione e la comunicazione nel gruppo, al fine di creare una mappa del reale⁸, che orienta le azioni individuali e del gruppo.

Questa definizione di cultura, suggerisce che le azioni soggettive hanno una radice comune, derivante dalla interiorizzazione di valori, convinzioni, comportamenti condivisi. Anche il concetto di salute discende dalla cultura sociale⁹ e, per questo motivo, è importante assumere maggiore consapevolezza circa gli elementi che la influenzano, con particolare riferimento ai mass media.

⁶ Cherniss C. [1980], *La sindrome del Burn-out*, Centro Scientifico Torinese, Torino, 1985 seconda edizione

⁷ Di Maria F. [1993], in *Attraverso il cerchio*, Edizioni Borla, Roma

⁸ Kaneklin C., Aretino G. [1993], *Pensiero organizzativo e azione manageriale*, Cortina Editore, Milano

⁹ Zucconi A., Howell P. [2003], *La promozione della salute*, Edizioni La Meridiana, Molfetta (Bari)

Negli ultimi anni, anche le Istituzioni utilizzano i mass media per raggiungere il grande pubblico, con messaggi costruttivi, spesso rivolti al miglioramento dello stile di vita (campagne pubblicitarie contro gli incidenti stradali, l'uso di droghe, del tabacco ecc.).

Parallelamente, una parte della pubblicità commerciale, induce desideri che poco hanno a che fare con la salute, anzi, rappresentano una distorsione del concetto di benessere e di realizzazione personale, che risponde alle logiche di profitto delle imprese, piuttosto che ai bisogni della collettività.

Ogni cittadino è influenzato dalla cultura della società nella quale vive, ma deve essere consapevole che ha la possibilità di influenzarla a sua volta, e questo è l'aspetto sul quale lo psicologo può intervenire, sollecitando spunti di riflessione, per la promozione di un ruolo maggiormente attivo e partecipativo.

Per concludere, in ogni settore dove lo psicologo declina la propria professionalità, deve offrire un quadro della complessità psichica individuale e collettiva, facendosi promotore di quella spinta al cambiamento che deriva dall'accoglienza di significati nuovi dell'esperienza condivisa.

Si ritiene, pertanto, necessario che lo psicologo sia consapevole di essere un nodo della *rete*, integrandosi con altre professionalità, mantenendo un'attenzione costante sia verso gli aspetti emotivi e relazionali del proprio lavoro, sia nei confronti degli stimoli del contesto sociale, evitando di chiudersi in un ruolo stereotipato di osservatore distaccato

Bibliografia

Foulkes S.H. [1975], *La psicoterapia gruppoanalitica*, Astrolabio, Roma

Ovretveit J. [1992], *La qualità nel servizio sanitario*, EdiSES, Napoli

Kernberg O. F. [1998], *Le relazioni nei gruppi*, Cortina Editore, Milano

Pietropolli Charmet G. [2000], *I nuovi adolescenti*, Cortina Editore, Milano.

Watzlawick P., Beavin J.H, Jackson D.D. [1967], *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma

Cherniss C. [1980], *La sindrome del Burn-out*, Centro Scientifico Torinese, Torino, 1985 seconda edizione

Di Maria F. [1993], in *Attraverso il cerchio*, Edizioni Borla, Roma

Kaneklin C., Aretino G. [1993], *Pensiero organizzativo e azione manageriale*, Cortina Editore, Milano

Zucconi A. , Howell P. [2003], *La promozione della salute*, Edizioni La Meridiana, Molfetta (Bari)

MARIA TERESA D'URSO

Responsabile Unità Operativa Psicologia dell'Azienda USL 6 di Livorno

GLORIA MUMOLO

IL CONCETTO DI SALUTE E MALATTIA NELLA MEDICINA OMEOPATICA

Estratto

Di fronte alle risposte inadeguate della medicina ufficiale che, più che promuovere la guarigione, sembra generare malati cronici, e al progressivo incremento delle patologie iatrogene, assistiamo all'esodo dei pazienti verso le medicine alternative. In questo contesto l'omeopatia rappresenta una vera rivoluzione scientifica ed etica. Al concetto di malattia come entità concettualmente separata dall'organismo, causa di alterazioni localizzate, viene sostituito quello di squilibrio dell'intero sistema biologico, che necessita di un approccio integrato e personalizzato. Il percorso diagnostico-terapeutico che ne deriva trasforma il paziente da oggetto passivo della prestazione medica nell'artefice della propria guarigione, e il medico da semplice operatore di una tecnica in un vero promotore della salute

L'evoluzione della medicina ufficiale è stata caratterizzata da un deciso orientamento specialistico e superspecialistico, basato sul progressivo approfondimento settoriale della conoscenza e su un approccio di tipo tecnologico alla malattia.

La considerazione dell'individuo come un assemblaggio di organi e apparati virtualmente autonomi e indipendenti, oggetto di trattamenti mirati e non raramente in conflitto con problemi diversi da quello in esame, comporta da una parte successi spesso vistosi ma apparenti nella soluzione contingente di molti problemi clinici, dall'altra è responsabile di un parallelo incremento delle malattie iatrogene, cioè imputabili all'intervento del medico.

Scrivono Mario Garlasco "Definisco con il termine di *tecnica medica* la medicina ufficiale. Essa non sa occuparsi del malato, e rivolge invece tutta la sua attenzione alla malattia. Di essa studia tutti gli aspetti possibili, la descrive, ne interpreta *arbitrariamente* la causa e la affronta impiegando un farmaco che l'annienti nel minor tempo possibile. La malattia, vista come realtà a sé stante, come *causa* di sofferenza che, se non interrotta, può portare alla morte, è l'obiettivo della tecnica medica. La visione parziale ha preso il sopravvento su quella globale, l'analisi sulla sintesi. Ecco perché il medico si vota alla specializzazione, la quale gli permette, più agevolmente e con più apparente conoscenza, di contrastare il male scambiando la parte con il tutto, e confondendo la soppressione della malattia con la guarigione.....Tale finalità la si raggiunge solo riportando in equilibrio l'ammalato inteso nella sua globalità." (Garlasco, 1980, p.11-12)

La scomposizione del paziente, sebbene diffusamente adottata dalla medicina moderna, è in realtà inaccettabilmente riduttiva alla luce di innumerevoli evidenze. Sono infatti ben note le molteplici manifestazioni somatiche in risposta ad esperienze psichiche (cefalee, alterazioni dell'alvo e del ciclo mestruale, eruzioni cutanee, alterazioni della risposta immune, ecc), e recentemente si moltiplicano le dimostrazioni del fenomeno contrario, come l'induzione dell'attacco di panico in pazienti predisposti in seguito ad infusione di colecistochinina, un ormone regolatore della funzione pancreatica e dello svuotamento della colecisti. La stretta connessione tra mente e corpo è del resto talmente evidente da non poter essere più ignorata da nessuna comunità scientifica, ed è documentata dalle recenti scoperte della neurobiologia, come il cosiddetto "brain-gut axis" e dallo sviluppo di discipline come la neurogastroenterologia e la psico-neuro-immuno-endocrinologia.

La crescente esigenza, sia da parte dei pazienti che di molti operatori sanitari, di recuperare una visione globale del malato, giustifica la rapida diffusione delle medicine alternative nonostante il proclamato scetticismo della medicina tradizionale. Un successo particolare sta riscuotendo in questo contesto l'omeopatia; fondata da un clinico tedesco, Samuel Christian Hahnemann, vissuto tra il XVIII e il XIX secolo, la dottrina omeopatica rappresenta una vera rivoluzione clinico-terapeutica che studia l'uomo nel suo dinamismo vitale di persona composta di corpo e spirito, saldamente ancorato alle leggi della Natura. Il vitalismo hahnemanniano, in armonia con il concetto ippocratico di *vis medicatrix naturae*, si traduce in un messaggio scientifico ed etico volto a guarire il singolo essere umano nella sua unicità e totalità. La definizione di salute, concepita nella sua completezza, esce dall'ambito strettamente sanitario e acquisisce implicazioni etiche e sociali, venendo intesa come "libertà, fisica dal dolore e dalle affezioni del corpo,

emozionale, da tutte le passioni negative, mentale, caratterizzata da amore in libera comunicazione verso se stesso e gli altri; libertà da ogni medico e da ogni medicina". L'uomo viene visto per ciò che in realtà è, un sistema biologico aperto, altamente complesso, dove coesistono diverse realtà (costituzionale, organica, razionale ed emozionale) profondamente integrate tra loro, permeato di energia vitale.

Il concetto di energia vitale rappresenta uno degli aspetti più negletti nella concezione prettamente materialistica della medicina allopatrica, puntualmente ignorato nonostante sia di fatto il requisito basilare di ogni organismo vitale. Rappresenta il nucleo energetico centrale del sistema biologico e può essere misurata in base alla capacità del sistema di interagire con gli altri e con l'ambiente. Ogni evento patologico comporta necessariamente una perturbazione di questo equilibrio energetico, e la valutazione dei livelli di energia vitale dovrebbe costituire un momento diagnostico fondamentale nell'inquadramento del paziente.

Altra considerazione basilare è che l'uomo, come ogni altro essere vivente, ubbidisce al principio di conservazione, secondo il quale di importanza prioritaria è la permanenza in vita. Pertanto, ogni qualvolta si verifica una situazione di squilibrio, l'organismo tenderà a localizzarne gli effetti, per quanto glielo consente il livello di energia residua, il più lontano possibile dagli organi vitali. Ne consegue che i vari organi hanno un diverso ruolo e una diversa valenza nell'economia generale del sistema, che non può essere ignorata in un corretto approccio al malato. Non è difficile intuire come la tutela del Sistema Nervoso Centrale, dove risiede l'identità e la stessa ragion d'essere di ogni singolo individuo, rivesta una importanza prioritaria nel nostro programma biologico, e come la protezione degli organi vitali di pertinenza internistica, come il cuore, i polmoni, il fegato, preceda quella della cute. Questo aspetto dovrebbe essere attentamente considerato quando il medico valuta il significato delle lesioni cutanee in pazienti altrimenti in buona salute, e delle patologie più interne funzionali od organiche in pazienti progressivamente più compromessi. Vorrei tuttavia sottolineare come queste affermazioni vadano interpretate in relazione alla necessità della sopravvivenza, e non vogliano trasmettere il pregiudizio del soma inerte vivificato dalla psiche, mero esecutore di ordini impartiti dall'alto, rintracciabile nella antica concezione platonica e successivamente cartesiana. Le scoperte scientifiche dell'ultimo ventennio sostengono infatti quella che è stata definita "una rivoluzione copernicana nella concezione dell'organismo umano", ossia il concetto di un sistema pluricentrico dove più entità strutturate collaborano al mantenimento dell'unità dell'essere.

Nel rispetto del principio di conservazione, poichè in nessun caso una patologia può essere considerata un evento monoeziologico, numerosi cofattori concorrono alla sua induzione: la predisposizione genetica, lo stile di vita, eventuali terapie farmacologiche, l'alimentazione, fattori endogeni contingenti, agenti ambientali infettivi o tossici, ecc. Dalla loro complessa interazione deriva il quadro clinico caratteristico e peculiare di ogni singolo paziente. Viene così rivoluzionato il tradizionale significato di malattia, intesa come entità nosologica astratta, concettualmente separata dall'organismo che ne è affetto, limitata alla sede della manifestazione clinica. L'attenzione viene trasferita al malato, inteso come individuo in cui una perturbazione dell'equilibrio interno ha indotto un complesso specifico di segni e sintomi (*sindrome*) profondamente connessi con l'intero sistema cui appartengono.

