

ISSN 2280-8825

PSI SOLOGIA ALABRIA

ANNO V • N. 1-2
Gennaio-Dicembre

2015

RIVISTA SCIENTIFICO-DIVULGATIVA DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA CALABRIA



CONVERSARE CON
RIFLESSIONI DAL CONGRESSO ECP MILANO 2015
A COLLOQUIO CON MARIO SELLINI

NEUROESTETICA
ARTE E PERCEZIONE VISIVA. INTEGRAZIONE TRA PSICOLOGIA E NEUROSCIENZE

PSICOPREVENZIONE
LA PSICOLOGIA PERINATALE

CINECONNESSIONI
VISIONI E CINEMA. STATI MODIFICATI DI COSCIENZA



In Evidenza

Area Riservata

ULTIMA NEWS Inserita il giorno 15/10/2014

ELENCO PARTECIPANTI SEMINARIO 21-22 OTTOBRE 2014

E' stato inserito in Corsi e Convegni organizzati dall'Ordine

L' ELENCO DEI PARTECIPANTI aggiornato a tutt'oggi del seminario del 21-22 ottobre 2014

Utente:

Password:

News inserita il giorno 14/10/2014

Corsi e Convegni

EVENTO FORMATIVO 11-12 NOVEMBRE 2014

L'Ordine degli Psicologi della Regione Calabria segnala a tutti gli iscritti un evento formativo organizzato dall'Ordine:

"Psicologia per il Lavoro: dalla Formazione alla Sicurezza" che si terrà alla Sala Convegni Grand Hotel Lamezia - LAMEZIA TERME 11 e 12 NOVEMBRE 2014

Le iscrizioni si intendono perfezionate al ricevimento della scheda di iscrizione che dovrà pervenire per fax al n° 0961-726709 o via email: formazione@psicologicalabdia.it entro il 07-11-2014

Il Seminario è accreditato ECM 17 crediti

Per scaricare il programma si rimanda alla sezione "Corsi e Convegni"

- Organizzati dall'Ordine
- Altri Convegni

Psicologi e Fisco

- Descrizione del Servizio
- Fisco Flash

Rivista Online

- Tutte le riviste

Psicologia Giuridica

Guida Pratica sulla CTU
in tema di
Separazione, Divorzio,
Affidamento ai figli

- Vai alla sezione Psicologia Giuridica

News inserita il giorno 23/09/2014

EVENTO FORMATIVO 21-22 OTTOBRE 2014

L'Ordine degli Psicologi della Regione Calabria segnala a tutti gli iscritti un evento formativo organizzato dall'Ordine:

PEC

POSTA CERTIFICATA

Accedi alla tua casella di posta

Anno 6 - Numero 1-2

*Rivista scientifico-divulgativa semestrale dell'ordine degli Psicologi della Calabria
Gennaio-Dicembre 2015*

Iscritta al n. 6 del Registro Stampa del Tribunale di Catanzaro in data 10.06.2009

Direttore

ARMODIO LOMBARDO

Direttore Responsabile

ANTONIO FAZIO

Capo Redattore

ANGELA PIATTELLI

Segretario Redattore

SANDRO AUTOLITANO

Redazione

ANTONELLA ABBONANTE

CATERINA COREA

FRANCESCO LANDO

SERAFINA LAVIGNA

PASQUALE MONTALTO

Comitato Scientifico

ANGELA COSTABILE

ISABEL FERNANDEZ

MARIO SELLINI

Grafica e stampa

Rubbettino print

Soveria Mannelli (Catanzaro)

Grafica di copertina a cura di GIANFRANCO CONFESSORE e ANITA BRANDI

Finito di stampare nel mese di novembre 2015

Norme redazionali per gli autori

PSICOLOGIA CALABRIA, è la rivista degli psicologi calabresi; si rivolge a tutti i professionisti psicologi e psicoterapeuti della regione allo scopo di promuovere la crescita professionale e il dibattito culturale e scientifico tra i diversi indirizzi teorici della disciplina e la loro applicazione nei contesti di cura.

La mission della rivista è quella di favorire la condivisione di esperienze professionali, saperi e riflessioni sui temi che riguardano la promozione, la contestualizzazione e l'innovazione della professione in Calabria facilitando sempre più un approccio interdisciplinare del prendersi cura del disagio psicologico. Conoscere e condividere le attività dei colleghi e con i colleghi significa migliorare l'assistenza agli utenti dando risposte terapeutiche sempre più incisive ed efficaci alle complesse esigenze e richieste d'aiuto.

PSICOLOGIA CALABRIA è una rivista di Psicologia a carattere scientifico-divulgativo ed esce con una cadenza semestrale. Si propone la pubblicazione di lavori/riflessioni, resoconti di attività cliniche, di ricerca e di formazione, review della letteratura scientifica, recensione di libri, esperienze, eco delle attività scientifiche e culturali a livello nazionale ed internazionale. Nella rubrica "Conversare con" vengono invece affrontati, temi di ordine burocratico, politico e amministrativo che riguardano la professione Psicologo in Italia e nel mondo.

I lavori da inviare al comitato di redazione devono essere inediti. La responsabilità del contenuto scientifico è esclusivamente degli autori. È vietato riprodurre o trasmettere sotto qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, per fotocopia, registrazione o altro, qualsiasi parte della pubblicazione senza l'autorizzazione della redazione della rivista. È obbligatoria la citazione della fonte. La pubblicazione degli articoli e delle eventuali immagini è subordinata all'approvazione della redazione che ha facoltà di non accettare il manoscritto o di chiedere all'autore eventuali modifiche e, in ogni caso, non coinvolge la responsabilità dell'editore.

I lavori, redatti in formato microsoft word (carattere Times New Roman, dimensione 12) devono essere inviati tramite e-mail all'indirizzo di posta elettronica: rivista@psicologicalabريا.it attivando l'opzione di notifica alla lettura del messaggio. È possibile inviare il lavoro per posta ordinaria allegando n. 3 copie cartacee dello stesso alla Segreteria dell'Ordine Psicologi Calabria insieme ad un supporto elettronico adeguato (es. pen drive, CD Rom, ecc). La correzione delle bozze sarà fatta dagli autori i quali disporranno di massimo sette giorni di tempo. Si raccomanda che gli autori conservino una copia del lavoro, perché la redazione non può considerarsi responsabile di eventuali smarrimenti degli originali. I dattiloscritti non pubblicati non saranno restituiti. Gli articoli a carattere scientifico saranno esaminati dal comitato scientifico della rivista che riceverà gli stessi oscurati dei dati identificativi degli autori e dell'istituto di appartenenza. Tali articoli debbono

essere contenuti entro un massimo di otto cartelle dattiloscritte, inclusi bibliografia e riassunto e debbono seguire possibilmente il seguente schema:

Introduzione; Modalità di effettuazione dell'intervento clinico, di ricerca, di formazione od esperienziale; Risultati; Commento conclusivo; Riassunto di massimo 150 parole; Numero massimo di 6 parole chiave; note (che devono riportare sempre il numero di riferimento anche nel testo) e bibliografia.

Le pagine debbono essere numerate progressivamente. Nella prima pagina del manoscritto saranno indicati: Il titolo (massimo 40 caratteri); Il nome e cognome degli autori; L'istituto di appartenenza; Le parole chiave; L'indirizzo privato dell'autore (con nr. di telefono, fax ed e-mail) cui inviare eventuali comunicazioni, bozze ed estratti.

Le tabelle possono essere realizzate sia in word che in excel, penserà l'editore ad adattarle alla grafica della rivista. I grafici devono essere esclusivamente in formato excel o in pdf vettoriale, non è possibile accettare altri formati. Sia le tabelle che i grafici vanno citati nel testo senza abbreviazioni e con numeri arabi. Grafici, tabelle e immagini nel loro file nativo (excell, jpg, tiff, pdf ecc.) devono essere raccolti in un'unica cartella insieme al file word del contributo prima di essere inviati alla redazione.

Le fotografie debbono essere eseguite in formato digitale (jpg, tiff,eps, ai) purché in buona risoluzione (300 dpi e di grandi dimensioni), provvederà l'editore ad interpolare nella misura adeguata.

Le voci bibliografiche vengono riportate alla fine dell'articolo nel loro ordine progressivo di citazione del testo a prescindere dall'ordine alfabetico. Per quanto riguarda gli articoli pubblicati, la relativa voce bibliografica deve essere riportata nel modo seguente: Cognome dell'autore ed iniziale del nome puntato. Nel caso di più autori vanno riportati tutti i cognomi e le iniziali del nome di ciascuno separati da virgola. Titolo dell'articolo in corsivo, Titolo della rivista per esteso, tra caporali (« »), nell'ordine: anno di pubblicazione, numero del volume, pagina iniziale e pagina finale segnalate con p. o pp.

Per quanto riguarda la citazione di libri, la relativa voce bibliografica deve essere così riportata: Cognome dell'autore ed iniziale del nome puntato. Nel caso di più autori vanno riportati tutti i cognomi e le iniziali del nome di ciascuno separati da virgola. Se il libro è costituito dal contributo di più capitoli di autori diversi, indicare tra parentesi (Ed). Titolo del libro in corsivo; Casa editrice, città, anno.

Eventuali estratti potranno essere ordinati all'editore al momento della restituzione delle bozze corrette e definitive o subito dopo la stampa definitiva della rivista sulla base del tariffario applicato dall'editore Rubbettino. L'autore interessato all'acquisto delle bozze dovrà rivolgersi al **Dr. Paolo Talarico** Direzione Commerciale Rubbettino print, tel. 0968-6664.252 monica.bonaccini@rubbettino.it.