La trasformazione del concetto di malattia comporta ovviamente una revisione altrettanto profonda dei fini del medico. La medicina specialistica, enucleando l'organo dal suo contesto, considera scopo prioritario del proprio intervento terapeutico la risoluzione del quadro clinico d'interesse; ciò indipendentemente dal significato che esso riveste nell'economia generale dell'organismo che ci si propone di curare, e dalla considerazione di eventuali ripercussioni sistemiche. Nella prospettiva finora illustrata è intuibile quanto l'effetto finale di una terapia che prescinde da una diagnosi unitaria e inibisce una manifestazione locale lasciando insoluto il problema di fondo, possa essere lontana dal concetto di reale guarigione. La medicina omeopatica, basata su una visione del malato nella sua totalità, compie non una valutazione d'organo, ma della persona. Ciò implica due fondamentali conseguenze. La prima è che la terapia è finalizzata non ai singoli effetti, ma alle cause profonde della sindrome, non ai sintomi, ma al terreno su cui sono insorti, in altre parole, alla predisposizione. La seconda è che, qualunque sia la patologia che ha attirato l'attenzione del paziente portandolo all'attenzione del medico, questa deve essere affrontata e trattata esclusivamente nel contesto di una valutazione globale e del ripristino dell'equilibrio generale, assegnando ad ogni manifestazione il reale significato ed il peso oggettivo. Come scrive Hahnemann "Se il medico capisce la malattia, ossia sa *ciò che è degno di essere curato* nei singoli casi, allora egli opera utilmente e radicalmente, ed è un vero terapeuta" (Hahnemann, 1842, p.28)

Tutto questo implica necessariamente radicali differenze nel metodo di raccolta anamnestica e in definitiva, nel rapporto medico-paziente. L'anamnesi mirata, rigorosamente confinata alla sede di pertinenza specialistica, si estende innanzitutto all'anamnesi patologica remota e prossima di tutte le eventuali affezioni organiche con particolare attenzione alla *modalità*, ossia alle caratteristiche soggettive dei sintomi; con lo

stesso criterio viene raccolta l'anamnesi fisiologica ed esplorato il quadro mentale, nei suoi aspetti emozionali, affettivi e cognitivi. Laddove lo specialista seleziona le informazioni oggettive e i comportamenti ripetibili della malattia (trattabile dunque con schemi terapeutici standardizzati) l'omeopata si orienta in base agli aspetti soggettivi, unici e irripetibili del malato.

La collaborazione attiva tra paziente e terapeuta e il tipo di informazioni richieste comportano per ambedue una attenzione costante agli innumerevoli messaggi del corpo e della mente, la cui ricezione è gravemente inibita nell'abituale modalità relazionale con noi stessi e con l'altro. Il coinvolgimento profondo del malato lo riscatta dall'essere oggetto passivo dell'intervento terapeutico, trasformandolo nell'artefice della propria guarigione e rendendolo maggiormente consapevole della propria esistenza. Dall'interazione medico-paziente, il percorso conoscitivo viene frequentemente esteso anche all'ambito familiare, non solo ogni qualvolta l'anamnesi del bambino viene obbligatoriamente raccolta attraverso i genitori, ma anche nei casi in cui l'adulto richiede la partecipazione del partner o di un familiare. D'altra parte, il medico si trasforma da mero operatore di una tecnica standardizzata e da figura di potere, arbitro unico dell'iter diagnostico-terapeutico, in un reale promotore della salute, finalmente educato al rispetto dell'individuo con cui si confronta.

Scrivono Michael Gershon "Si realizzano e rivendicano scoperte che sono in effetti delle riscoperte, non avanzamenti, ma solo lezioni di storia" (Gershon, 1999, p.3); così, la ricerca di una nuova concezione di medicina non fa che riproporci la sorprendente attualità dell'aforisma ippocratico: "La vita è breve, l'occasione fuggevole, l'esperienza fallace, il giudizio difficile: perciò non solo il medico deve fare ciò che gli spetta, ma anche il malato, i suoi familiari e tutti coloro che lo circondano" (Ippocrate, V sec. A.C.)

Bibliografia

Hahnemann S.C. [1842], *Organon. Dell'arte del guarire*, Lithorapid, Napoli, 1987

Kent J.T. [1900], *Lezioni di omeopatia*, CE.M.O.N., Grumo Nevano (NA), 1993

Garlasco M., Prefazione a: *Le malattie croniche* di Hahnemann S.C., EDIUM, Milano, 1980

Koszycki D., Torres S., Swain J.E., Bradwejn J. [2005], *Central cholecystokinin activity in irritable bowel syndrome, panic disorders, and healthy controls*, in "Psychosomatic Medicine", n.4,

Gershon M.D. [1999], *Il secondo cervello*, UTET, Milano, 2005

Ippocrate . [400 A.C.], *Ippocrate, Aforismi e Giuramento*, Newton Compton, Roma, 1994

MUMOLO GLORIA

Gastroenterologa, Omeopata, Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana

STEFANO GIULIANI
QUALITÀ E SALUTE

Estratto

Si vuole intendere la Qualità come motore di ogni Azienda Sanitaria che si propone la centralità del paziente, riuscendo a passare da un utente "assistito" ad un utente "cliente". Necessità di una radicale revisione del rapporto professionista/paziente e di una rivalutazione dei rapporti di soddisfazione intercorrenti fra i clienti interni. Il Sistema Qualità che ogni organizzazione, anche non sanitaria, può adottare prevede l'utilizzo di procedure che non solo ottimizzano le attività ma sono anche uno strumento di garanzia e tutela degli stessi operatori, in quanto riducono sprechi, errori ed eventi indesiderati.

Negli ultimi tempi il termine "Qualità" è quasi abusato e molti ne danno definizioni le più disparate, ognuna delle quali applicabili a un contesto di riferimento. Fra le tante disponibili, in questo caso preferisco citare la definizione ISO 9000:2000 che indica la qualità come "l'insieme delle caratteristiche di un prodotto o di un servizio che soddisfano le esigenze, implicite o espresse dei clienti".

Da questa definizione si evince in modo chiaro che vi è una grande attenzione alla centralità del cittadino inteso come cliente, cioè come colui che usufruisce di un servizio. Le prime avvisaglie di questo radicale cambiamento nel modo di concepire il cittadino che si avvicina al Servizio Sanitario si ritrova nella riforma sanitaria 502/92 in cui, con il concetto di aziendalizzazione, si passa dalla filosofia di *prestare un'assistenza pubblica*, in cui il cittadino è considerato come assistito, quindi con una connotazione sicuramente passiva, a quella di *vendere un servizio*, che infatti viene pagato sulla base della prestazione fornita e che caratterizza il cittadino come *cliente*. Infatti il cittadino è sempre più informato e diffidente, tende a non accettare un servizio tout court ma comincia a concepire il concetto di libera scelta; per questo motivo qualsiasi organizzazione deve tener conto, per sopravvivere, delle aspettative del cittadino neo-cliente.

Per raggiungere questo stadio della Qualità, cioè quello di un'organizzazione attenta alle esigenze dei propri clienti, l'Azienda deve:

1. conoscere e soddisfare i bisogni, espressi e non, dai propri utenti
2. seguire con molta attenzione la concorrenza (fare operazioni di benchmarking, tese cioè all'emulazione di comportamenti particolarmente virtuosi)
3. monitorare il processo e controllare attentamente ogni sua fase per poter individuare eventuali punti critici e poterli conseguentemente governare
4. porre attenzione al prodotto e al livello di soddisfazione degli utenti

Qualsiasi organizzazione, in qualunque settore operi, che voglia far propri questi principi, deve adottare un Sistema di Qualità (Venero, Leone, Peano, Tringali, Venturella, 2002), che non è altro che un insieme di attività che concorrono alla realizzazione della Qualità del prodotto/servizio, al suo mantenimento e al suo miglioramento. Adottare un Sistema di Qualità significa rivoluzionare il modo di agire, creare cioè un sistema di gestione che coinvolga tutte le risorse dell'Azienda motivandole a produrre un risultato sia per il cliente finale che per i vari clienti interni. Arrivare alla soddisfazione non solo dei propri clienti finali (intesi come gli utenti esterni al processo che ricevono poi un prodotto o un servizio), ma anche dei propri clienti interni, cioè tutti quegli operatori che in qualche modo concorrono alla buona conduzione del processo significa garantire un buon clima interno, motivare tutti i soggetti e far comprendere loro che l'operato di ognuno è allo stesso modo utile per il "successo" finale.

In questa ottica diventa imprescindibile rivedere in modo radicale i rapporti fra professionisti e pazienti, i quali sono sempre più attivi nella gestione dei propri problemi di salute, perchè vogliono

essere adeguatamente informati e/o ascoltati, che non vogliono essere semplicemente trattati come pazienti-oggetto di procedure o essere esposti a comportamenti contraddittori da parte dei curanti.

La crescente insofferenza per ogni disfunzione organizzativa obbliga chi adotta un Sistema di Qualità ad effettuare il passaggio da un modo di lavorare “per compiti” a un modo di lavorare “per problemi/obiettivi/risultati”. In questo modo la partecipazione e la motivazione degli operatori favorirà lo sviluppo di potenzialità creative ed innovative; ottenere la fidelizzazione dell’operatore alla propria Azienda rende possibili un maggiore rendimento, una migliore comunicazione fra i settori e una drastica riduzione di turn over, dimissioni e periodi di malattia.

Per aiutare l’organizzazione, ogni Sistema di Qualità si basa sull’adozione di documenti prescrittivi, quali procedure, protocolli o istruzioni operative, che servono per definire il “chi fa che cosa, come e quando”: nella sostanza si definiscono le attività da svolgere, si attribuiscono le responsabilità, si individuano le modalità operative e si decide la periodicità di esecuzione. I documenti prescrittivi assolvono a molte funzioni, fra cui quelle di uniformare i comportamenti, governare i punti critici, fornire aiuto e supporto in situazioni delicate. Un documento prescrittivo, se correttamente elaborato, adeguatamente condiviso (e non imposto!) fra gli operatori, approvato e successivamente applicato, diventa un strumento assolutamente vincolante per gli operatori al punto di assumere veste di disposizione contrattuale nei confronti dei cittadini. Infatti, tale documento diventa per l’utente una garanzia sul tipo di comportamento che può e deve ottenere dagli operatori: un’organizzazione che adotta un Sistema di Qualità è in grado di fornire sempre prestazioni ad un medesimo livello qualitativo, indipendentemente dall’operatore che le eroga (.Bonechi, De Rispi,1997)

Dal punto di vista dell’operatore, il documento prescrittivo, procedura o protocollo che sia, assume l’importanza di garanzia o di efficace difesa, in ambito di responsabilità disciplinare o civile, perché può dimostrare che quanto fatto è conforme a disposizioni concordate.

In conclusione, l’adozione di un Sistema di Qualità da parte di un’Azienda, Sanitaria e non, che eroga prestazioni e/o prodotti e/o servizi, offre molte garanzie al cliente-utente:

- ottimizzazione delle risorse, con una migliore organizzazione e una riduzione degli sprechi
- monitoraggio dei processi, individuazione e governo dei punti critici, laddove per punto critico si intende una fase del processo capace di generare problemi, ritardi o intoppi
- maggiore qualità del prodotto
- riduzione degli eventi avversi o indesiderati
- riduzione degli errori e dei quasi errore (near miss)

In merito agli ultimi due punti, bisogna ricordare che specialmente negli ultimi tempi l’aumento del contenzioso è diventato una voce di bilancio delle Aziende Sanitarie sempre più gravosa che spesso le obbliga a contratti assicurativi particolarmente onerosi; talvolta è addirittura impossibile arrivare alla stipula di un contratto di assicurazione. A tal proposito le Aziende che possono dimostrare di aver adottato un Sistema di Qualità usufruiscono di un premio assicurativo minore, proprio perché si è rilevato che vi è una riduzione del rischio. Questa è una dimostrazione del fatto che la Qualità può avere ripercussioni importanti anche da un punto di vista economico. Crosby (2002) scrisse un libro diventato poi un best seller dal titolo *Quality is free*: oggi si tende a riconoscere che l’impiego in qualsiasi organizzazione dei principi della Qualità comporta dei costi effettivi, anche solo legati al necessario cambiamento di mentalità (spesso la cosa più difficile da realizzare) ma contemporaneamente si afferma che i costi relativi alla Qualità sono “buoni costi”, perché contribuiscono a ridurre quelli derivanti dalla Non-Qualità (errori, sprechi, etc.) che sarebbero decisamente maggiori.

Bibliografia

Bonechi L., De Rispi P. [1997], *La qualità nell’Ospedale-Azienda*, Edizioni Nuovo Studio, Tecna, Roma.

S. Vernerò, G. Leone, L. Peano, M. Tringali, E. Venturella, [2002], *Un sistema di Qualità per la Qualità del Sistema*, Centro Scientifico editore, Torino. Philip
B. Crosby, [2002], *Quality is free-The Art of Making Quality Certain*, New York, Mc Graw-Hill, 1979.

STEFANO GIULIANI

Responsabile Aziendale per la Qualità nell'Az. Osp.-Univ. Pisana. Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva e in Igiene e Tecnica Ospedaliera, Valutatore di Sistemi Qualità secondo le Norme ISO 9000:2000

LUIGI TURINESE

L'ATTUAZIONE DI UN PARADIGMA SISTEMICO NELLA PREVENZIONE E NELLA CURA

Estratto

L'Autore – partendo dal presupposto di una riacquisizione da parte del paziente di una posizione attiva nel rapporto terapeutico – pone l'accento sulla necessità che il medico si faccia latore di un modello sistemico. Tale modello o paradigma non può ridursi a una petizione di principio ideologica; bensì dovrà tradursi in una pratica clinica che, accostando il paziente da un punto di vista autenticamente e dunque tecnicamente globale, consenta di avere sempre una visione d'insieme che permetta passi diagnostici e terapeutici coerenti con tale modello o paradigma. Allo scopo di suffragare tale posizione teorico-pratica, l'Autore riporta un caso clinico che mostra come tale paradigma abbia consentito una diagnosi precoce e un conseguente efficace intervento terapeutico.

*La vera salute nasce dalla rappresentazione che
abbiamo di noi stessi, come corpo e come mente*

(Mengheri, 2003)

La citazione in esergo ben si presta a riflessioni polisemantiche sull'inesauribile tema della salute. Essa difatti suggerisce di tener conto – oltre che di un significato oggettivo di cui parleremo tra breve – anche di un vertice soggettivo da cui evincere la qualità del nostro benessere. Si tratta in ultima analisi di verificare *in vivo* la verosimiglianza del *modello biopsicosociale* (Engel, 1977), secondo il quale il concetto di salute da monosemico e lineare si fa sistemico, derivando la propria definizione dall'interdipendenza di fattori biologici, psicologici e sociali. A me pare, tuttavia, che la polisemia delle riflessioni rimanga incompleta se, accanto all'opportuno richiamo al superamento della passività cui il “nuovo paziente” ha la possibilità di accedere (Mengheri, 2003a), non si pone l'accento con eguale forza sulla speculare necessità che il terapeuta faccia suo il paradigma sistemico di cui stiamo parlando. Il problema, si badi bene, non è così scontato. Se infatti possiamo ipotizzare che il sanitario “illuminato” abbia compreso che fattori psicologici e sociali costituiscono altrettanti co-fattori che determinano la perdita o la riacquisizione della salute, egli tuttavia ha bisogno di un approccio che sia sistemico nei suoi gangli profondi: di un approccio, cioè, *tecnicamente* e non solo *ideologicamente* sistemico. Ecco che cosa intendevo, poche righe sopra, quando parlavo del significato oggettivo di *vera salute*. In poche parole, il “nuovo terapeuta” e il “nuovo paziente” si devono incontrare all'interno di un sistema di valori condiviso, mancando il quale il paziente continuerà a sentirsi incompreso e il terapeuta non coglierà il cuore del disagio della persona che gli sta di fronte, attribuendo la sua sofferenza a un generico fattore psicosomatico o facendo rozzamente ricorso al concetto popolare di stress per colmare la lacuna che l'incomprensibilità del caso clinico gli spalanca di fronte. Occorre niente meno che riformulare la fisiopatologia alla luce di una *ipotesi psicosomatica* seria e non modaiola: concezione che, superando il dualismo psiche/soma, apre ad una lettura globale della fisiologia e della patologia. Mentre infatti la lettura organicista propone la sequenza lesione d'organo → disfunzione d'organo → malattia, la visione psicosomatica propone una revisione del percorso, che vede come *primum movens* lo stress come *fattore disregolatore*, cui fa seguito la sequenza disfunzione d'organo → lesione d'organo → malattia.

Attualmente vi sono numerose possibilità di verifica scientifica di questa ipotesi: si pensi agli scenari offerti dalla PNEI, grazie alla quale si è iniziato a scoprire con quali parole biochimiche (*neurotrasmettitori*) dialoghino psiche e soma; o anche, più semplicemente e a livello empirico, alle conferme provenienti dalla clinica, in cui si assiste alla scomparsa di sintomi somatici di conversione sia per il tramite della parola (psicoterapia) sia mediante un approccio farmacologico (psicofarmacologia). Non diversamente, la terapia di disordini endocrini conduce alla stabilizzazione dell'umore: è il caso della terapia degli squilibri neuroendocrini legati agli ormoni sessuali o dei sempre più frequenti distiroidismi su base autoimmune.

Per comprendere e curare molte malattie, se non la maggior parte, è dunque necessario assumere un punto di vista improntato a una visione e a una presa in carico globale del paziente, essendo ormai accertato che la sua

compliance è direttamente proporzionale a quanto egli si sente ascoltato. Alla luce di questo fatto, si possono comprendere meglio i dati del CENSIS, secondo i quali la prescrizione viene disattesa nel 50% dei casi di malattie lievi e nel 20% di quelle più gravi; mentre l'11% delle prescrizioni di psicofarmaci non arriva neppure in farmacia. Ci sarebbe da ipotizzare che tali pazienti inadempienti, piuttosto che farmaci, cercassero ascolto. Infatti il farmaco prescritto al termine di una visita medica veicola, oltre ad una oggettiva realtà farmacologica, un contesto simbolico - di aspettative, speranze, desideri, paure - appartenente sia al medico sia al malato; i quali troppo spesso, però, sono portatori di sistemi di valori differenti. “Quando il medico prescrive un farmaco, prescrive se stesso”. Questo famoso aforisma di Balint ci dice che il medico stesso è un placebo (e talora, purtroppo, un *nocebo*), con una sua farmacodinamica e, aggiungerei, una sua tossicologia. La responsabilità del medico, da questo punto di vista, è quella di creare un contesto di relazione. Il contesto di relazione e il contesto simbolico, dunque, costituiscono il *campo* all'interno del quale può maturare l'efficacia di una terapia. Trascurarli vuol dire esporsi al rischio di un fallimento o almeno di un fraintendimento. Ad esempio, per alcuni psichiatri è ovvio curare i disturbi mentali degli immigrati africani con i metodi della medicina occidentale, come se la terapia fosse indirizzata a un organo avulso dalla totalità del soggetto sofferente. Il risultato è che non solo queste cure sono inefficaci ma favoriscono l'ulteriore sradicamento degli immigrati rispetto al loro sistema di riferimento. Da questo punto di vista, è molto interessante cercare di interpretare l'aumento delle richieste di intervento “dolce” o esplicitamente omeopatico. A un livello superficiale, si tratta di un rifiuto della chimica a favore di un intervento “naturale”; se ci spingiamo più in profondità, tuttavia, ci rendiamo conto che l'obiettivo è quello di ritrovare un contesto alla terapia: tanto è vero che, in questo ritrovato contesto, non sono rare - con piena accettazione da parte del paziente - prescrizioni di tipo convenzionale. In altri termini, il farmaco allopatico viene assunto con la massima *compliance* all'interno di un contesto omeopatico (ma non dovremmo cominciare a chiamarlo finalmente un contesto di relazione terapeutica tout-court?), perché esso viene percepito come l'esito della migliore strategia possibile in quel momento e non come la ripetizione meccanica di uno standard terapeutico. E' da rimarcare a questo proposito come sia maggiore l'accettazione di un protocollo terapeutico che si configura come individuale: la soluzione è per sé soltanto e non il frutto di un modello collettivo.

Si potrebbe dire che il paziente assuma, oltre al farmaco, anche l'*idea del farmaco*. Ascoltiamo queste parole:

“Allora io gli dissi che era una certa erba, sulla quale c'era un carne magico, che se lo si cantava prendendo insieme quell'erba, il rimedio faceva guarire del tutto, ma senza quella magia l'erba da sola non serviva a nulla”.

Nel passo citato, tratto dal *Carmide* di Platone, è riportata la risposta a una richiesta, da parte di Socrate, di un rimedio per la cefalea. Si possono a ben diritto interpretare queste parole come un'anticipazione del modello psicosomatico; forse addirittura del paradigma sistemico, includente l'elemento sociale. Infatti la guarigione è un fatto anche sociale, che prevede il “ricordarsi” del malato all'armonia non solo interna ma anche del gruppo. L'*olismo* è un atteggiamento conoscitivo che si ritiene – a torto – patrimonio delle cosiddette medicine non convenzionali. A voler essere filologicamente precisi, invece, il suo rizoma affonda nella cultura greca. Nel *Fedro*, il dialogo platonico sulla Bellezza, si impara sulla totalità dell'essere molto più che nei libelli dei medici olistici contemporanei.

Socrate – E ritieni che sia possibile conoscere la natura dell'anima in modo degno di menzione, senza conoscere la natura dell'intero? (*όλον*)

Fedro – Se si deve credere a Ippocrate, che è della stirpe degli Asclepiadi, non è possibile conoscere neppure la natura del corpo, se non si segue questo metodo.

(Fedro, 270C, in Platone, 1991.: 575-576)

Per Platone, dunque, si può perseguire la guarigione soltanto rispettando la totalità dell'essere (*όλη ουσία*). In quest'ultima si devono comprendere anche le cosiddette predisposizioni morbose che, in un approccio multicausale, rivestono il ruolo di *cause interne*. D'altra parte l'istruzione del medico, almeno fin quando questi era più clinico che patologico, comprendeva la nozione di *diatesi*.

Considerare le diatesi del paziente aiutava a comprendere la direzione del suo vettore fisiopatologico, consentendo inoltre di veicolare delle norme igienico-dietetiche sufficientemente individuali. Man mano che il clinico si fece patologico, le diatesi divennero un ingombro inutilizzato ma anche relativamente inutilizzabile. Da qualche tempo, la prospettiva sta mutando. Si assiste infatti ad uno slittamento dell'attenzione dai fenomeni esogeni a quelli endogeni: la genetica con i suoi studi sul genoma umano, la consapevolezza dell'origine multifattoriale di molte malattie, l'affermarsi della PNEI (psiconeuroendocrinoimmunologia);

tutto questo ed altro ancora concorre a inquadrare la medicina in una cornice sistemica. Si ricomincia a parlare di *terreno* in ambiti convenzionali.

“Nel determinare la reattività del terreno, e quindi la suscettibilità alla malattia per ipo- o iperreattività del medesimo, agiscono sinergicamente tre sistemi biologici, la cui caratteristica comune è quella di esercitare un’azione generalizzata a livello di tutti gli organi e di tutti i tessuti: il sistema endocrino, il sistema nervoso vegetativo (o autonomo) e il sistema immunitario” (Pancheri, 1980: 33).

L’analisi dei tre sistemi – e del loro continuo interrelarsi – costituisce il filo rosso di ogni approccio che voglia definirsi sistemico, olistico o globale. Tali approcci utilizzano tutte le maniche sepolte dalle pretese scientiste: come la *fisiognomica*, finissima lettura della *facies* del paziente; o ancora la *biotipologia*, strumento semeiologico e interpretativo basato sull’analisi della struttura, della funzione e del temperamento e orientato verso la comprensione delle differenze individuali e la conseguente scelta di una terapia individualizzata (Turinese, 1997).