Editoriale

di *ARMODIO LOMBARDO*

Care colleghe e cari colleghi,
I attuale consiliatura ormai volge al termine, la nostra comunità professionale si accinge ad affrontare l'appuntamento elettorale per il rinnovo del Consiglio dell'Ordine. Si tratta di un appuntamento che permetterà a tutti noi di esprimere le attese per la futura politica professionale e di scegliere i candidati che meglio sappiano tradurle in concreto nella gestione ordinistica. Nel corso del mandato elettorale che si sta concludendo la fisionomia della comunità degli psicologi calabresi è notevolmente cambiata: infatti si è registrato un incremento dei nuovi iscritti, con il conseguente abbassamento dell'età media. Pertanto saranno soprattutto i giovani psicologi, molti dei quali chiamati per la prima volta al voto, a decidere quale sarà l'orientamento della politica professionale per i prossimi quattro anni.

A questo punto dovrei iniziare un lungo e tedioso elenco delle attività svolte e degli obiettivi raggiunti sia a livello regionale che nazionale, ma chi mi conosce sa bene quanto sia poco incline all'autopromozione e all'autoreferenzialità. Quindi consapevole del mio limite non farò alcun elenco, ad oggi posso dire di aver dedicato buona parte della mia vita alla politica professionale con umiltà e spirito di servizio verso tutti i colleghi. Spero si possa continuare a percorrere questa strada ormai tracciata. Sono sicuro che il prossimo Consiglio, non potrà che ispirarsi a questi principi.

Saranno anni in cui si giocheranno importanti questioni, fra le quali ricordo le più pressanti e rilevanti: la ridefinizione dei percorsi formativi universitari, che ci auguriamo possa approdare in tempi rapidi al ripristino del ciclo unico quinquennale per la laurea in psicologia, il contenimento del numero di laureati, una nuova formazione ECM, la definizione di una rete regionale dei Servizi di Psicologia e il riconoscimento definitivo dello stato giuridico ed economico di psicologo dei colleghi ex Equipe psico-socio-pedagogiche, dipendenti ASP.

In questo editoriale conclusivo, voglio esprimere un caloroso ringraziamento a tutti i Consiglieri, ai componenti delle commissioni e dei gruppi di lavoro, ai consulenti dell'Ordine e alla segretaria Rosanna Greco che hanno condiviso con me in questi anni le responsabilità del Consiglio. Ringrazio anche i molti colleghi che in questi anni ci hanno incoraggiato e sostenuto, alcuni anche impegnandosi attivamente nella vita ordinistica; quelli che con le loro critiche, riserve e proposte, hanno sollecitato una vivificante autocritica. Infine coloro che quotidianamente, nello svolgimento della professione, hanno contribuito a farla crescere. E ancora, permettetemi, di fare un ringraziamento speciale, al mio grande amico Mario Sellini, per i suoi preziosi suggerimenti e per essermi stato sempre vicino.

È stato un onore per me rappresentarvi come Presidente, l'ho fatto con convinzione e nel modo migliore che mi è stato possibile. La stima, l'affettuosità, la simpatia, il sostegno e la condivisione che tanti di voi mi avete manifestato in questi anni sono stati di grande aiuto. Grazie.

A colloquio con il Dott. Mario Sellini, Segretario Generale AUPI

Riflessioni dal congresso ECP Milano 2015

Nuove sfide affiorano nel panorama del progresso scientifico e professionale della Psicologia

di ANGELA PIATTELLI

Dal 7 al 10 luglio a Milano, presso l'Università Bicocca, si è tenuto il XIV Congresso Europeo di Psicologia (ECP). Un evento che ha visto la partecipazione di più di 3.200 Psicologi provenienti da oltre 80 paesi diversi; una poster session con 1000 lavori e 870 oral presentation oltre a numerosi symposia, tavole rotonde e *state of the art* realizzati. Molti gli ospiti illustri come Lamberto Maffei, presidente dell'Accademia dei Lincei, Saths Cooper, presidente dell'International Union of Psychological Science (IUPsy), Philip Zimbardo, dell'Università di Stanford e Giacomo Rizzolatti, scienziato italiano, meglio conosciuto come "il re dei neuroni specchio". A lui si deve infatti la scoperta che ha posto le basi fisiologiche all'empatia, segnando una profonda modifica rispetto alle concezioni riguardanti il modo di operare della nostra mente. Una importante sessione è stata dedicata alla memoria del compianto prof. Giuseppe Costantino, Psicologo e illustre collega italo-americano, autore del test TEMAS: un momento che ha suscitato, in tutti noi, tante emozioni tra ricordi, aneddoti e plausi ad un grande artista della mente.

L'ECP, promosso da EFPA (European Federation of Psychologist's Associations), ha avviato i suoi lavori il 6 luglio presso il padiglione Italia della kermesse mondiale EXPO Milano 2015. Qui sono stati presentati gli *hot topics* del congresso ed enunciati i principi della nuova conoscenza psicologica anche declinando il tema di EXPO 2015 in "Nutrire la mente energia per la vita".

Nel suo discorso di apertura, il Presidente di ECP Sellini, ha asserito: "Questo congresso ha mostrato l'unità della Psicologia italiana e la sua totale sintonia con la psicologia europea e del resto del mondo". Sempre Sellini, ha sottolineato che, oltre ai temi sollevati da EXPO 2015 e legati all'alimentazione, gli psicologi dovranno sempre più confrontarsi con argomenti di strettissima attualità come la crisi finanziaria, l'allarme terrorismo, la dipendenza da gioco, i disagi psichici derivanti dai disastri ambientali e molti altri. Tali questioni meritano grande attenzione da parte dello Psicologo per le forti ripercussioni sulle persone in termini di aumento di patologie quali ansia, stress, insonnia, depressione, riduzione dell'autostima e senso di impotenza.

Allo scopo di approfondire tali tematiche, abbiamo incontrato Mario Sellini, Presidente di ECP e Segretario Generale AUPI, e gli abbiamo rivolto una serie di domande che riguardano il futuro della professione, i piani d'azione posti in campo e la vision di AUPI nell'immediato post congresso.

D. ECP 2015 è stato il secondo congresso che l'EFPA ha assegnato all'Italia, rappresentando il primo caso di doppia assegnazione: oneri e responsabilità sicuramente, ma anche onori, visibilità e risultati. Puoi darci le cifre di tale successo?

R. Sì, è così. Nessun'altra Nazione, prima di noi ha avuto quest'opportunità. Il primo congresso EFPA in Italia risale al 1999, si tenne a Roma e vide la partecipazione di circa 1.200 Psicologi e l'ultimo ECP (Stoccolma 2013) ebbe circa 1.600 iscritti. In Europa non c'era mai stato un congresso di Psicologia con un numero di partecipanti uguale o superiore al nostro di Milano 2015 (3.200 partecipanti!). Posso, con orgoglio, ritenermi più che soddisfatto sia per l'ottima organizzazione che per la scelta della location: l'Università Bicocca si è rivelata una sede assolutamente appropriata e anche la collaborazione con le altre Università della città è stata determinante. La Regione Lombardia, gli sponsor e gli enti patrocinanti hanno pregevolmente supportato il congresso anche se il successo più importante è stato determinato dai contenuti scientifici e dai contributi che il mondo accademico e quello professionale hanno messo in campo. In sintesi parliamo di un congresso che resterà negli annali della Psicologia europea e mondiale ma soprattutto di un evento che ha tracciato le linee per uno sviluppo della Psicologia proiettata in un mondo che cambia rapidamente.

D. ECP Milano 2015 ha certamente dato una svolta significativa alla politica professionale, favorendo l'incontro dei saperi e delle esperienze, rafforzando l'identità della nostra professione attraverso l'interscambio e il confronto con altre esperienze, con altri colleghi e con la cittadinanza attiva. In particolare, secondo te, quali sono stati i punti di forza?

R. Sicuramente l'apertura della psicologia italiana ad esperienze che provengono da tutto il mondo, quindi il superamento della fase esclusivamente di tipo clinico, per aprirsi a tutte le altre psicologie. Il programma scientifico ECP ha facilitato la riflessione su temi interessanti che riguardano la ricerca e la pratica in Psicologia. Ma il successo vero di tale congresso è dovuto in gran parte alla capacità dimostrata dalla Psicologia italiana di proporsi all'Europa e al mondo in modo unitario. Il mondo accademico, la rappresentanza istituzionale del mondo professionale e il sindacato, AUPI appunto, sono riusciti ad esprimere un linguaggio unitario, tralasciando ciò che li divide e mettendo in primo piano quanto invece li unisce. Penso che tutto ciò rappresenti il testimone che

dobbiamo potenziare e rilanciare per la salvaguardia del futuro della disciplina.

D. Quali sono stati i temi innovativi per questa importante vetrina della Psicologia?

R. Penso in particolare ai topics pensati per il congresso, anche in concomitanza con l'EXPO, come la nutrizione, lo sviluppo e il benessere, i disordini alimentari e le conseguenze psicologiche per gli individui, le famiglie e la comunità, le cause psicologiche della crisi economica e i costi per individui, famiglie e società, lo sviluppo e la sostenibilità, la neuro economia e la neuro politica; oltre che importanti focus sui comportamenti dei consumatori, le conseguenze psicologiche dovute ai disastri ambientali e alla povertà, tutti temi emergenti sui quali, già da tempo, la psicologia europea e internazionale è impegnata nel dare risposte efficaci.

D. I professionisti Psicologi del futuro come dovranno proporsi/inserirsi per dare risposte di salute efficaci nell'ambito dei temi posti in campo da ECP?

R. Il modo di porsi degli Psicologi italiani deve essere non più di tipo individualistico/onnipotente ma sempre più centrato sulla interazione e sulla cooperazione con gli altri professionisti, senza pensare di poter da soli affrontare le nuove aree di disagio, le nuove patologie. L'approccio deve essere multidisciplinare e multiprofessionale: questo è l'aspetto più importante che gli Psicologi debbono apprendere. Da qui la capacità di transitare verso modalità nuove di interazione che facilitino il lavoro di gruppo.