Queste discipline suscitano il problema cruciale di dare un contesto al segno. Ne deriva la necessità di un approccio categoriale, che consenta di mediare la singolarità del malato con la genericità dei criteri nosografici: approccio teso dunque non a uniformare ma a far emergere l’individualità, cosa ben compresa da Ivan Cavicchi quando scrive che

“[...] il medico oggi usa le categorie generali in uno sforzo di comprensione della singolarità” (Cavicchi, 2000: 118).

È abbastanza difficile che un malato rientri, con la sua unicità e complessità personale, in una casella nosografica: si potrebbe dire – giocando un po’ con le parole – che egli rappresenti un caso clinico perché la sua storia risponde più al caso che alla necessità.

Concludo questo mio intervento appunto con un caso: quello di una signora circa la quale sono in possesso di una documentazione clinica che va dall’aprile 1987 al luglio 2001 (Turinese 2004). La gran parte della sua storia è ordinaria amministrazione; se non che – in due specifici episodi – si sono presentati eventi clinici la cui soluzione diagnostica è stata resa possibile a mio avviso dalla conoscenza della semeiotica omeopatica, dunque di un’*ermeneutica sistemica*: nel senso che la semeiotica messa in atto dalla medicina omeopatica, ricercando *la totalità dei sintomi e dei segni*, è per così dire *costretta* ad essere sistemica e improntata a un’osservazione minuziosa. “Perché la medicina è sopra ogni altra cosa un’arte dell’osservare” (Turinese, 1997: 102).

Da questo punto di vista, la medicina è una disciplina basata su di un’epistemologia segnica.

Se indaghiamo le qualità del segno in medicina, scopriamo che, in estrema sintesi, esso:

- rivela qualcosa
- è connesso ad altri segni
- si pone come tappa di una patogenesi

In un certo senso, il paziente è il testo di cui i segni rappresentano il linguaggio. Applicarsi a comprendere il paziente è dunque un esercizio ermeneutico (Turinese 2001).

Si intende per *ermeneutica* l’arte dell’interpretazione. In un certo senso, dunque, la semeiotica – lettura del *σημείον* – è ermeneutica applicata alla medicina e il paziente un testo da interpretare.

9 aprile 1987

Giunge alla mia osservazione una distinta signora di 62 anni che riferisce quelle che a tutta prima sembrano essere crisi vagali, caratterizzate da nausea e non meglio precisate vertigini; le crisi durano da sei anni, con variabile periodicità. La paziente è per il resto paucisintomatica, fatta eccezione per una tendenza stitica e saltuari crampi delle estremità inferiori. Evidenzio un certo grado di insufficienza venosa (varici degli arti inferiori) e una pressione arteriosa piuttosto alta, soprattutto per quanto attiene alla diastolica: 140/100. La signora è molto freddolosa e intollerante all’umidità. Sul piano psicologico si registrano una nota ansiosa e soprattutto elementi ossessivi. Tra i desideri alimentari non riesco ad evidenziare altro che una predilezione per i gelati.

L’aspetto è quello di una longilinea piuttosto astenica, con una cute molto seborroica, soprattutto sul dorso e nei solchi naso-genieni; numerose verruche seborroiche punteggiano il tronco e l’addome.

L’anamnesi fisiologica è piuttosto regolare: menarca a 12 anni e menopausa a 52 anni, senza particolari disturbi e non trattata farmacologicamente. Ha avuto quattro figli maschi che godono buona salute.

L'*ananmnesi familiare* è caratterizzata dalla morte di entrambi i genitori per neoplasia, il padre a 62 anni e la madre a 56 anni. Dei tre fratelli, uno è deceduto da bambino e gli altri due sono in apparente buona salute; delle tre sorelle una sta bene, un'altra, coronaropatica, è stata isterectomizzata mentre la terza è depressa.

Nell'*ananmnesi patologica remota*, a parte i comuni esantemi, si rilevano geloni da bambina; acne volgare protrattasi fino a 40 anni; a 40 anni una lunga crisi depressiva con insonnia importante; stripping della safena sinistra a 54 anni; a 56 anni l'asportazione di un nevo verrucoso.

Sulla base degli elementi a disposizione prescrivo Thuya 30CH – evidentemente sulla scorta del *modello reattivo* e della *tipologia sensibile* – e Ignatia 30CH per i sintomi attuali, che ritengo di natura neurodistonica.

11 giugno 1987

La paziente riferisce un ottimo riequilibrio; i sintomi vagali sono silenti. Da un paio di settimane, all'apparire dei primi caldi, si sono rifatti vivi sintomi di insufficienza venosa, comprendenti anche emorroidi. All'esame obiettivo è presente una spiccata dolorabilità dell'ipocondrio destro e del fianco destro. Prescrivo un'alternanza di Hamamelis 5CH e di Pulsatilla 15CH, con l'aggiunta dei M.G. di Sorbus Domestica e di Castanea Vesca; come medicinale di fondo mi attesto su di una dose settimanale di Thuya 30CH.

Nel corso del 1987, del 1988, del 1989 e del 1990 la signora sta sempre meglio; la vedo in media due-tre volte l'anno e le confermo sempre Thuya come trattamento di fondo, con poche varianti, per lo più tra i medicinali di area psicotica. Soltanto all'inizio del 1991 riappare un breve episodio vertiginoso, facilmente dominato. Alla visita del 16 settembre 1991 mi riferisce di aver notato feci schiumose; quel giorno la prescrizione – che avrà risultati rapidamente positivi – vede Natrum Carbonicum 9CH come sintomatico, accanto a dosi periodiche di Thuya 200CH e di Medorrhinum 200CH come trattamento di fondo.

Nel corso dei tre anni successivi – effettuando controlli sempre all'incirca ogni tre-quattro mesi – si comincia a palesare qualche sintomo intestinale minore, a tutta prima ascrivibile ad emorroidi e ad una generica irritabilità del colon, come testimonia la presenza sporadica di feci cilindriche e malformate. L'ultima visita del 1994 e il primo controllo del 1995 conducono – non a caso – alla prescrizione di Thuya e Natrum Sulphuricum. Nel corso della visita del 24 aprile 1995 mi riferisce di una recente tracheite catarrale accompagnata da ostruzione nasale e catarro tubarico: oltre alla surriferita terapia di fondo prescrivo Hydrastis Canadensis 9CH e kalium bichromicum 5CH; l'obiettività toracica è negativa. La sintomatologia sembra attenuarsi; ma nel corso delle festività del primo maggio viene colta da quella che sembra una sinusite febbrile accompagnata da tosse, per la quale un sanitario consultato prescrive, senza esiti apprezzabili, antibiotici per via orale e cortisone per via inalatoria. La paziente mi rintraccia telefonicamente e – sulla base di una intuizione apparentemente irrazionale – le chiedo di sottoporsi ad una radiografia standard del torace. Ricordo ancora la sua composta reazione quando – arrivando a studio e consegnandomi le radiografie – mi annuncia di avere un tumore polmonare: in effetti, alla base di sinistra appare un'immagine inequivocabile. Immediato ricovero, TAC e lobectomia inferiore sinistra: si tratta di un carcinoma moderatamente differenziato.

Vado a trovarla in clinica e la trovo in condizioni discrete; i figli mi ringraziano per aver contribuito ad una diagnosi precoce. Devo aggiungere di aver sospettato il tumore – oltre che su base squisitamente costituzionale – anche in relazione al fatto che circa un anno prima uno dei suoi fratelli era stato operato per lo stesso tipo di tumore nella stessa sede.

La paziente riprende una vita pressoché normale, punteggiata dai controlli di prammatica coordinati da uno staff di prima qualità (si ricordi l'estrazione alto-borghese della signora e i relativi ottimi mezzi finanziari).

Nel corso dei nostri periodici incontri mi preoccupo soprattutto di tamponare sintomatologie intercorrenti – tra cui una generica dolenzia addominale talora focalizzata in fossa iliaca destra – pur senza mai dimenticare qualche dose di Thuya.

Il 15 maggio 1997 mi porta un'ecografia dell'addome superiore da cui risulta la presenza di sabbia biliare; decido di trattarla con acido ursodesossicolico, 1 capsula da 150 mg. due volte al dì. In effetti, il 30 ottobre 1997 l'ecografia mostra la scomparsa della sabbia biliare. I markers tumorali continuano ad essere in ordine, anche se la VES, che non è mai stata normale, è risalita a 55 mm. Gli oncologi si dichiarano tranquilli. Tuttavia si è ripresentata la stipsi e la paziente lamenta da un mese dolori addominali. Nel corso della visita

riscontro un'intensa dolorabilità di tutto l'addome, soprattutto in fossa iliaca destra; e una sensazione difficile da riferire ma per me tangibile e preoccupante: qualcosa tra un'aumentata resistenza della parete addominale e una distensione viscerale abnorme per il suo standard. Le dico che bisognerà effettuare una qualche indagine strumentale; ma lei, di solito docile e fiduciosa, questa volta recalcitra: dopo tutto, gli oncologi sono tranquilli. Non la lascio uscire dallo studio, tuttavia, senza averle strappato l'assicurazione di sottoporsi ad un clisma opaco: il massimo che posso ottenere, dato che di colonscopia non vuole neppure sentir parlare. Grazie alla mia insistenza, nel dicembre 1997 le vengono asportati – per via endoscopica – focolai di adenocarcinoma apparsi nella compagine di una poliposi del colon trasverso.

L'ultimo controllo di cui ho documentazione risale al 12 luglio 2001; mi riferisce – ultima sorpresa – di essere stata sottoposta a pneumectomia sinistra il 12 aprile 1999, per una ripresa del tumore polmonare.

Considerazioni conclusive

Pur con i limiti di una necessaria sintesi nell'esposizione del caso, appare chiaro come alcuni passaggi diagnostici – segnatamente l'ultimo, quello relativo al sospetto di tumore intestinale – siano stati enormemente facilitati dall'applicazione di nozioni di semeiotica omeopatica, soprattutto di quelle relative al terreno, che nella paziente si sostanziano in una prevalenza del *modello reattivo sicotico* e nell'evidenza dei segni di una *tipologia sensibile Thuya*.

È altrettanto chiaro che – senza sottovalutare l'oggettività delle indagini diagnostiche strumentali – la profonda conoscenza della paziente mi ha consentito sospetti diagnostici che sono sfuggiti a colleghi bravi e titolati; per esempio, soltanto a chi aveva palpato *quell'addome* decine di volte i polpastrelli potevano restituire la *strana sensazione* di qualcosa che non andava.

In questo sta la forza, l'utilità e – sia detto senza retorica – la grandezza dell'applicazione clinica di un paradigma olistico.

Bibliografia

CAVICCHI I. [2000]: *La medicina della scelta*, Bollati Boringhieri, Torino.

ENGEL G. [1977]: *The need for a new medical model: a challenge for a biomedicine*, in "Science", n.196, 129-136.

MENGHERI M. [2003]: *Counseling, promozione della salute, relazione d'aiuto*, in "Sentieri" III, 1-2, ETS, Pisa.

MENGHERI M. [2003]: *Dalla prevenzione alla promozione della salute*, in "Sentieri" III, 1-2, ETS, Pisa.

PANCHERI P. [1980]: *Stress, emozioni, malattia*, Mondadori, Milano.

PLATONE [1991]: *Carmide*, in "Tutti gli scritti" (a cura di G. Reale), Rusconi, Milano.

PLATONE [1991]: *Fedro*, in "Tutti gli scritti" (a cura di G. Reale), Rusconi, Milano.

TURINESE L. [1997]: *Biotipologia. L'analisi del tipo nella pratica medica*, Tecniche Nuove, Milano.

TURINESE L. [2001]: *Il concetto di modello reattivo come strumento ermeneutico: oltre l'Omeopatia*, in *Filosofia della medicina*, Manifestolibri, Roma.

TURINESE L. [2004]: *L'istruttivo caso della Marchesa A.C.M. Ovvero: come trarre i maggiori vantaggi dalla semeiotica medica*, in "La complessità in medicina", 275-279, 3° Convegno Nazionale SIOMI, Grafica La nave, Firenze.