D. In quale settore si può dire che la Psicologia italiana, anche in ECP, ha dimostrato di essere capofila in Europa?

R. Sicuramente nel campo della Psicologia clinica. Difatti la Psicologia italiana è nata con la clinica: è sicuramente una forza, una nostra eccellenza ma sta diventando addirittura un limite nella misura in cui resta unidirezionale perdendo di vista tutti gli altri settori emergenti (trattati anche durante i lavori congressuali) che necessariamente deve inglobare, altrimenti risulterà sempre più anacronistica e distante dai bisogni veri ed emergenti della società contemporanea.

D. Uno sguardo ai fatti di attualità: mi riferisco alla legge di Stabilità dove il legislatore taglia sul SSN, noncurante dei nuovi rischi alla salute dei cittadini, a fronte di un considerevole aumento dei videogiochi, tema sul quale sappiamo bene che l'AUPI ha giustamente assunto una posizione forte.

R. Ma certo. In Italia, un numero impressionante di persone soffre di ludopatia, ovvero una malattia che rende impotenti e dipendenti, una patologia che in Italia dieci anni fa non esisteva, e che ha prodotto già quattrocentomila casi. Un certo tipo di economia ha generato una dipendenza patologica che colpisce soprattutto i giovani e la cosa più assurda è che i numeri impressionanti di questa malattia della mente non bastano a spingere il governo verso scelte più equilibrate.

D. Da anni le politiche pubbliche, in Italia e in Europa, continuano a tagliare finanziamenti all'ambito della salute dei cittadini, con l'effetto che moltissime prestazioni degli Psicologi sono state ridotte o cancellate. Queste politiche, pur permettendo un risparmio nell'immediato, obbligano poi le pubbliche amministrazioni a spendere molto di più per intervenire a copertura di situazioni che diventano, nel tempo, emergenze e bisogni a volte drammatici. La Psicologia ospedaliera è una di queste: secondo te, quali sono le strategie vincenti da adottare?

R. Trattandosi di un esercizio dell'attività psicologica all'interno di strutture sanitarie che hanno come committente prevalentemente il settore pubblico, il futuro di tali professionisti dipende dalla capacità che avrà la committenza di comprendere quanto favorevolmente può incidere la psicologia ospedaliera sia sul benessere dei pazienti ricoverati e dei loro familiari sia sul risparmio economico. Cioè lo Stato deve capire che se investe in psicologia ospedaliera i pazienti staranno meglio e lui risparmierà. Per tornare ai temi ECP 2015 ed EXPO Milano anche qui occorre fare una riflessione simile. I problemi collegati alla cattiva alimentazione o meglio alla mancanza di un'adeguata educazione alimentare, costa dai 20 ai 30 miliardi di euro l'anno in Italia. Molte patologie collegate ad una errata alimentazione presentano cause psicologiche: un intervento psicologico precoce in tale ambito, rappresenterebbe un risparmio di miliardi di euro.

Grazie Mario Sellini per le preziose riflessioni di cui faremo tesoro. Un plauso alla tua instancabile tenacia nel reinventare energicamente e dinamicamente la visione strategica di AUPI sempre al passo con i nuovi mutamenti e le nuove sfide della categoria e della professione.

Noi, tuoi colleghi, ci fidiamo di te e continuiamo a sostenerti, anche se penso che sia arrivato il momento di transitare sempre più da 'posizioni di delega fiduciaria' a 'posizioni di soggetti attivamente impegnati' all'interno di una comunità professionale che si muove insieme e che progetta azioni sinergiche ed efficaci. Siamo, dunque, tutti chiamati a fare la propria parte, nessuno escluso!

Indirizzo per la corrispondenza

Dr.ssa Angela Piattelli
Dirigente Psicologo, Psicoterapeuta UOC Oncologia Azienda Ospedaliera Cosenza
Cell. 339/6716592
angelapiattelli@gmail.com

Arte e percezione visiva. Integrazione tra Psicologia e Neuroscienze

di *PATRIZIA SANTAGATI, SAVERIO SERGI*

Il lavoro presentato approfondisce il rapporto che intercorre tra cervello, arte e percezione visiva, puntando il suo focus verso le recenti scoperte delle neuroscienze e correlando i contributi della psicologia con quelli della “Neuroestetica” e con le indagini sperimentali sui neuroni specchio.

Parole chiave: Neuroestetica – Semir Zeki – arte – percezione visiva – cervello

Introduzione

Le recenti scoperte delle neuroscienze hanno avuto un indubbio impatto sulle discipline che studiano il comportamento e la mente umana e i risultati sono stati e sono indubbiamente vantaggiosi e forieri di ulteriori e proficui sviluppi.

Sul versante strettamente epistemologico ciò ha provocato la crisi di quei rigidi confini tra discipline diverse che, negli anni scorsi, aveva ostacolato la ricerca e frenato direttive di indagini sperimentali, che solo innovazione avrebbero portato alla scienza e, nel caso specifico, a quelle psicologiche.

Infatti, è ormai unanimemente riconosciuto come, nel campo del sapere, l'ibridazione delle idee e le contaminazioni concettuali siano portatori di innovazioni.

In altri termini, il superamento dei confini ideologici è in grado di dischiudere nuove direttrici di indagine ed impensabili piste da percorrere per il progresso della scienza.

D'altronde, è proprio alla foce dei fiumi, laddove si contaminano acque diverse, che si trovano le più belle ed interessanti forme di vita e tali luoghi rappresentano habitat dove, nei secoli, sono nate nuove forme di vita.

Queste considerazioni sono particolarmente calzanti per tutte le scienze psicologiche che, negli ultimi anni, hanno dovuto rivedere molti impianti teorici, sulla scorta dei progressi di discipli-

ne di confine come, appunto, le neuroscienze e, in particolare la neurobiologia, la neurofisiologia e le recenti evoluzioni delle tecnologie delle neuroimmagini.

Tutti gli apporti provenienti dagli ambiti di indagine appena specificati, hanno generato una vera e propria rivoluzione nei processi di comprensione dei meccanismi mentali e, più in generale, degli esseri viventi.

Ormai vi è la netta consapevolezza di come vada ricercata, in tali ambiti, un'impostazione inter- e trans-disciplinare.

Lo sviluppo delle neuroscienze ha indotto gli studiosi a considerare tutti i processi di indagine nella loro complessità e, quindi, anche nelle loro interrelazioni con altri ambiti fenomenici.

Nello studio presentato in questo sede saranno approfondite queste integrazioni, nate negli ultimi anni, tra psicologia dei processi percettivi e neuroscienze, ponendo un focus particolare verso una disciplina nata di recente: la Neuroestetica.

Si tratta di un ambito di indagine delle neuroscienze che orienta il suo interesse verso lo studio dei meccanismi cerebrali che regolano la produzione e fruizione dell'esperienza artistica e rappresenta un segmento particolarmente interessante e, probabilmente, foriero di ulteriori ed interessanti sviluppi, poiché l'esperienza estatico/estetica non si realizza soltanto con l'arte pittorica, ma riguarda, ovviamente, anche la musica, la danza, la scultura, la letteratura ecc.

La percezione dell'arte e l'esperienza estetico-estatica

Negli ultimi decenni, molti sono stati gli autori e innumerevoli i contributi scientifici, che hanno tentato di esplorare i meccanismi percettivi che sottendono la fruizione dell'arte visiva, laddove con questo termine si intende un "qualunque lavoro pittorico/visivo, di carattere artistico-creativo, che abbia un'originalità e che sia in grado di suscitare nel fruitore reattività emozionale". Indubbiamente ogni tipo di arte è una forma di espressione/comunicazione e, in questo caso, a "parlare" è il linguaggio personale dell'autore che la produce.

Ma quali sono i meccanismi cerebrali, cognitivi e percettivi che sottendono la fruizione dell'arte visiva, e cos'è che rende possibile l'attribuzione di significati altamente differenziati nei diversi osservatori, ed ancora, cos'è, e come funziona quel complesso meccanismo che provoca la comparsa delle emozioni al cospetto di un'opera d'arte?

Inoltre, quali sono le leggi percettive che regolano tali meccanismi, e come si diventa coscienti di esse e del loro utilizzo nell'arte?

È possibile tracciare dei punti fermi da cui avviare modelli concettuali univoci ed universali?

Per decenni molte scienze e, soprattutto la psicologia, hanno tentato di esplorare tali meccanismi, ma i risultati raggiunti sono stati parziali e si è sempre avuta l'impressione che, rispetto agli assetti esplicativi via via elaborati, vi fosse qualcosa in più.

In definitiva, non si è finora giunti a livelli di spiegazione in grado di rendere intellegibile l'intero processo.

Da tale punto di vista, grande impatto hanno avuto i lavori della *Psicologia della Gestalt* e di coloro che hanno proseguito gli studi dei primi teorici di tale disciplina.

Grazie a tali studiosi si raggiunse la convinzione di come, affinché l'arte visiva sia efficace e raggiunga il suo scopo, cioè quello di evocare sensazioni ed emozioni, essa debba rispondere a requisiti che soddisfino le facoltà percettive dei fruitori.

Secondo tale prospettiva, tanto più il risultato percettivo prodotto sull'osservatore è univoco e comprensibile, tanto più l'artista sarà riuscito nel suo intento.

Gli psicologi ad orientamento gestaltico hanno approfondito le basi psicologiche delle facoltà per-

cettive umane, cercando di separare la percezione visiva, quale si sedimenta attraverso l'esperienza, da quella innata dell'uomo, che risponde a regole sempre uguali e che si riproducono indipendentemente dal background del fruitore di turno.