LUIGI TURINESE

Psicologo Analista AIPA-Roma, Omeopata

MARIO LUPI

Il Cavallo e l'Uomo

Estratto

Nel promuovere la tutela della salute, in relazione all'ambiente naturale, l'importanza del cavallo e della relazione che esso può avere con l'uomo è estremamente opportuna. Questo porta a creare una sorta di fiducia nel proprio modello animale, uno spontaneo affidarsi, senza bisogno di formulare interrogativi

L'intervento che mi sono proposto sarà breve e sarà impostato in modo da suscitare, quantomeno, un po' di curiosità.

Dal momento che mi è stato chiesto di esporre le varie problematiche che intercorrono tra promozione della salute e ambiente, ho deciso di puntare l'attenzione su quest'ultimo, andandone a ricercare le possibili connessioni con la psicologia.

Il rapporto che lega l'uomo all'ambiente è, per sua natura, complesso e bidirezionale: si tratta infatti di due sistemi interattivi in costante relazione dinamica.

I problemi inerenti l'ambiente riguardano sostanzialmente il modo con cui la società umana amministra i processi produttivi, le risorse rinnovabili e non, i beni culturali, i meccanismi di regolazione e di previsione dei fenomeni naturali. Da qui si origina l'esigenza di una ridefinizione dei modelli organizzativi ora esposti ad un contesto globale che è insieme una minaccia e uno stimolo alla crescita e allo sviluppo. L'incremento della popolazione, l'uso crescente e incontrollato di energia e risorse, l'aumento della produzione di rifiuti solidi, liquidi e gassosi, la distruzione delle risorse naturali, l'estinzione di specie rare di animali rendono al nostro pianeta sempre più difficile il compito di tollerarci. L'ambiente ha anche un'influenza indiretta sul tipo di società e di economia che si sviluppa in una data regione. In passato abbiamo considerato l'ambiente ed il clima come dati imm modificabili da parte dell'uomo, e i mutamenti climatici come eventi molto rari e imponderabili. Oggi invece stiamo assistendo ad un totale cambiamento del nostro ambiente, e con esso anche a vari cambiamenti climatici come ad esempio l'aumento della temperatura terrestre dovuto all'effetto serra e lo scioglimento dei ghiacci. Questi effetti avranno a loro volta conseguenze sul nostro stile di vita, la nostra società ed il nostro benessere fisico e psicologico.

Altro aspetto che indissolubilmente lega l'uomo al suo ambiente è l'alimentazione. Un'alimentazione equilibrata ha come obiettivo più benessere e più salute, senza tuttavia mortificare i sensi e il piacere della buona tavola. La dieta mediterranea ad esempio è ritenuta oggi in tutto il mondo la dieta più efficace per star bene, è anche una delle più varie che si conoscano. Si basa principalmente sul consumo di alimenti di origine vegetale, come pane, pasta, frutta, ortaggi, olio d'oliva e moderati consumi di alimenti di origine animale.

Con questo breve intervento, ho cercato di stimolare la curiosità di quelli che, tra voi, sono interessati ad approfondire alcuni specifici aspetti più vicini all'ambiente. Vi porto in esame, a questo proposito, una proposta di legge inerente alla protezione degli animali con la quale, oltre a conferire e riconoscere veri e propri diritti agli stessi, vengono introdotte varie iniziative (come quella di consentire agli anziani ricoverati in istituti di poter tenere con sé piccoli animali da compagnia che contribuirebbero alla promozione salutogena dei soggetti); ciò è rivolto non soltanto a queste persone, ma a tutti coloro che vivono in condizioni di disagio, come ad esempio i detenuti, le persone con handicap sia psichici che fisici, i ricoverati ospedalieri a lunga degenza.

Nel promuovere la tutela della salute, in relazione all'ambiente naturale, sono talmente convinto dell'importanza del cavallo e della relazione che esso può avere con l'uomo, che mi sono sentito in dovere di presentare, a tal riguardo, una proposta di legge recentemente presentata al Consiglio Regionale della Toscana.

Come evidenziato da Galli (2001), questo animale, al centro di una molteplicità di valenze complesse e contraddittorie, simboleggia, nell'immaginario collettivo, l'impetuosità del desiderio e della forza dell'Eros che ci lega indissolubilmente alla vita, l'energia vitale ed istintuale, con la sua potenza salvifica e talvolta potenzialmente distruttiva.

Nella riscoperta del cavallo c'è tutto il bisogno di contatto con la nostra istintualità negata, con i nostri aspetti emozionali troppo spesso ancora repressi. La sfida è conciliare le nostre parti emozionali, pulsionali, con quelle

razionali, integrandole, in una salute psichica che Carotenuto e Boncinelli (2000) definiscono “una sorta di fiducia nel proprio modello animale, uno spontaneo affidarsi, senza bisogno di formulare interrogativi”.

Il cavallo ci aiuta a fidarci delle nostre emozioni, ad avere fiducia nella propria spontaneità (Galli, 2001, p.129). La relazione con il cavallo, in particolare il cavalcare, evoca il bisogno e la tensione umana verso l'integrazione dei vissuti e delle energie dell'inconscio con la struttura della personalità cosciente e le richieste della realtà, in una ricerca costante di armonia interiore (ibidem, p.110). Se il cavallo rappresenta la forza dirompente dell'inconscio, il cavaliere è colui che armonizza tale pulsione sotterranea con la realtà.

Il cavallo, invece che mezzo e strumento di lavoro, come è stato considerato per secoli, è essere vivo in grado di interagire con le nostre emozioni, “un silente fratello-anima che ci sta a fianco, oppure un dottore dell'anima, che capisce le leggi psichiche, diverse da quelle dell'Io diurno” (Hillman,1991).

In taluni casi diventa infatti il dottor cavallo, con possibilità terapeutiche per bambini ed adolescenti che può aiutare a superare disagi psichici e mentali. Sempre offre al suo cavaliere possibilità di contatto tra il suo Io e l'inconscio.

Cavallo, dunque, come simbolo di fertilità, di bellezza “raggiunta attraverso il dominio della spiritualità sulla materia” poiché in grado di mobilitare vissuti inconsci in chi si fa portare dal suo andamento oscillante (che ricorda quasi il cullare materno) aprendo il proprio bacino (parte del corpo molto intima) al contatto con l'Altro; al contrario l'atto di cavalcarlo stimola un processo simbolico di distacco dalla madre arcaica che aiuta il soggetto a prendere maggiore coscienza di sé e a guarire da eventuali disturbi psichici e da un Io instabile provocato da un atteggiamento troppo invasivo della madre stessa durante l'infanzia (Galli, 2001).

Spesso, nella letteratura, troviamo citate frasi quali “la madre è il cavallo del bambino, è colei che consente all'eroe di muoversi nel mondo senza perdere le forze”: il cavallo è dunque visto e vissuto come oggetto relazionale che reagisce ai sentimenti e alle intenzioni inconse dell'uomo adottando un comportamento di conservazione aderente alla realtà.

Come con la madre durante la prima infanzia del figlio, infatti, prevale una comunicazione non verbale fatta di espressioni corporee e di gestualità, anche se secondo Galli (2000) quest' animale è capace di rappresentare archetipi diversi come l'Anima, la Grande Madre o il vecchio Saggio, a seconda dello stadio di sviluppo in cui si trova l'individuo con cui interagisce.

Non è un caso, forse, che nello studio di Freud fosse appesa una riproduzione d'un celebre dipinto del letterato e pittore di origine svizzera Füssli, dal titolo “l'incubo” (oggi all'Institute of the Arts di Detroit, in USA) in cui è proprio il cavallo l'animale rappresentato.

La psicanalisi ha individuato nel cavallo il referente simbolico dell'istintività umana e lo abbiamo visto nei riti di fertilità, nel suo aspetto uranico diventare immagine di bellezza, capace di dominare lo spirito rispetto alla materia, partecipe della dialettica vita/morte.

Personalmente ritengo che il cavallo sia più di un animale, che va riconosciuto come soggetto, portatore di una specificità con dignità pari alla nostra, così come, parallelamente, l'uomo fa parte del mondo animale. Concludendo, sono convinto che occorra, oggi più che mai, nel rispetto delle biodiversità, valorizzare il bene comune ambientale con cui siamo in profonda relazione e che, in qualche modo, ci accoglie come grembo materno legato anche al nostro domani.

Bibliografia

Carotenuto A., Boncinelli E., [2000], *Pensare l'invisibile. Dal DNA all'inconscio*, Bompiani

Hillman J., [1991], *Animali nel sogno*, Cortina

Valcarengi Majiad, Vogel K., Faccioli P., Montecucco N., Arturi S., Maggio A., Sambonet V., Sabbadini, [1990] *S. Politica e Zen. Un nuovo Manifesto*, Feltrinelli, Milano.

Galli, M. L. [2001], *Il cavallo e l'uomo: psicologia, simbolo e mito*, Equitare, Iesa Lama (SI).

MARIO LUPI

Dottore in Scienze Politiche. Capogruppo in Consiglio Regionale dei Verdi per l'Unione

Anna Maria Marrocco

Estratto

*Alienazione vuol dire trasferimento di diritti, riappropriazione vuol dire ritornarne in possesso.
In questo contributo vengono esplorati questi pensieri.*

Porto il saluto della Provincia agli organizzatori ed ai partecipanti a questo convegno così corposo che pone un tema di grande attualità nel dibattito regionale e nazionale come l'alienazione e riappropriazione della salute. Alienazione vuol dire trasferimento di diritti, riappropriazione vuol dire ritornarne in possesso. Ivan Illich (1973), fin dal suo libro "La Convivialità" pubblicato nel lontano 1973, partendo dalla osservazione della sanità americana, spiega bene questa differenza e pone il crescente allontanamento della cura dalle persone in relazione con l'impresa industriale, nelle mani di medici, ospedali, laboratori farmaceutici, che da una parte incoraggia la diffusione di procedimenti d'avanguardia costosi e complicati, dall'altra riduce il malato e i suoi familiari allo stato di docili clienti. Questa trasformazione del medico che ascolta una sofferenza in medico che esamina un diagramma sanitario induce il paziente, ad assoggettarsi, nel senso letterale del termine, ad un'autopsia: a vedere se stesso diviso in tanti pezzettini come un alter ego. Con ciò la persona rinuncia a sentirsi artefice della propria salute, delega al medico la paura di affrontare la sofferenza, sempre più relegata nei paesi del terzo mondo, e gli chiede di mantenere il più a lungo possibile la gioventù e di prolungare la vita all'infinito. È il rifiuto della vecchiaia, del dolore e della morte, dimenticando che questo disgusto dell'arte di soffrire è la negazione stessa della condizione umana, e che contemporaneamente milioni di persone nel terzo mondo vengono privati dei più elementari diritti come le vaccinazioni e il cibo.

Lo stato di passività alimenta una macchina che non produce solo disaffezione ed estraniamento ma anche disservizi. E' di qualche giorno fa la notizia che in Italia ogni anno, mediamente, muore oltre il 6% dei ricoverati in ospedale per un errore medico.

E' uno dei dati più significativi emerso in apertura del Sesto simposio internazionale di salute pubblica tenuto a settembre a Induno Olona (Varese). L'errore medico sta diventando la preoccupazione maggiore dei sistemi sanitari odierni. I dati sono del giugno 2001: in Italia su 8 milioni di ricoveri l'anno, ben 340 mila pazienti escono dagli ospedali con danni o malattie dovuti esclusivamente ad errori nelle cure o a disservizi ospedalieri. Il numero dei morti in conseguenza di errori e' fortemente incerto ed oscilla tra 14 mila e 50 mila decessi. Se si considera che nel 2000 si sono verificati 557.584 decessi nel loro complesso, i 35mila morti per errore medico costituiscono il 6,2%.

Negli stati uniti sono quasi 800.000 i morti all'anno per Reazioni Avverse ai farmaci, per Errore medico o per Infezione presa nelle strutture ospedaliere. Ne risulta che il sistema medico americano è la causa principale di ferimento e morte negli Stati Uniti. I numeri sono superiori ai morti per malattie di cuore nel 2001 di 699.697, o per cancro 553.251.