Tuttavia, tali studi avevano un vulnus, cioè, quello di non prendere in considerazione i meccanismi cerebrali e neurologici che rendono possibile la fruizione dell'opera d'arte.

Molti ricercatori, partendo dalle considerazioni sopra espresse si sono domandati se vi siano, e quali siano, le strutture cerebrali alla base delle reazioni che ognuno avverte davanti ad una produzione artistica ed hanno tentato di spiegare il largo consenso che si catalizza su quelle opere d'arte considerate universalmente belle.

Si tratta di studiosi che hanno esplorato la dimensione neuronale che regola tale funzionamento e, attraverso tecniche di imaging cerebrale, hanno dimostrato come davanti a un quadro che attrae l'osservatore, si attivino regioni specifiche del cervello.

Da tali evidenze è stato teorizzato come il bello dell'opera d'arte che ognuno percepisce, abbia un suo equivalente oggettivo a livello del sistema nervoso centrale.

Gli esperimenti condotti dagli studiosi della Neuroestetica hanno dimostrato come l'apparato visivo sia caratterizzato da una "specializzazione funzionale" e, quindi, sia un sistema dinamico, non più passivo recettore di stimoli, ma attivo fruitore ed elaboratore di informazioni. Esso, non si limita alla mera registrazione della realtà fisica, ma partecipa attivamente alla creazione dell'immagine visiva in base a regole e programmi propri, in cui i vari sottosistemi coinvolti agiscono in parallelo e in modo integrato.

La specializzazione funzionale della corteccia visiva fa sì che i diversi elementi della scena siano processati in regioni diverse, prima di essere unificati in un'immagine coerente. Pertanto, le diverse aree visive hanno collegamenti bidirezionali e permettono di confrontare l'immagine registrata con quella già immagazzinate nella memoria.

Questi *link tra diversi distretti cerebrali* consentono la discriminazione ed il riconoscimento di oggetti e visi (sistema ventrale) e la collocazione spaziale delle forme (sistema dorsale).

Ogni area visiva diviene quindi una "microcoscienza", nella quale viene rappresentato un oggetto noto, o determinate sue caratteristiche.

Pertanto, le immagini che si formano nel nostro cervello non sono affatto una riproduzione fotografica della realtà, ma un'elaborazione e un'interpretazione, in risposta ai differenti impulsi di informazione ricevuta.

L'integrazione della ricerca psicologica con i contributi della *Neuroestetica* ha dato nuovo impulso alla ricerca e sono state delineate nuove piste di approfondimento, ancora in divenire e che, probabilmente, contribuiranno a disegnare un approccio ancora più integrato al problema e, quindi, consentiranno una nuova elaborazione concettuale dei meccanismi che governano la reattività emozionale e individuale al cospetto dell'opera d'arte.

La bellezza è nel cervello e nella psiche di chi guarda: il punto di vista della neuroestetica

Perché ci emozioniamo ascoltando una sinfonia di Beethoven o ammirando un quadro un Picasso? Partendo da tali interrogativi, il neuroscienziato *Semir Zeki*, professore di neurobiologia all'University College di Londra e fondatore della Neuro-



L'estasi al cospetto di un'opera d'arte

estetica, si chiese cosa succede ai nostri neurotrasmettitori nel momento in cui proviamo quella condizione estatica che viene evocata e prodotta da un'opera d'arte.

Zeki, con le *leggi della costanza* e *dell'astrazione* ha spiegato alcune leggi della Gestalt che erano solo state enunciate, ma mai sperimentate e ha chiarito, inoltre, come quelle opere d'arte che generano un senso di appagamento profondo in molte per-

sone, significano che l'artista ha afferrato qualcosa di generale che riguarda il cervello e la psiche di tutti.

Il fondatore della Neuroestetica, in maniera preliminare, afferma come una delle prerogative del cervello sia quella di ricavare conoscenza sul mondo.

In questo complesso processo, quello che interessa all'individuo sono gli aspetti essenziali e persistenti degli oggetti e delle situazioni; tuttavia, quella che giunge al cervello sono una serie di dati esterni confusi ed incostanti.

Pertanto, il nostro SNC deve necessariamente essere dotato di un meccanismo che elimini il cosiddetto "*rumore di fondo*", scartandolo, ed estrapolando dalle informazioni che giungono alla sua soglia percettiva e lasciando filtrare solo gli input necessari per ricavare la conoscenza delle caratteristiche durevoli di ciò che osserviamo.

Un esempio esplicativo di tale meccanismo è ben rappresentato dalla visione del colore.

Ad es., per noi, una foglia rimane verde anche se la osserviamo all'alba o al tramonto, o in una giornata piovosa o serena e, quindi, in condizioni di luminosità estremamente variabili.

Quindi, grazie alla *legge della costanza* noi percepiamo l'invariabilità del colore, pur arrivando esso alla nostra percezione sotto mille sfumature, in funzione delle condizioni ambientali e di luce.

Vi è, pertanto, un sistema di elaborazione nel nostro cervello, geneticamente determinato, che agisce e filtra, eliminandole dalla nostra percezione, i dettagli mutevoli e cangianti.

La seconda legge, quella dell'astrazione è processo con cui il cervello predilige il generale al particolare, evidenziando come lo stato d'animo dell'osservatore, ancorato alla situazione pittorica, vada alla ricerca implicita di determinanti che lui già conosce, rappresentando nella simultaneità di una visione unitaria tutti gli aspetti di un singolo frammento di realtà: quella che il cervello ci permette di vedere.

Le argomentazioni proposte da Zeki sottendono la convinzione scientifica di come sia il cervello ad assegnare il significato a ciò che vediamo. Così un'immagine alterata di un oggetto, sia nel colore che nella forma, o ancora più, se pensiamo ai quadri di Kandinskij o di Mondrian, la composizione di linee, impegna la mente di un qualsiasi fruitore nella ricerca di una qualche dimensione o di un segno noto.

Dal punto di vista neurologico è stato dimostrato come, a rendere operative queste due leggi, sia anche l'azione dell'amigdala destra, una porzione cerebrale correlata all'emotività e alla memoria.

È come se lo stimolo osservato fosse passato al vaglio di altri engrammi di bellezza percepiti nel passato e rimasti come dato esperienziale attivo nel nostro bagaglio mnestico.

Tutto questo sintetizza la bravura di molti artisti del passato, per citarne qualcuno: Mondrian, Michelangelo, Van Gogh ecc, che senza esserne consapevoli hanno studiato il cervello e la sua organizzazione, mirando ad uno scopo: creare ambiguità (intesa come abilità di rappresentare simultaneamente su una stessa tela tante verità tutte ugualmente valide, quanti sono gli spettatori coinvolti nella fruizione dell'opera d'arte).

Questo emerge anche nelle opere cubiste, dove, la realtà è frammentata e ricombinata come pezzi di un puzzle a volte talmente complessi che riconoscere un volto o un oggetto diventa impossibile senza l'ausilio di un titolo.

La pittura è una professione da cieco - diceva Picasso - uno non dipinge ciò che vede, ma ciò che sente, ciò che dice a se stesso riguardo a ciò che ha visto. Quello che tenta di fare Picasso è che *"muovendosi intorno a un oggetto ne afferra in sequenza i vari aspetti che, fusi insieme, lo ricompongono in un'unica immagine"*, ottenendo una visione simultanea.

Egli sceglie quella classe di elementi che restano nella mente dopo l'apprendimento e che non sono in continuo cambiamento, ossia gli elementi costanti ed essenziali (costanza di forma).

Lo stesso accade in situazioni in cui la figura non è alterata, così come nelle opere cubiste, ma incompleta, come nelle opere di Magritte e Cézanne.

Quest'ultimo sosteneva con convinzione: *«non sono interessato a finire un lavoro perché esso si completa nella mente dello spettatore»*; si tratta di un'osservazione molto acuta, poiché vuole evidenziare come attraverso la fruizione di un'opera d'arte sia possibile l'attribuzione di significati altamente differenziati da parte dei diversi osservatori.

Zeki pensa che il non finito rappresenti una sorta di trucco neurologico per amplificare il potere immaginativo del cervello e ridurre l'insieme delle forme all'essenziale.

Questo studioso, considerando la fisiologia del sistema visivo, ha studiato i punti di contatto che questa ha con l'arte e in particolare con quella moderna.

Cézanne, Vrubel e lo stesso Mondrian, nel loro periodo più tardo, predilessero le linee piuttosto che i colori come elementi visivi fondamentali delle loro opere.

In realtà, dal punto di vista della Neuroestetica, i loro esperimenti per ridurre l'insieme delle forme all'essenziale (la linea), possono essere interpretati come il tentativo di trovare l'essenza di una forma così come è rappresentata nel cervello.

Il cervello non ama il caos, ma predilige ordinare, catalogare, classificare le percezioni.

Le scoperte della neurofisiologia hanno dimostrato come nella corteccia visiva esista un gran numero di cellule che reagiscono energicamente e selettivamente alle linee (cellule selettive all'orientazione). Ulteriori e interessanti contributi alla comprensione del rapporto tra arte, percezione visiva e cervello provengono dalla scoperta dei *Neuroni specchio* (nell'uomo, oltre ad essere localizzati in aree motorie e premotorie, si trovano anche nell'area di Broca e nella corteccia parietale inferiore.). Secondo Rizzolatti la risposta della mente al capolavoro artistico è mediata da una sorta di profonda immedesimazione empatica che rende possibile quel senso di rapimento e, a tratti, di scombussolamento, che avvertiamo quando guardiamo ritratti di volti che esprimono intensa emotività come ad, es., quelli di Caravaggio.

E, a tal proposito, sguardi, espressioni drammatiche e fisicità osservate in un'opera d'arte, varcano la soglia psichica dello spettatore che, pertanto, è portato ad empatizzare con quello che vede, riproducendo su di sé una risonanza emotiva simile a quella del personaggio rappresentato. Rizzolatti e Gallese, sostengono che *"...il meccanismo dei neuroni specchio al cospetto di un'opera d'arte, ci consentirebbe persino di rievocare corporalmente dentro di noi anche il gesto dell'artista, il colpo di pennello sulla tela o la martellata sul marmo"*.

I neuroni specchio costituiscono una classe di cellule cerebrali che diventa operativa quando un essere vivente compie un'azione e quando questi osserva compiere la stessa azione da un altro soggetto

La scoperta di questa particolare classe di cellule cerebrali è così di ampia portata da rendere più chiari anche alcuni concetti elaborati dalla Neuroestetica ma, al contempo, rende urgente la necessità della formalizzazione scientifica di modelli intermedi che rendano comprensibile come le strutture cerebrali (in questo caso i neuroni specchio) si colleghino

con le dinamiche corporee e lo spazio in cui i corpi vivono e si muovono.

Ed è indubbio come tale spazio sia sì percepito attraverso meccanismi neurologici ed intrapsichici, ma anche costruito culturalmente e socialmente.

Conclusioni

L'ideatore della Neuroestetica è ben cosciente del potenziale di sviluppo che detiene l'approccio da lui sperimentato ma, al contempo, è consapevole delle critiche che gli sono piovute addosso da eminenti studiosi.

Alcuni scienziati dello studio del comportamento umano hanno considerato, e non a torto, la Neuroestetica come una nuova forma di riduzionismo, dal momento che il suo focus sperimentale pone molta enfasi su un approccio quasi esclusivamente neurologico e localizzazionista sotto il profilo delle funzioni cerebrali dell'uomo.

Molti ritengono, invece, come non sia sufficiente individuare quali aree neuronali si attivino, per capire in maniera esaustiva i meccanismi che regolano il comportamento umano e, nel caso di specie, l'esperienza estetica al cospetto di un'opera d'arte.

Un esempio di indagine veramente eclettica, che non si confina negli stretti ambiti da cui origina è, invece, la ricerca sui neuroni specchio, che riconosce nella simulazione un modello di funzionamento che può contribuire alla comprensione di una varietà di fenomeni umani, tra i quali, l'imitazione, l'empatia, l'evoluzione del linguaggio, l'autismo infantile ed altre problematiche ancora.

L'individuazione di nuovi modelli che tengano in debito conto la struttura e le funzioni del nostro SNC non potrà che fornire rinnovato impulso e linfa allo studio del comportamento umano.

La Neuroestetica è una disciplina ancora giovane ed è stata accolta con grande interesse da tutti i circuiti scientifici.

I suoi ambiti di indagine sono, pertanto, in pieno divenire e tutti suoi segmenti di ricerca si prestano ad essere ibridati con i contributi scientifici provenienti da settori diversi.

Tuttavia, vanno esaminate e ricercate nuove sintesi scientifiche poiché non basta descrivere i fenomeni per poterli comprendere, in quanto essi vanno anche interpretati e letti in quella complessità, che deriva anche dalla loro interazione con altri processi.

Bibliografia

- Arnheim R., *Arte e percezione visiva*, Feltrinelli, Milano 1962.
Arnheim R., *Entropia arte, saggio sul disordine e l'ordine*, Torino, Einaudi 1982.
Arnheim R., *Verso una psicologia dell'arte*, Einaudi, Torino 1969.
Durstewitz D. et al., *Abrupt transition between prefrontal neural ensemble states accompany behavioral transition during rule learning*, in *Neuron* 66 (13), pp 438-448, 2010.
Gallese V., Sinigaglia C., *Embodied simulation as reuse is a productive explanation of a basic form of mind-reading in Trends in Cognitive Neurosciences*, 16 (2)-2012.
Giannini A.M., Marzi T., Viggiano M. P., *Design. Percezione visiva e cognizione, psicologia dell'arte, la scelta del prodotto: emozioni, decisioni e neuroestetica*, Giunti, Firenze 2011.
Iacoboni M., *I neuroni a specchio. Come capiamo ciò che fanno gli altri*, Boringhieri 2008.

- Rizzato M., Donelli D., *Io sono il tuo specchio. Neuroni a specchio ed empatia*, Amrita Ed., 2011.
Rizzolatti G., Sinigaglia C., *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni a specchio*, Cortina, Milano 2006.
Rizzolatti G. et al., *Grasping the intention of other's with one's own mirror neuron system*, in *PLOS Biology*, vol. 3, 2005, pp. 529-535.
Zeki S., *La visione dall'interno*, Boringhieri, Torino 2003.
Zeki S., *Splendori e miserie del cervello*, Codice 2010.
Zeki S., *Con gli occhi del cervello*, Di Renzo Editore, 2011.
Zeki S., Watson J.D.G., Lueck C.J., Friston K.J., Kennard C. & Frackowiak R.S.J., *A direct demonstration of functional specialization in human visual cortex*, *Journal of Neurosciences* 11:641-649, 1991.
Zeki S., *Balthus o la ricerca dell'essenziale*, Graphos Ed., Genova 1999.
Zeki S., *A Vision of the Brain*, Blackwell Science Ltd, Oxford 1993.

Indirizzo per la corrispondenza

Dott. Saverio Sergi
Psicologo Clinico, U.O di NPI di Villa San Giovanni. ASP 5 di Reggio Calabria
Indirizzo di posta elettronica: saveriosergi@virgilio.it
Cell. 340/5959512

Lo specchio e lo sguardo di Medusa

Caos, smarrimento e frammentazione del sé

di GAETANO MARCHESE

Il corpo è un carniere di segni, / il segno è un corpo disincarnato.
J. Baudrillard

L'altro è l'inferno (...) Sono smarrito di fronte all'altro che vedo e tocco e del quale non so più che fare. È già molto se ho conservato il ricordo vago di un certo al di là di quello che vedo e tocco, un al di là di cui so precisamente che è ciò di cui voglio impadronirmi. È allora che mi faccio desiderio.

Il desiderio non è (solo) desiderio di fare, ma è desiderio di un oggetto trascendente che consente di uscire dalla propria clausura. J.

P Sartre

Molto ha esperito l'uomo, / molti celesti ha nominato / fin da quando Noi siamo un colloquio / e possiamo ascoltarci l'un l'altro.

F. Horderlin



Medusa - Caravaggio

Le parole illuminanti di Bruno Callieri sulla condizione umana e clinica della schizofrenia, danno senso alla variegata corte sintomatologica e alla sofferenza psicopatologica di un nostro paziente, e ci rimandano, inevitabilmente, alla riflessione sulla nostra e altrui presenza nel declinarsi di un incontro terapeutico possibile: *Tra le grandi vie di transito o, meglio, zone di guado verso i territori stranieri del delirio, sentieri che tengono sospeso il discorso sul nascere della follia in una soglia equivoca fra pathos addensantesi e inesorabile svolgersi storico, vi è il mondo-limite della perplessità e, vicinissimo ad esso, quello della disposizione d'animo al delirio (wahnstimmung della psicopatologia classica tedesca): intonazione affettiva intensa ma ancora atematica, donazione o conferimento di senso o di un significato che non riesce a precisarsi (se pur lo si volesse), che si arresta nell'ondivago, nel sospeso, nel fluttuante, nel sentiero interrotto che va a configurarsi nelle ombre della sera o a smarrirsi in un fittume di sottobosco o di macchia, sempre impraticabile o impenetrabile.*

A. 27 anni, studente fuori corso alla facoltà di filosofia, fin dal primo incontro s'immerge nel magma della narrazione di sé: negli ultimi anni è ossessionato da un pensiero delirante relativo alla sua identità, dentro di sé sentiva l'eco del suo pensiero che gli imponeva, imperiosamente, di guardarsi allo specchio, di toccarsi per verificare se quell'immagine riflessa coincideva realmente con con il suo viso, se il suo corpo era ancora integro. Le allucinazioni uditive terrifiche che vive, evidenziano una scissione tra il suo io e il corpo, una

condizione di disagio acuto che circoscrive una presenza vuota e sospesa, che vive una profonda angoscia panica: (...) le voci mi parlano quando sono davanti allo specchio, mi dicono che non sono io quello nello specchio, ... solo toccandomi verifico che l'immagine che vedo riflessa nello specchio sono io. Devo guardarmi continuamente, perché spesso non mi riconosco e ho paura che quello che vedo là, nello specchio o in qualsiasi parte in cui mi rispecchio, non sia più io. Lo specchio, per me, adesso è uno spazio infinito nel quale io mi vedo uno e posso anche vedermi in una pluralità di me, una immagine unica che contemporaneamente si sdoppia, può diventare molteplice. A volte, all'improvviso la mia immagine nello specchio scompare deformata. Tutto questo mi mette angoscia e mi fa impazzire, tutte le mattine e la sera combatto una battaglia interminabile che mi uccide, non mi fa più vivere.