L'attenzione alla salute di cui parliamo oggi vuole essere un'altra cosa. Vuole parlare alle persone, vuole essere conviviale come dice Illich.

Parte dalla consapevolezza che l'uomo è un unico psicofisico, dove riprendersi la cura vuol dire sentirsi, capire il disagio in relazione all'ambiente affettivo in cui si vive, allo stress che lo stile di vita occidentale non si pone più limiti, porta con sé.

La Regione Toscana nell'ambito delle attività di promozione e conservazione della salute, del benessere e della migliore qualità della vita, all'Art. 2 della L.R. 3 gennaio 2005, n. 2 Discipline del benessere e bio-naturali. (Fortemente voluta da verdi regionali) definisce "discipline del benessere e bio-naturali" le pratiche e le tecniche naturali, energetiche, psicosomatiche, artistiche e culturali esercitate per favorire il raggiungimento, il miglioramento e la conservazione del benessere globale della persona."

In questo contesto si passa da una concezione passiva della salute ad una partecipazione attiva alla propria guarigione. Non c'è più l'accento sulla malattia come evento separato dalla vita ed analizzabile al microscopio, ma sulla persona con tutto il suo bagaglio di vita, qualità ambientale, sofferenza e felicità. Si fa riferimento ad una accezione più ampia del concetto di salute, che si trasforma da stato di assenza di malattie a stato di benessere psico/fisico.

Io sono un bioarchitetto, una brutta parola, preferirei chiamarmi solo architetto. Purtroppo nella industria edilizia contemporanea l'aspetto della qualità dell'abitare e delle sue influenze sulla vita delle persone è l'ultima delle preoccupazioni.

Eppure, accanto all'attenzione per l'alimentazione sana e biologica, alla ricerca di terapie basate sulla capacità di autoguarigione del corpo umano, alla esigenza di tempo libero da dedicare allo sviluppo del proprio io fisico ed interiore, cresce la richiesta di luoghi sani in cui vivere.

È ormai diventata comune la convinzione che il migliorare l'ambiente di vita, casa, città o ambiente naturale, sia strettamente legato anche al prendersi cura della propria ed altrui salute.

Di contro, le nostre costruzioni sono sempre più spesso fonte di malattie. La società contemporanea presenta problemi sconosciuti fino a pochi decenni fa dovuti ai nuovi elementi di inquinamento ambientale interno alle abitazioni (gabbie di Faraday per l'uso del cemento armato, campi elettromagnetici artificiali, emissioni tossiche dai materiali e arredi, alla qualità del microclima interno, ecc.) ed esterno (cabine di trasformazione elettrica ed elettrodotti, ripetitori, scarichi tossici nelle acque, suolo e aria).

Fa riflettere la maggior incidenza di malattie dovute all'inquinamento indoor (asma, riniti, affezioni alle vie aeree, allergie, ecc.), emergenza preoccupante per le conseguenze sulla salute degli abitanti, in particolar modo dei bambini e degli anziani e secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità ben il 30% degli edifici dei paesi industrializzati soffrirebbe della sindrome del palazzo malato. A ciò si aggiunge il danno all'ambiente dovuto all'attività edilizia, in termini di consumi energetici e di acqua, dell'uso di materiali non riciclabili e del loro smaltimento.

Presupposto culturale della bioedilizia invece è la convinzione che uomo e ambiente sono strettamente legati in un rapporto di interdipendenza: il danno che il pianeta sta ricevendo dalle attività umane è un pericolo per la stessa sopravvivenza umana.

Il rovesciamento culturale (il nuovo paradigma) è nella convinzione che l'uomo non è il padrone delle risorse naturali e che la crescita di questo modello di sviluppo non è infinita e l'intervento dell'uomo sul territorio, anche attraverso la sua Architettura, può contribuire a non rendere irreversibili meccanismi che si ritorcono contro le sue esigenze e quelle della vita in generale. Pensiamo alle emissioni di CO₂ in atmosfera. Oltre alle caratteristiche palpabili di confort fisico e funzionalità, esiste un contenuto invisibile che fa del nostro habitat costruito un luogo dell'anima.

Come l'ambiente naturale che ci circonda ha il suo *genius loci*, così ogni angolo costruito, dalla semplice stanza all'appartamento, all'intero edificio, alla città, al territorio, è un luogo che vive attraverso mutue relazioni funzionali ed emozionali di tutto con il tutto.

I luoghi costruiti, al pari di quelli naturali, hanno vita propria e sono teatro dell'attività umana; essi non fanno solo da sfondo alla rappresentazione della nostra vita, ma ne prendono parte pienamente influenzando i nostri umori, sentimenti, pensieri ed eventi.

Possono essere attraenti o respingenti, solari o tristi, pensati o casuali.

Comunicano sempre la cura o il disinteresse di chi li ha progettati. Possono essere spazi anonimi, semplici contenitori senza vita o compagni di esistenze ricche di emozioni.

Anche nell'Architettura si è persa la visione olistica dell'uomo come totalità di affetti, fisicità, attività e spiritualità per ridurlo ad una somma di parti tra loro separate: il lavoro, il riposo, la famiglia sono tanti segmenti che hanno tempi diversi, luoghi diversi, malattie e terapie diverse.

Progettare per l'uomo come totalità vuol dire abbandonare da un lato la visione "egocentrica" del progettista "artista" che lascia i segni della sua personale autoaffermazione, dall'altro l'impostazione solo tecnologica ed economica.

Ad esempio culturalmente diamo per scontata la ortogonalità delle linee e la precisione dei tagli delle pareti, privilegiando il segno che divide e separa rispetto a quello che collega, frazioniamo invece che connettere.

La natura invece si sviluppa sempre per accrescimenti armonici, spesso seguendo la regola del Rapporto Aureo, e, sebbene a fondamento di ogni forma vivente in natura si ritrovino principi geometrici, nessuna di esse presenta linee rette. Le forme costituite da linee ortogonali tra loro sono, in un modo o nell'altro, create dall'uomo; non appartengono al mondo naturale.

Come non esiste una casa uguale per tutti, la nostra personale energia entrando in contatto con un luogo preciso / in un tempo preciso, porterà i segni questa sinergia.

Sempre più spesso, allora, l'architetto si trova ad essere un po' psicologo e un po' medico, medico dell'anima, partendo dall'assunto che la casa è, per usare una bella definizione di C. Day, il luogo dell'anima.

Ad esempio sappiamo che i colori influenzano il nostro umore ed i nostri stati d'animo. Sappiamo che il Disturbo Affettivo e Stagionale (S.A.D.) è un tipo specifico di depressione, che sopraggiunge durante specifici periodi dell'anno, dovuta ai cambi di esposizione alla luce del sole. Allora la scelta di utilizzare colori e tinte differenti per le diverse superfici che delimitano le stanze dei luoghi di cura possono operare nell'ottica di migliorare la vivibilità emotiva degli ambienti dove la esigenza primaria è quella di favorire un pronto ristabilimento psico-fisico.

La presenza di giardini d'inverno con piante e fiori, di angoli per appartarsi con le persone care, di vedute dove percepire la variazione di luce ed energia durante il giorno e la notte, di acqua in movimento (fontane e acquari con il loro suono arricchiscono di naturalità gli ambienti) permette di mantenere il rapporto con l'esterno e la natura, crea un disteso clima psicologico e facilita il processo di elaborazione e superamento della malattia.

Ciò è particolarmente vero per i reparti di degenza pediatrica, dove i bambini possono essere ricoverati per brevi periodi, ma anche per lunghe degenze, a volte per malattie gravi che necessitano della vicinanza di genitori e amici e di un ambiente altamente stimolante e rassicurante.

La pratica ospedaliera si basa sull'osservazione della singola malattia, sull'obbedienza dei "pazienti" (fin troppo pazienti) e sull'affidamento rassegnato a procedure di "cura" e luoghi standardizzate.

La considerazione dell'unicum psicofisico invece, tende a stimolare la capacità autoguaritrice dell'organismo umano, sostenendo la fiducia in sé stessi e favorendo la comprensione dell'evento nuovo come un segnale, manifestato nel corpo, di problemi non risolti, come un passaggio da uno stato di equilibrio ad uno di squilibrio energetico, spesso come una svolta nella propria vita.

Bibliografia

Illich I. [1973], *La convivialità*, Mondadori, Milano.

ANNA MARIA MARROCCO:

Bioarchitetto, Assessore Provinciale Parchi, Aree Protette, Difesa del suolo, Protezione civile

L'IDENTITÀ SESSUALE: PERCORSO EVOLUTIVO E DINAMICO NELLA SALVAGUARDIA E PREVENZIONE DELLA SALUTE.

Estratto:

L'autrice traccia il percorso relativo alla differenziazione sessuale nell'ontogenesi dello sviluppo umano, fino al delinarsi delle basi cromosomiche, ormonali, anatomiche e psicologiche dell'identità di genere maschile e femminile.

L'intento è di mostrare come la strutturazione dell'identità sessuale, tutt'altro che pronta al concepimento, tenda a configurarsi come un processo evolutivo e dinamico, che procede dalla nascita in avanti attraverso una serie di tappe, vicissitudini e scenari, rispetto ai quali l'identità sessuale è costretta a continue crisi e ristrutturazioni

La differenziazione sessuale nasce dal biologico e si avvale di fondamentali apporti cromosomici e ormonali, i quali nel corso dello sviluppo ontogenetico vanno a costituire le basi dell'identità di genere maschile o femminile.

Ai primordi della vita intrauterina, l'embrione è morfologicamente indifferenziato e fenotipicamente femmina, solo in seguito all'attivazione del cromosoma y inizierebbe un percorso di trasformazione in senso maschile, grazie alla presenza attiva del gene preposto a questo compito SRY (Sex Reversal Gene).

Tra l'8° e la 12° settimana di vita intrauterina, nel testicolo del feto maschio, inizia la produzione di testosterone che porta l'apparato genitale primordiale alla differenziazione in senso maschile.

È stata inoltre dimostrata l'importanza degli ormoni femminili (estradiolo) nella determinazione del comportamento sessuale maschile: nel sistema nervoso centrale dei mammiferi inferiori (ratti), in un feto geneticamente maschio sembrerebbe necessaria la trasformazione da testosterone in estradiolo per ottenere il comportamento di monta, mentre nella femmina l'estradiolo resterebbe inibito all'azione a seguito del legame con l'alfafetoproteina, di impedimento al passaggio della barriera ematoencefalica.

Dal punto di vista della formazione dell'identità sessuale il periodo prenatale è sottoposto a momenti critici, durante i quali uno "stress" della mamma o del feto protratto nel tempo può alterare l'ambiente neuroendocrino, che costituisce uno dei fattori maggiormente determinanti nella programmazione del cervello.

In fisiologia quando si parla di stress ci riferiamo ad uno stimolo proveniente dall'interno o dall'esterno dell'organismo e che tende a modificare l'equilibrio.

Nell'uomo lo stress può essere psichico o organico, entrambi i tipi di stress interagiscono col sistema neuroendocrinoimmunologico attivando sistemi omeostatici deputati alla sopravvivenza dell'individuo.

Ma lo stress non è solo un fattore positivo nell'ontogenesi dell'individuo, esso diventa patologico e per questo motivo viene denominato "distress" dagli autori anglosassoni (Spector, 1988) quando è protratto e percepito come pericoloso per la sopravvivenza fisica e/o psichica dell'individuo.

Il distress della madre può dipendere da una malattia fisica contratta prima o dopo la gravidanza e protratta poi, o da fattori psicologici che impediscono in maniera prolungata una gestazione serena.

Il distress del feto può dipendere dalle condizioni dell'unità feto-placentare o essere direttamente il riflesso del di stress materno.

Ciò che si verifica a carico della ghiandola surrenale in condizioni di stress, è che essa produce in maggiori quantità androgeni deboli che nel maschio entrano in competizione con gli androgeni forti prodotti dai testicoli del feto e creano il rischio di una ipoandrogenizzazione cerebrale.

Al contrario nella femmina la produzione di androgeni deboli surrenalici produce il rischio di una "androgenizzazione" del cervello fetale.

Queste condizioni non modificano di per sé il percorso dell'identità sessuale, possono tuttavia attenuare la programmazione in senso maschile o femminile attraverso una maggiore recettorialità cerebrale del bambino a certi stimoli piuttosto che ad altri.

L'identità sessuale, come abbiamo visto, non è pronta al momento del concepimento, al contrario si configura come un "processo" evolutivo e dinamico, con una partenza cromosomica, ormonale e anatomica e che procede dalla nascita in avanti attraverso una serie di tappe, vicissitudini e scenari rispetto ai quali l'identità è costretta a continue crisi e ristrutturazioni. Essa passa da una fase pregenitale, infantile, per giungere ad una fase genitale adulta, o "certa", con una moratoria adolescenziale di difficile risoluzione in relazione all'individuo e alla cultura.

Fu Erickson (1968) che colse in *primis* l'importanza e la complessità di questo concetto sottolineandone non solo l'evolutività, ma soprattutto le crisi.

Contemporaneamente Money, Tucker (1968) nei loro studi sull'argomento, per la prima volta coniarono il termine identità di genere, riferendosi con questa espressione non solo all'identità biologica, ma anche e soprattutto all'accettazione e al riconoscimento intrapsichico della stessa.

L'accezione a questo più estensivo concetto ci confronta con l'estrema bipolarità del dimorfismo sessuale che configura nuovi modelli di mascolinità e di femminilità i quali impongono una nuova riflessione sul genere e sul ruolo, quale:

- Le possibili deviazioni relative al genere (maschie o femminile)
- La complessità del ruolo di genere o meglio del ruolo sessuale e le sue possibili inversioni e confusioni;
- Il significato della meta verso cui può venire indirizzato il desiderio sessuale;
- Il ruolo sociale che in qualche modo si sovrappone al ruolo sessuale.

Quando parliamo d'identità sessuale, oggi, non prescindiamo mai dalla concezione di una interazione corpo/psiche, siamo consapevoli che tale concetto fa parte del Sé e dell'identità di persona e che si struttura passando per fasi diverse.

Ogni fase richiede il superamento di ostacoli e la capacità di difendersi da stress e frustrazioni, chiamando in causa i meccanismi di difesa.

Non sempre i meccanismi di difesa sono adeguati alla realtà, spesso rappresentano soltanto una difesa illusoria.

Nell'exkursus dell'identità sessuale occorre riferirsi ad una teoria epigenetica che tenga conto dei seguenti aspetti:

- La maturazione degli organi sessuali
- Lo sviluppo emotivo affettivo
- Lo sviluppo cognitivo

In ogni fase dello sviluppo, uno (o due) di questi fattori è dominante sugli altri e sensibile ad input interni o esterni che si imbattono sull'individuo.

La letteratura psicoanalitica dello sviluppo dell'identità sessuale ci permette di capire quale tipo di frustrazione o di stress sia maggiormente patogeno in una determinata fase di sviluppo psicosessuale e quale meccanismo precursore di una deviazione, si istauri in difesa.

Il meccanismo di difesa più comune è la rimozione, che si istaura a monte di tutte le nevrosi, il cui accesso è possibile solo quando il Super-Io, erede del complesso edipico, si è strutturato.

L'istanza morale compare al tramonto del complesso edipico; pertanto nei casi in cui la ferita sul Sé psichico sia avvenuta nei primi anni vita, si riattualizzano (di solito nell'età di latenza) fantasmi persecutori ed erotici, come trasformazione nel contrario dei primi, essi vengono attivati quale difesa della fase narcisistica ed in relazione al rapporto diadico con la madre.

Nel percorso dell'identità sessuale è il Sé somatico che si struttura per prima, per cui le difese relative ai primi sei/sette mesi di vita sono difese somatiche, mentre le difese psichiche vengono attivate dall'Io, deputato alla messa in atto di meccanismi di difesa psichici, molto più tardi, solo quando il bambino sarà in grado di prefiggersi uno scopo, di riconoscere l'ostacolo e di superarlo, tentando anche modi alternativi.

Le difese ontogenetiche più arcaiche sono quelle presenti anche negli animali:

- L'inibizione dell'azione
- La fuga (che coincide con l'intervento della struttura cognitiva)
- Il combattimento (che prevede una possibilità di vittoria).

Anche le difese psichiche, come quelle somatiche, vengono attivate nel corso dello sviluppo seguendo una gerarchia.

Le più arcaiche sono fantasmatiche: la scissione della madre e del Sé e la fuga in fantasia.

Tutto ciò perché il bambino nei primi anni di vita è incapace di fronteggiare, sul piano della realtà, le situazioni vissute come pericolose. Esse rappresentano l'unico ricorso strategico a disposizione del Sé, è perciò che tali meccanismi hanno una valenza adattiva.

L'esame di realtà sul quale si basa ogni possibile ristrutturazione del campo richiede lo sviluppo della parte cognitiva del Sé e l'uso dell'intelligenza.

La messa in atto di un meccanismo di difesa anche adeguato in un determinato momento e per un particolare evento, può costituire una prima deviazione dalla linea di sviluppo e là dove compaiono ulteriori input negativi può attivarsi un secondo meccanismo di difesa che allontanerà ulteriormente l'individuo dal percorso ottimale.

In relazione alla fase in cui avviene la ferita o il trauma da stress o frustrazione si possono instaurare diversi tipi di patologie sessuali, che possono anche essere associate, quali:

- La deviazione dalla meta sessuale
- L'impossibilità di agire il ruolo legato allo stereotipo del sesso anatomico di appartenenza
- L'incapacità di instaurare una relazione oggettuale
- L'incapacità di agire il rapporto sessuale (comparsa di un sintomo).

La ferita sull'identità sessuale, permette tuttavia lo sviluppo corretto in altri settori della personalità, quale ad esempio quello cognitivo, che può rappresentare una valida difesa del Sé ed impedire l'istaurarsi di sindromi più complesse.

Mettendo a fuoco il processo di strutturazione del Sé, il quale prende forma passando attraverso il mondo esterno, dal quale provengono segnali, messaggi, stress e frustrazioni che possono colpire:

1. *Il Sé somatico*, che riceve attraverso i canali sensoriali le informazioni e le rielabora a livello di sistema neuroendocrino in emozioni.
2. *Il mondo interno*, trasmesso dalla madre attraverso la rêverie, nel quale si forma l'immagine di Sé e dentro il quale le pulsioni, che fanno parte del patrimonio genetico, indirizzano il comportamento verso determinate mete, mentre le emozioni diventano fantasmi che saranno diversamente elaborati.
3. *Il Sé psichico*, la parte conscia della struttura mentale che operando attraverso il sistema cognitivo l'esame di realtà, confronta i segnali che provengono dal corpo, i fantasmi e le immagini del mondo interno con il mondo esterno.

Le sensazioni di pericolo possono provenire, nei primi tre anni di vita, dal comportamento inadeguato della figura materna, sulla quale il bambino investe la sua libido, appena la riconosce come "*Altro-diverso-da Sé*", o dal corpo che nasce malato o si ammala.

In un secondo tempo oltre che dalla figura materna esse possono provenire da tutte le figure con cui vengono instaurati rapporti privilegiati e dalle norme sessuali, proprie di ogni cultura e religione.

Dunque la sessualità è legata al corpo e all'immaginario erotico, (che fa parte dell'inconscio), nonché alla parte cognitiva, ad esso partecipano con modalità diverse l'Es, l'Io, il Super-Io e l'Ideale dell'Io. Tutto il corpo anche tenendo conto della funzione della pelle, che rappresenta il "contenitore" entro il quale si forma il Sé somatico è potenzialmente erogeno, sebbene nel processo di crescita si differenziano zone erogene (orale, anale, genitale) che, per particolare irrogazione sanguigna e terminazioni nervose e per significati culturali che le vengono attribuiti, stimolano il fantasma erotico che si costituisce come il precursore del desiderio.

Concludendo il Sé somatico e il Sé psichico in ogni situazione percepita come pericolosa, mettono in atto meccanismi di difesa che mirano a *rimuovere spostare, modificare, negare, trasformare* l'evento stesso. Queste difese possono rappresentare una risposta adeguata all'evento frustrante, oppure essere soltanto una risposta illusoria.

Subito dopo i primi anni di vita, la messa in atto di una *difesa illusoria o arcaica*, provoca sempre una sorta di "*breccia*" nella struttura che viene colpita e quando questa è coinvolta nell'ontogenesi della sessualità, costituirà un *disturbo dell'identità sessuale* o la comparsa di un *sintomo sessuale*.

Nei periodi critici, il sistema neuroendocrino si evolve modificando il Sé somatico, il quale inevitabilmente modifica l'immagine di Sé interna. Vengono interessati contemporaneamente due campi, quello biologico e quello psicologico, e si può instaurare un primo meccanismo di difesa fantasmatico che modificherà, prima di tutto, l'immagine di Sé intrapsichica. Quest'ultimo può dar luogo ad una successiva serie di meccanismi di difesa, sempre in fantasia, che provocheranno una *deviazione irreversibile* della identità sessuale riguardante il *genere, il ruolo, e la meta sessuale*.

Ai periodi critici sull'asse temporale vanno aggiunti i periodi sensibili caratterizzati dalla presenza di bisogni fondamentali che, articolati in modo diverso lungo il percorso della vita, emergono e devono essere soddisfatti in maniera adeguata durante il periodo pregenitale e nel periodo della riviviscenza adolescenziale.

Nei periodi sensibili sia le modificazioni del Sé somatico (che influenzano l'immagine di Sé) che le frustrazioni provenienti dalle persone con cui il bambino ha un rapporto privilegiato (madre e padre) interessano una sola delle dimensioni in gioco nella costruzione del Sé: quella *psichica*.

Si potranno anche in questo caso, instaurare meccanismi di difesa precursori di deviazioni che condurranno alla comparsa di sintomi sessuali, che debbono però essere considerati *reversibili*.

Le ferite inferte nei periodi sensibili, in dipendenza del bisogno che maggiormente viene colpito, sfoceranno a partire dall'adolescenza in uno dei sintomi sessuali, di cui la mancanza di desiderio è comune ad entrambi i sessi; sia i disturbi riguardanti l'identità, che i sintomi sessuali non si evidenziano nel momento in cui avviene la "ferita", ma quando, nella realtà, il soggetto si troverà a vivere una situazione che lo riporta al momento del "pericolo".

I periodi sensibili sono caratterizzati dall'emergere in successione gerarchica dei seguenti bisogni primari:

Bisogno di attaccamento, il quale viene soddisfatto dal rapporto diadico con la madre.

Bisogno di autonomia, il quale se non soddisfatto, provocherà la rimozione della corrente di tenerezza ed il passaggio sulla corrente dell'aggressività, con conseguente erotizzazione di tale corrente, unitamente alla negazione della prima ed avrà come conseguenza l'istaurarsi di rapporti di tipo sado-maso.

Bisogno d'identità sessuale, il quale viene attivato dall'intervento paterno, che permette ai figli di entrambi i sessi di staccarsi dal periodo di simil-simbiosi con la madre. Il padre inoltre dovrebbe permettere al figlio maschio l'identificazione con sé stesso ed alla figlia femmina il gioco di seduzione sessuale.

Bisogno di Autostima, il quale viene soddisfatto dal successo scolastico e dai rapporti con i coetanei e con gli amici.

In questo periodo si instaurano o si accentuano sentimenti d'inferiorità che spesso portano alla scelta del "partner di ripiego".

Bisogno di agire la sessualità, emerge durante il periodo adolescenziale è caratterizzato dalla reviviscenza dei bisogni primari fondamentali e può essere soddisfatto dalla scelta del partner e del primo rapporto sessuale.