Il corteo sintomatologico ripropone pensieri ossessivi e un delirio relativo alla sua identità, la sensazione di smarrimento ed estraneità, il sentirsi immerso in un mondo interno carico di eventi caotici e catastrofici, sentirsi, invaso da pensieri e "voci" imperiose e persecutorie con un'angoscia panica e una sensazione di imminente frammentazione del Sé, la paura di non poter più esistere e di non sentirsi più integro. Il vissuto di vuoto interiore e l'imminente insorgenza coaptativa del nulla che lo invade si compenetra in esperienze di derealizzazione e depersonalizzazione che deve affrontare ogni giorno. L'angoscia che vive è un buco nero in cui si può precipitare e disperdersi in tanti pezzi (parti di sé frammentate). In un sogno riferisce: (...) Ero in una stanza le cui pareti erano fatte con grandi specchi e la mia immagine si moltiplicava e si perdeva in questo labirinto di riflessi di me stesso, ... non c'era nessuno nella stanza e regnava un'interminabile silenzio (...) senza un motivo, tutto cadeva e si sentiva il rumore lacerante dei pezzi di vetro sul pavimento. Ma, in ogni pezzo di vetro c'erano riflessi parti di me, gli occhi, la bocca, pezzi di capelli, le mani. Avevo la sensazione che alcune parti del mio corpo si frantumavano e si disperdevano per sempre. C'era un silenzio irreali, pesante... come se i pezzi di vetro fossero piume che cadevano su un tappeto sospeso. Mi vedevo andare in tanti piccoli pezzi, ... parti di me che si rompevano, si frantumavano e io non potevo far nulla, paralizzato nel mio terrore. Mi sono svegliato dall'incubo, ero bagnato dal sudore e avevo sete, alzandomi mi sono fermato a guardarmi nello specchio, ... ero ancora intero e per convincermi mi toccavo le braccia, la bocca, il viso.

Esisteva ancora, ... ero proprio io in quell'immagine riflessa nello specchio.

Nelle sedute, A. ci conduce nel labirinto della sua sofferenza, iniziata una mattina di 7 anni fa, quando davanti allo specchio, guardando la sua immagine riflessa, prova per la prima volta una sensazione di smarrimento e di angoscia. Non si riconosceva in quell'immagine riflessa che percepiva come estranea, appartenente ad un altro e del tutto sconosciuto: (...) l'immagine che vedo riflessa nello specchio non sono io, ... quell'altro che sta nello specchio è qualcuno che non conosco. Rispetto al dubbio di chi sia quell'immagine riflessa, muta che lo fissa negli occhi, A. non riesce a dare risposta: vive l'angoscia e la confusione della propria identità, non solo ferita, ma (dis)persa. L'immagine riflessa nello specchio è solo il profilo di un volto non (ri)conosciuto come il proprio, un volto sconosciuto che occupa uno spazio senza storia e che, in questa esperienza estraniante, arriva inaspettata come una tempesta, espressione di una identità e continuità esistenziale che si spezza e si interrompe. Nello specchio, A. pone lo sguardo su un volto sconosciuto che viene percepito e vissuto non più familiare, ma insolito e perturbante; una immagine vuota di senso e che, pertanto, rimanda ad un caos emotivo che gli procura un'angoscia incolmabile e indicibile, che lo atterrisce e lo pietrifica. Nelle sedute è tangibile la sensazione di estrema precarietà e di pericolo che egli sperimenta, come di chi cammina su un filo (sottilissimo ed invisibile ad altri) sospeso sul burrone, che può cadere in qualsiasi momento e non trovare nessuno che possa aiutarlo. Rinchiuso in sé, angosciato e impaurito, distante dal mondo, nella solitudine radicale, muto come le pietre, vive un silenzio carico di disperazione. Il suo narrarsi si dipana nelle sedute successive: (...) non riesco a guardare le persone e non trovo nessuno che io possa amare pienamente, sono solo con me stesso. A volte mi sento inutilmente presente a me, vuoto e insignificante, sono lontano dagli altri, sento che gli altri non possano toccarmi emotivamente. Quando sono fuori devo rientrare subito perché avverto che gli altri mi osservano, si interessano a me, mi trafiggono con il loro sguardo e io evito di guardarli perché ho il terrore che possano leggere i miei pensieri e questo mi pietrifica. Quando incontro gli degli altri che mi guardano, ho la sensazione che mi scrutano fin dentro il mio corpo, ... mi terrorizzano e mi mettono un'angoscia che non riesco a contenere. Ho paura che se anch'io li guardo posso restare pietrificato, rimanere paralizzato come una statua. Mi sento terrorizzato e sono guardingo, evito

gli sguardi degli altri che non conosco perché penso che abbiano gli occhi della Medusa, ... se li guardo ho paura di essere pietrificato e di cadere in mille pezzi. Metto gli occhiali scuri per proteggermi, ed esco solo di sera. Per questo vivo da estraneo, anche in casa mia, come in una terra che non mi appartiene, ... ho solo il possesso del mio corpo, e anche quello, spesso, lo perdo nei miei pensieri, (...) ultimamente non trovo il filo dei miei ricordi, il mio tempo è contratto sui miei pensieri ossessivi e mi sento di impazzire. Forse sono già impazzito e non me ne rendo conto. Mi dico che devo fare qualcosa, ma cosa? Cosa posso fare se non trovo il filo della matassa e non vedo le mani che possono aiutarmi a sciogliere i nodi di questa ingarbugliata trama. Sono ingannato dai miei sogni e dai miei pensieri, ... sono ingannato dalla mia stessa immagine che vedo riflessa. Sono diventato come un pezzo di vetro, insignificante, vuoto, ... nulla che sia reale. Io non sono come Perseo che utilizza lo scudo come specchio per non incrociare lo sguardo mortale della Medusa, o come Edipo che svela l'enigma della Sfinge. Sono solo e impaurito e non trovo soluzione se non chiudendomi in me. Per questo non posso staccarmi dalla ricerca dell'immagine di me e del mio corpo, e sono continuamente condannato a guardarmi e a sentirmi guardato, ... a guardarmi per potermi riconoscere. Ho anche provato ad uscire da questa situazione, ... ho avuto una storia con una ragazza, mi chiamava spesso, voleva stare con me, ma io non la chiamavo mai, ... spesso sentivo fastidio perché mi chiamava e dovevo ascoltarla. Alla fine, ho perso anche lei, è andata via perché diceva che io non la amavo, non la chiamavo mai, non le parlavo e non la guardavo mai negli occhi. Sono rimasto solo, anche papà, ammalato di demenza mi ha lasciato senza dirmi nessuna parola, ... adesso sento la solitudine e la sua perdita come non mai, cammino con fatica in una terra bagnata dalla nebbia della colpa. Forse per questo mi perdo, ... cercandomi ossessivamente nello specchio, finirò per perdermi e morirò anch'io nell'acqua putrida del mio stupido egoismo e forse scompiglierò e annullerò per sempre la mia immagine".

Nello scacco di una esistenza sospesa, A. vive nel caos e confinato in uno spazio di solitudine dal mondo. La sconfitta che egli subisce si coglie proprio nell'assenza della presenza e della parola dell'altro; una situazione drammatica che si perde nell'opacità dello specchio e nella ricerca vana dell'identità e di un dialogo impossibile con quell'immagine riflessa che lo perseguita. Tale vissuto delimita e circonda la metafora di una vita che non ha certezze ma è smarrita e confinata al limite del mondo: nell'immagine riflessa di sé

perduta nello specchio o in qualsiasi oggetto specchiante, si delinea l'isolamento più radicale dalle relazioni umane. Lo smarrimento e l'angoscia subita dal suo io mostra chiaramente come nelle pareti dello specchio non ci si può incontrare con nessuno, nemmeno con se stessi. In questa ricerca narcisistica del proprio sé, terrificata e interminabile, si può cogliere il senso e il dolore acuto di una relazione comunicativa con l'altro, oramai incenerita.

L'esistenza di A. appare sospesa nel paradigma di un amore di sé narcisistico e nell'epifania di una impossibilità ad amare, espressione di una solitudine profonda che sommerge l'animo: cercando con modalità delirante l'immagine di sé nello specchio, di fatto emotivamente si nega alla vita e si consegna ad una dimensione di esistenza sospesa. La mancanza di una relazione con gli altri e il mondo, coincide con la pietrificazione dell'emotività, che si coglie nella sua solitudine radicale tutta tesa alla ricerca dell'identità nelle pareti argentate dello specchio. Questa modalità di essere al mondo lo confina in uno spazio che lo inghiotte e lo risucchia nel suo occhio freddo: buco nero d'identità negata.

Senza una relazione *dialogica* ma divenuta oramai *monologica*, l'esistenza di A. si infrange e si insabbia in un deserto emotivo che nega la vita: nell'immagine riflessa nello specchio (il suo io) non si riconosce come identità, ma si percepisce solo come riflesso anonimo e angosciante. Prigioniero della propria immagine che si perde o si frammenta nello specchio, egli precipita, inevitabilmente, in una spersonalizzante esperienza di angoscia, in uno stato d'animo di attesa (*l'essere del non-ancora*), di smarrimento e di sradicamento, un'*atmosfera di presagio*, di catastrofe imminente, come se qualcosa di terribile sta per accadere, ... *come se finisse il mondo*, uno stato d'animo prima dell'incompere del delirio (*Whnstimung*).

Così, lo sguardo angosciato e confuso, carico di vissuti di estraneità di sé, si compenetra in momenti acuti di *depersonalizzazione* e *derealizzazione*: uno sguardo pietrificato e una ferita narcisistica che segna la distanza dal mondo e che delimita una vita chiusa, ringrizzata e inaridita emotivamente, che scorre sulla linea della negazione del sé e del mondo. Lo scadimento progressivo della sua presenza è massiccio: l'esser-ci scade a mera fattualità, a mera evenienza fisica e si congela da ogni possibilità di estendersi e *coestendersi* verso un'esperienza umana condivisa e perde ogni possibilità di apertura al mondo. La sua è una esistenza sospesa nel vortice

del caos e nella nebbia della confusione, vive in uno spazio e in un tempo carico di vuoto e di distanza emotiva dal mondo, risucchiato in una spirale imprevedibile: senza più confini, può confondersi o estraniarsi, perdersi e annullarsi. Pertanto, frammenti esistenziali incoerenti disegnano percorsi che non sono rappresentati, che si dissolvono nel pensiero che non si radica all'esistenza: pezzi di un mosaico senza disegno alcuno, in un mutevole agitarsi della persona ormai in fuga da sé, estranea a sé e al mondo.

Coartato alle radici del suo essere-*nel-mondo*, A. non solo vive il caos emotivo e lo smarrimento del sentimento di sé, ma vive la sua sofferenza da vinto, senza essere, peraltro, cosciente dell'essere vinto. In un crescendo di angoscia esistenziale si ripiega su di sé, schiacciato dalle ossessioni ed inchiodato alla terra del suo delirio non riesce più ad *intenzionare il mondo*, che finisce per divenire uno spazio anonimo e vuoto. La confusione e il disordine del suo pensiero scuote dalle fondamenta la sua esistenza ed egli viene a trovarsi in un stato di assedio e di arrivo finale, ai margini della linea del mondo, là dove tutto è già drammaticamente accaduto. In questo tempo di crisi, la gravidanza della maschera della sofferenza e del dolore si impone, inquietante e insolita, perturbante nel suo (in)sorgere.

Una esistenza confusa e sospesa che mostra discrepanze nel suo articolarsi, una desertificazione emotiva con un distacco progressivo della realtà delle cose e del loro porsi: una costante *caduta della donazione di senso*, un ritiro dal mondo e *ripiegamento narcisistico su di sé*, un'incapacità nel mantenere le relazioni affettive, una coartazione del sé e del suo essere-*nel-mondo*.

Nelle pieghe profonde delle parole che vengono riportate nel testo *Quando vince l'ombra*, Bruno Callieri mette in evidenza come il dolore, in psicopatologia, riduce l'orizzonte dell'esistenza e indebolisce la prospettiva del futuro inteso come possibilità e progetto e si cristallizzano nella *caduta della donazione di senso* le esperienze vissute nel mondo. Se però nella esperienza del dolore l'orizzonte della possibilità si restringe, quello della conoscenza, in genere, si allarga. Nietzsche nella *Gaia scienza* evidenzia come: (...) *il dolore quello lancinante preme lo spirito, lo incalza e così l'esperienza della malattia produce un nuovo tipo di conoscenza (...).*...è proprio nell'ora del massimo tormento che Don Chisciotte vide con chiarezza dentro se stesso. La sofferenza, è una inesauribile fonte di sapere, di un nuovo e diverso sapere,

profondo e intimo, in-scritto nel corpo, nella nostra carne. Soltanto il dolore con cui veniamo bruciati, come legna verde ci costringe a scendere nelle nostre sconosciute profondità: quello lancinante e/o cristallizzato, soffocato e depositato nel vuoto della perdita e dell'assenza, terrificante nel suo silenzio carico di solitudine e di angoscia, che sbalza fuori e, come l'urlo di Munch, mostra l'ombra scura e l'assenza di uno sguardo condiviso e di dialogo, una solitudine infinita che può essere rintracciata in ogni gesto e segno umano. L'urlo di sofferenza, inudibile e indicibile, spesso soffocato e rinchiuso nel petto è anche segno disincarnato di una lacerazione che la sofferenza produce nell'anima, è segno determinante della distanza emotiva dal mondo, della mancanza della speranza e del restringersi dello spazio vitale. Cogliere uno sguardo, dunque, non vuol dire solamente incrociare gli occhi di chi ti guarda, ma essere consapevoli di essere guardati: lo sguardo da cui scopro di essere guardato esprime la mia presenza e anche la mia vulnerabilità e mi dà senso, "hic et nunc", nel mio essere-*per-l'altro*. Nell'incontro con l'altro, senza una tensione empatica e senza lo strutturarsi di una relazione di ascolto condiviso, la conoscenza è destinata allo scacco: l'altro è per sua definizione inafferrabile, irraggiungibile nella sua in-visibilità, *un abisso ci separa*, ma l'altro è anche il più vicino, *proximus* a noi solo nella condizione in cui la sua presenza entra nello spazio della nostra sfera personale. La presenza dell'altro può, dunque, essere recuperata in una relazione empatica ed etica, che ci permette di ascoltarlo e accoglierlo, non come un replicante, ma *simile a noi*, nella cui relazione ci rispecchiamo e completiamo reciprocamente come *alterità* diverse.

L'alterità è sempre un elemento costitutivo del proprio sé con cui confrontarsi, è evenienza e realtà, scarto e passato che nessuna memoria può dimenticare: la presenza dell'altro recupera e rimanda al vissuto della propria identità e presenza. Per questo, l'arrivo e l'incontro con l'altro è sempre un evento straordinario e sconvolgente, mette in crisi la nostra intima sicurezza e pace, ci inchioda alla nostra presenza e all'altrui appartenenza al mondo, all'essere-*nel-mondo*. La presenza dell'altro ci espone e ci consegna al rifiuto o all'amore, comunque a riconoscere e rispettare l'altro in quanto presenza umana, sempre presente a noi.

Il vissuto psicopatologico di A., nelle sue articolazioni e passaggi, non soltanto segna la sua soggettività,

ma costituisce un'ombra, che copre e avvolge la sua esistenza nell'oscurità e nell'impossibilità di poter avere un dialogo (possibile) con l'altro. *Se io preferisco l'autunno alla primavera, è perché in autunno si guarda il cielo, in primavera la terra*, afferma Kierkegaard e, anche se la malattia rappresenta l'autunno nella vita, noi possiamo, sempre e comunque, guardare in alto, nella vastità del cielo per scoprire orizzonti di speranza. A. nella sua malattia guarda la terra del dolore che si pietrifica in una materia sconosciuta, negando per sé la ricerca di una possibile speranza. L'eco narcisistica della sua ferita si perde nella solitudine e nel silenzio, non riesce a trovare nessun luogo dove possa essere depositata e ascoltata la sua sofferenza psichica, decifrata nel suo senso: immanenza di un dolore esistenziale, muto e disincarnato, che taglia e distrugge le radici della sua vita, del suo Sé.

Mi lascio andare all'ascolto delle sue parole e al silenzio prolungato, allo sguardo di A. carico di assenza, che cerca gli *oggetti persi* nelle pareti dello specchio, parti rimosse di sé, idealizzate e narcisistiche, oggetti sé cattivi e persecutori.

Mi chiedo come egli possa superare l'angoscia dello sguardo dell'altro che, come Medusa, può pietrificarlo, trasformarlo in una statua di pietra, intrappolarlo nel suo stesso corpo che può solo avvertire come *corpo-oggetto*, un corpo vuoto di emozioni. Lo sguardo dell'altro, pietrificandolo lo trasforma in una materia inerte come la pietra e lo consegna e lo imprigiona ad una condizione umana di impotenza, ad un potere che ne inficia l'autonomia, che lo consegna all'arbitrio dell'altro sulla sua stessa esistenza. Lo sguardo inquietante che può pietrificarlo segna una prigionia dell'anima a cui egli si consegna impotente: *la messa in scena dell'altro* comprime inevitabilmente lo spazio della propria libertà e, se ... *l'altro è l'inferno* è pur sempre una terra di fuoco da attraversare è, comunque, sempre un inferno che abita dentro di noi.

Dopo le sedute, ripenso ai lunghi silenzi interrotti dalle parole incandescenti di A. e mi domando: quando la psicoterapia potrà contenere l'angoscia distruttiva e il caos che vive A.? Quando potrà essere vissuta come elemento contenitivo e trasformativo? Quando la psicoterapia potrà trasformarsi ed essere lo scudo per proteggerlo dallo sguardo pietrificante di Medusa?

La psicoterapia saprà restituirgli la capacità di uno sguardo terso e pulito, pacificato e condiviso?

C'è ancora tempo per contenere questa sofferenza, e sapremo noi due insieme trovare il sentiero, il sen-

so e l'apertura per un nuovo giorno, per un domani di speranza?

Solo la psicoterapia ed una attenzione alla flessibilità del setting (scudo-specchio) potrà fornire ad A. non solo la possibilità di un contenimento emotivo al suo vissuto di catastrofe, ma potrà guardare dentro di sé per elaborare i suoi fantasmi distruttivi e persecutori e, attraverso la *materia del transfert*, sentirsi in una relazione, essere accolto e ascoltato, sentirsi riconosciuto e rispecchiarsi in uno sguardo umano con la possibilità e la libertà di poter guardare e sentirsi libero. La terapia è sempre uno strumento di conoscenza, uno strumento epistemologico ed ermeneutico del dialogo e della parola, che serve per guardare nelle profondità del nostro essere, per dare senso al vissuto emotivo e per poter (ri)-costruire una relazione significativa nel rispecchiamento di sé nello sguardo con l'altro.

A. dovrà trovare un suo tempo terapeutico, come Perseo-guardando nello scudo riesce ad evitare lo sguardo della Gorgone e, camminando all'indietro, riuscirà ad uccidere Medusa e dal suo sangue vedrà nascere un cavallo alato, Pegaso-, anch'egli a ritroso dovrà ri-percorrere la sua storia (psicogenesi) attraverso uno spazio nuovo, il setting terapeutico e la relazione terapeutica inteso come scudo-specchio in cui contenere, ri-conoscere ed elaborare parti di sé rimosse e negate. Solo nella relazione terapeutica (e con tutto quello che muove la materia del transfert e controtransfert), si potrà guardare il perturbante e l'insolito che alberga dentro di noi per ricostruire il senso della continuità e dell'identità, riprendere i sentieri interrotti dell'esistenza, il desiderio e i sogni del domani.

Nella narrazione di A. non solo c'è il desiderio di ri-specchiarsi in una relazione umana e terapeutica, ma anche l'intreccio e la trama di una esistenza nel suo farsi frammento e *clinica*, perché riunisce insieme in uno *spazio condiviso* l'eterogeneità delle singole esistenze nella descrizione infinita dei vissuti e della storia di un incontro tra me e lui, tra noi: una storia umana dolorosa, una storia aperta e in divenire.