Vi sono momenti della vita i cui è più importante per il bisogno emergente appoggiarsi su una figura di sicurezza, ed altri che richiedono un maggior investimento libidico sulle proprie capacità. Ma sia l'investimento sulla linea d'appoggio che sulla linea narcisistica possono rappresentare l'esito di una scissione difensiva messa in atto quando l'investimento libidico adeguato viene frustrato.

È interessante sottolineare come su entrambi le linee l'investimento possa essere di tipo narcisistico, nel senso di rispondere ad un bisogno e non essere egosintonico (sulla linea dell'appoggio l'altro è un oggetto Sé).

I bisogni fondamentali permangono per tutto l'arco della vita, cambia tuttavia il modo di soddisfarli, essi per altro possono, per motivi diversi, presentare intensità pari a quella dei primi periodi di vita, condizionare la scelta del partner e provocare la comparsa di sintomi sessuali.

BIBLIOGRAFIA

Baldaro Verde J. [1997] *L'identità sessuale ottimale come probabilità*. A cura di Simonelli C. Petruccioli F. Vizzari V. in "Sessualità e terzo millennio". F. Angeli.

Badaro Verde J. [1991] *L'enigma dell'identità*. Edizioni Gruppo Abele, Torino.
Graziottin A.

Erickson E. H. [1974] *Gioventù e crisi d'identità*, Roma. Ed. Armando.

Freud S. [1925] *Alcune osservazioni psichiche della differenza anatomica tra sessi*. In Opere Vol. 10 Boringhieri, 1978.

Money J. [1980] *Essere uomo, essere donna*. Milano. Universale Economica Feltrinelli.
Tucker P.

Raminghi P. [1990/1991] *"Le identità sessuali"*. (Antologia di scritti) VI Corso di Perfezion. in Bio-Psico-Sessuologia "Sessualità e Ormoni", Facoltà di Medicina Università di Modena.

Kohut H. [1971] *Narcisismo e analisi del Sé*. Trad. it. Boringhieri. Torino, 1986

Spector N. H. [1988] *Neuroimmunomodulation: Rambunctius remarks a look to the future*. Annals New Academy of sciences, 521, 323-335.

PATRIZIA RAMINGHI

Psicologa, Sessuologa, Psicoterapeuta ad orientamento analitico in psicodinamica gruppale

Lavora privatamente a Livorno e Lucca

Mediatrice familiare IRMeF (Istituto per la Ricerca e la Formazione in Mediazione Familiare Università di Roma) e Membro SIMeF Società Italiana di Mediazione Familiare

Ricercatrice C.I.R.S. Centro Interdisciplinare per la Ricerca e la Formazione in Sessuologia Genova-Italia.

Ha scritto e pubblicato numerosi articoli nelle riviste specializzate del settore

Membro ordinario Associazione Italiana Ricerca Psicosomatica (AIRP) Livorno

Email: p.raminghi@tin.it

PAOLO LOPANE

LA PREVENZIONE ONCOLOGICA SECONDARIA

La prevenzione oncologica secondaria, attraverso la diagnosi precoce della malattia neoplastica consente di intervenire sul paziente in una fase in cui la terapia ha effetti curativi. Gli screening oncologici sono interventi di sanità pubblica su larga scala diretti ai cittadini sani e fanno parte delle prestazioni sanitarie che costituiscono il Livello Essenziale di Assistenza (L.E.A.).

La prevenzione oncologica secondaria, attraverso la diagnosi precoce della malattia neoplastica e talora addirittura dei precursori della malattia stessa, consente di intervenire sul paziente in una fase in cui la terapia ha effetti curativi e quindi in una fase in cui la guarigione è l'obiettivo primario della terapia stessa.

La prevenzione secondaria oncologica si attua principalmente attraverso interventi di sanità pubblica su larga scala che consistono nella somministrazione alla popolazione di test diagnostici di primo livello che abbiano particolari caratteristiche in termini di sensibilità, specificità e potere predittivo nei confronti della malattia in oggetto.

Vorrei soffermarmi su alcuni punti che a mio giudizio vale la pena di sottolineare.

Innanzitutto desidero ricordare che l'Utente di un programma di *screening* organizzato (molti di Voi sono Utenti di un programma di screening, o lo saranno nei prossimi anni) è un cittadino sano immerso nelle proprie quotidiane attività che ad un certo punto riceve un invito a sottoporsi ad un test diagnostico teso a verificare il proprio stato di salute; non è una persona ammalata, sintomatica, che richiede l'aiuto dei Sanitari.

Ciò ha due principali implicazioni: la prima è che l'"Utente" voglia mettersi in discussione, o meglio voglia ammettere la possibilità che nel proprio corpo qualcosa non funzioni nonostante non avverta sintomi di rilievo. A questo proposito bisogna sottolineare l'importanza che i programmi di educazione alla salute rivestono nel promuovere la cultura della prevenzione secondaria.

La seconda implicazione riguarda il Sistema sanitario ed è quella della eticità dello screening.

Quando è eticamente opportuno proporre uno screening a migliaia di persone? Quando la sua efficacia è dimostrata, ovvero quando attraverso lo screening si riesce a ridurre, in termini numerici, la mortalità per quel dato tumore.

Sono molti i test diagnostici che hanno le caratteristiche per essere impiegati in uno screening oncologico ma quando si va a stimare la reale efficacia in termini di impatto sulla mortalità ci accorgiamo che purtroppo sono pochi gli screening possibili: perché non si fa lo screening del carcinoma polmonare con una radiografia del torace ogni anno? Perché non si organizza lo screening del carcinoma della prostata attraverso un dosaggio del PSA ogni anno o ogni due?

Perché non c'è ad oggi una dimostrazione di efficacia (1)!

Non solo ma molto spesso la positività al test comporta indagini di approfondimento che sono invasive, che comportano un rischio per la salute del paziente.

La parola screening è una parola molto generica. Gli screening che una Azienda sanitaria eroga sono screening di popolazione, su larga scala, e prevedono un invito attivo personalizzato dei soggetti che costituiscono il "bersaglio"; appartengono ormai al gruppo delle prestazioni che compongono il livello essenziale di assistenza (vale a dire che un'azienda è obbligata ad erogare gli screening oncologici)

Una cosa sono gli screening di popolazione programmati su larga scala che presuppongono come dicevo un invito attivo del cittadino sano, e altra cosa sono gli screening spontanei e/o

opportunistiche la cui “somministrazione” non può e non deve comunque prescindere da quelle che sono le raccomandazioni dell’OMS, e questo purtroppo spesso non accade.

Una implicazione importante, anche da un punto di vista medico-legale oltre che etico è che tutte le prestazioni che si rendano necessarie come conseguenza della positività al test di primo livello diagnostico devono essere erogate in modo gratuito ed agevolato;

in altre parole è compito di chi organizza il programma di screening fare sì che l’Utente, a questo punto Paziente se necessita di approfondimenti, venga inserito in un percorso diagnostico-terapeutico agevolato, facilitato, con liste di prenotazione riservate e tutto in un regime di assoluta gratuità.

Un aspetto particolare su cui vorrei soffermare la vostra attenzione è la assoluta necessità da parte degli operatori della prevenzione di una buona conoscenza delle tecniche di comunicazione. Conoscenza che peraltro non può non caratterizzare qualunque sanitario

Comunicare una diagnosi di malattia comporta un inevitabile trauma per il paziente... immaginiamoci una diagnosi di cancro. L’evento è vissuto come un lutto vero e proprio, come un distacco, non da un proprio caro, ma dal proprio stato di salute, di benessere.

Se poi la persona a cui comunicare la diagnosi è una persona che in fin dei conti non si è rivolta spontaneamente alla struttura sanitaria, ecco che le cose si complicano ulteriormente, da un punto di vista psicologico.

Saper comunicare presuppone la conoscenza di precise tecniche, che si imparano ma soprattutto che devono essere insegnate e purtroppo la maggioranza dei sanitari e mi riferisco a medici e infermieri non hanno l’opportunità di partecipare a corsi di *counseling* e di confrontarsi con *counselor* professionali.

In RT si è fatto molto e molto si sta facendo per il paziente oncologico.

L’organizzazione che la Regione si è data (2) è basata su un Istituto Tumori che ha le caratteristiche di un Istituto in rete, e quindi non è una struttura centralizzata, le cui funzioni sono assicurate sulla base del modello dipartimentale: in ogni ASL c’è un Dipartimento Oncologico ed i vari dipartimenti vengono coordinati dai tre poli oncologici di Area Vasta.

Ogni dipartimento è costituito da due strutture: l’accoglienza o ex-Cord per la gestione del malato oncologico all’interno del Presidio ospedaliero ed il Corat ossia la struttura che gestisce il malato oncologico sul territorio. Gli screening devono rientrare nel novero delle attività coordinate dal dipartimento oncologico. Da noi in ASL 6 il modello organizzativo dipartimentale è stato ben applicato e stiamo raccogliendo dei risultati soddisfacenti.

Passando ai numeri, tanto per darvi una idea, vi posso dire che nell’anno 2003 nella popolazione dell’ASL 6 di Livorno sono stati identificati allo screening 150 adenomi del colon, che sono precursori obbligati del carcinoma, e circa 25 carcinomi. Dodici sono state le lesioni precancerose della cervice uterina identificate allo screening e 55 i carcinomi della mammella.

(1) U.S.Preventive Services Task Force; Ann Intern Med [2002]; 137:915-916

Quando abbiamo la sensazione di non essere più padroni di noi stessi, quando non riusciamo più a stupirci di fronte alla semplicità dell'esistere, allora è giunto il momento di fermarci un istante lungo il sentiero della nostra vita e riconquistare il presente: ed ecco riaprirsi la possibilità dell'ascolto, l'ascolto di sé, per rientrare in sintonia con il proprio mondo immaginale. Il nostro stato psichico ricerca l'equilibrio, poco importa se sano o patologico; spesso però è necessario abbandonare tale tranquillizzante stato di calma per intraprendere un nuovo viaggio verso ciò che ancora ci è ignoto. I contributi presenti in questo volume vogliono essere uno strumento che in tal senso aiuti il lettore a disturbare costruttivamente i propri equilibri consolidati, offrendo così la possibilità di accogliere pienamente se stesso e quindi l'altro, nella sua autentica diversità. È sicuramente accaduto a tutti, stimolati da una certa lettura, accendersi ad un pensiero, a un'idea particolare, per poi scoprire che lo stesso concetto è stato già espresso mille anni prima dagli autori classici: vi è la speranza che ciò accada anche con queste pagine.

Redazionale

Mario Mengheri: *Counselor. Adesione e Distanza tra Desiderio e Bisogno*

Antonio Puleggio: *Le identità negate: vecchie e nuove patologie*

Francesco Lamioni: *La centralità dei valori nel cammino personale verso il benessere*

Elisabetta Diadori: *La strategia di cambiamento nella Promozione della Salute*

Mario Mengheri, Bianca Rita Berti, Lara Busoni, Giulia Liperini: *Counseling e Promozione della Salute*

Maria Teresa D'Urso: *Il ruolo dello psicologo del servizio pubblico nella Promozione della Salute*

Gloria Mumolo: *Il concetto di salute e malattia nella medicina omeopatica*

Stefano Giuliani: *Qualità e Salute*

Patrizia Raminghi: *L'identità sessuale: percorso evolutivo e dinamico nella salvaguardia e prevenzione della salute*

Luigi Turinese: *L'attuazione di un paradigma sistemico nella prevenzione e nella cura*

Mario Lupi: *Il Cavallo e l'Uomo*

Anna Maria Marocco: *Alienazione vuol dire trasferimento di diritti, riappropriazione vuol dire ritornarne in possesso*

Paolo Lopane: *La prevenzione oncologica secondaria*

Mario Mengheri: *Per la libera professione: la nostra scuola di counseling ad approccio integrato*

VI, 2006

VI, 2006

Sentieri - Itinerari di psicopatologia-psicosomatica-psichiatria



ETS

Sentieri

Itinerari di psicopatologia - psicosomatica - psichiatria

*Dall'alienazione
alla riappropriazione
della salute*

a cura di
Mario Mengheri



EDIZIONI ETS