Negli incontri terapeutici, A. senza cedimenti mi mostra il quadro del suo fantasma, disvelando la mia impotenza davanti al suo dolore, alle fessure strette del suo ripiegamento narcisistico, ai suoi traumi e alle perdite subite. Questa scoperta mi impone estrema attenzione e responsabilità, e tutto questo (io) dovrò dividerlo con un'altra persona, che dal quel momento, diventa il "mio altro". Così, sono tutto proteso verso que-

sta scoperta, ne sono felice e, contemporaneamente, ne tremo, al punto che qualsiasi curiosità, equivale, in fondo, ad un incontro d'amore. Come dice R. Barthes, in ogni istante dell'incontro, *io scopro nell'altro un altro me stesso*.

L'incontro con l'altro è sempre un evento straordinario ed è sconvolgente poiché mette in crisi la mia intima pace e sicurezza, ma è proprio nell'incontro con l'altro che noi, pur restando ancorati alla terra della nostra soggettività, inchiodati dal nostro vissuto (*io-corpo*) e dalla presenza dell'altro che è sempre un *corpo-vissuto*, ritroviamo il senso dell'esser-ci, qui ed ora, insieme (*coesse*) nel mondo. Questa *clinica* si fonda su di *semeiotica dell'incontro* per una psicopatologia che ha pochissimi parametri scientificamente comprovati, forse neppure certezze, se non le fragili ma forti "boe di galleggiamento" di cui parla nella sua psicopatologia K. Schneider.

Il terapeuta e il suo paziente nell'incontro *con-vivono* nell'atto di *esserci-con* (*mit-dasein*), e devono, in quello spazio, poter *con-dividere ed essere fondati nel tempo del noi*: unico e indicibile *intrigo intersoggettivo* che accade quando un uomo si incontra emotivamente con un altro.

Se esistere è *essere-al-mondo*, partecipare alla vita e costruire relazioni umane, come afferma B. Calleri: *l'incontro non è da intendersi solo e semplicemente come l'esserci, cioè come quella serie indefinita, anonima, impersonale di rimandi quotidiani ad un altrui, in cui sempre ci imbattiamo, ma è da intendersi come esserci con l'altro, fedele alla insopprimibile struttura dialogica del singolo*. Nella psicoterapia, spesse volte, come terapeuti ci troviamo di fronte a sentimenti profondamente angoscianti che scuotono la nostra struttura personologica, e la presenza di tali vissuti ci impone un profondo lavoro sulle nostre capacità di ascolto, di accettazione e di ri-elaborazione terapeutica. Quando ciò non avviene, il terapeuta è solo un testimone muto del dramma del paziente, non riesce ad esercitare alcuna presa e, il suo *essere-in-relazione*, scivola via come un'ombra, risulta inadeguato e vano il suo ascolto ed egli perde la capacità di contenimento emotivo e di sostegno.

Un lavoro psicoterapeutico è fondato sul dialogo umano e sulla capacità del terapeuta di essere anch'egli paziente, di essere, cioè, in sintonia con il proprio vissuto emotivo, in modo da poter allargare dentro di sé la capacità dell'ascolto, per creare un contenimento stabile e coerente, che si esprime con disponibilità e amore, con la parola e con il silenzio. Essere sempre vigili, attenti, sapere aspet-

tare, forse, anche, prepararsi a subire uno scacco: con umiltà e con disponibilità si deve dare tempo e spazio necessario al paziente, che deve sentirsi compreso e accettato in modo autentico per poter parlare liberamente di sé, per sentirsi pienamente e autenticamente accettato nella relazione. Solo in questa relazione di condivisione e di alleanza si può costruire lo spazio di una presenza emotiva e il tempo per *essere-in-relazione*. È questa la grande sfida, la sfida con il *tempo terapeutico*, inteso come dono materno che rappresenta la vita ed è aperto al futuro, unico punto di riferimento per un protendersi nel mondo.

Il terapeuta nel suo *maternage*, deve sentire la terapia come un'armonia musicale: saper ascoltare le parole, rispettare le pause, valorizzare i silenzi del paziente, aprire nuove possibilità di condivisione, favorire il riconoscimento del *volto dell'altro*. La terapia è sempre un'ermeneutica dell'incontro umano, rappresenta una possibilità di vita che pulsa ancora e che si mostra a noi come autentica donazione di senso. Quando questo avviene, la solitudine può essere considerata espressione di una grande potenzialità di amore che non è stata compresa e corrisposta. Nella terapia è possibile vivere intimamente l'*essere-in-relazione*, ascoltare il proprio dolore e restare nel luogo della possibile rinascita, unica possibilità per allontanare l'angoscia esistenziale e aprire l'orizzonte della vita. Solo nell'intimità del tempo terapeutico, il soggetto non arretra e non cancella il confine della speranza; solo così, egli non riduce la propria presenza ad ombra inquietante e anonima e il futuro non è vissuto solamente come vuoto, ma egli potrà rivivere e rielaborare la perdita e le assenze attraverso una nuova donazione di senso.

L'incontro terapeutico appare sempre come un ponte che congiunge terre diverse e storie umane, e perciò si (*im*)pone, sempre, come mandato etico che cerca di accorciare la distanza di questa umanità divaricata, sofferente e sorda, stordita dal rumore caotico del mondo e spesso divisa, che deve poter recuperare e rinsaldare la capacità di (*ri*)conoscere la propria *identità* pur nell'*alterità*, di integrare, senza mai annullare l'irriducibile eterogeneità delle singole parti, nel senso autentico della *communio amoris*.

Nel corso degli incontri terapeutici con A. abbiamo sperimentato e recuperato il senso dell'essere insieme, essere entrambi *viandanti* per le stra-

de della vita, tra poesia della presenza e il dolore lacerante della solitudine e il fuoco dei sentimenti che bruciano nel diario della nostra vita.

Così, la parola terapeutica supera la soglia del confine visibile e depone il suo seme di speranza e, anche nel deserto della depressione più grave o nell'angoscia di uno sguardo pietrificato e nella eco di voci persecutorie, riesce ad alimentare il fuoco della relazione, ridare senso all'invisibile e all'insolito, trovare radici comuni nella bruna terra e disvelare le metamorfosi silenziose della vita. La parola come potere terapeutico, di senso e di ricerca di verità: etica della parola e biologia della parola- la parola diviene molecola perché iscrive nella biologia del corpo la bio-grafia della storia soggettiva di ogni uomo: parola di speranza e di vita, di resurrezione, che esce dall'ombra e indica il dialogo come luce. La parola che nasce dal silenzio, che dona senso al silenzio; solo con la parola il silenzio della Sfinge, misterioso e invalicabile, può essere compreso e la roccia fredda che la compone può essere semeioticamente decodificata nella sua enigmatica oscurità.

Parola condivisa in uno spazio vitale, contemporaneamente essere linguaggio e corpo silenzioso, capace simbolicamente di rinviare alla vita e alla morte, la parola lascia sempre delle tracce, si iscrive sulla pelle del soggetto, nell'espressione del corpo e nella emozione urlata. Tentare di dire con la parola che s'incarna perché il corpo non muoia, non dimentichi il filo invisibile dell'esistenza, e che scriva di sé con tutto se stesso; prima che il giorno finisca, prima di quel patimento ontico che è il vivere in solitudine oltre l'attimo della propria esistenza, perché con il calore della parola terapeutica pur nella geometria del silenzio e tra le pieghe dell'esistenza, si possa recuperare l'esser-ci, un noi condiviso nel dialogo. Nell'attesa dell'incontro il silenzio cede il posto alla speranza e così si allarga lo spazio del futuro,

si distoglie l'attesa sull'immediato e si dilata l'orizzonte e si può vivere la molteplicità e la condivisione, assorbire moltitudini e volti, inghiottire l'universo, allontanare la monotonia e il *tedium vitae* per rinsaldare la scoperta dell'altro da noi. Kierkegaard ci ricorda che solo allora *comincia a declinarsi il pronome riflessivo*, con la voglia di andare oltre la soglia, fino al proprio centro. L'io cerca casa, ma la trova all'aperto, perché l'io non è solo una *costruzione*, ma essenzialmente una *scoperta* resa possibile da una *danza verso la propria definizione* per incontrare il proprio Sé, in quella che Holderlin chiama *la grande ora*.

Un lungo sospeso silenzio e il ricordo delle sue parole che possono aprire un sentiero nella desertificazione emotiva. Ed è proprio nel silenzio e nell'attesa disponibile che le parole bruciano interiormente e hanno senso, così che *il più forte stende la mano al più debole* (Bleuler).

La parola è la dimora dell'essere dice Heidegger; solitudini inaccessibili e mondi distanti possono trovare destini comuni nella parola terapeutica, perché nei nostri frammenti di vita, pur nel silenzio e nel dolore, *...noi siamo un colloquio/ e possiamo ascoltarci l'un l'altro*.

Nella parola, sia essa poetica o terapeutica, l'attesa e la speranza può ancora delinearci all'orizzonte come dice Nietzsche con una sfolgorante immagine: *La speranza è l'arcobaleno gettato al di sopra del ruscello precipitoso e repentino della vita, inghiottito cento volte dalla spuma e sempre di nuovo ricomponentesi: continuamente lo supera con delicata bella temerarietà, proprio là dove rumoreggia più selvaggiamente e pericolosamente*.

Solo la parola dettata dal cuore, terapeutica o poetica, può consolarci e disvelare orizzonti di speranza, riesce a spingersi nell'ombra del silenzio delle pietre ed aprire la porta del possibile dialogo umano.

Bibliografia

Di Petta G. *Il mondo sospeso. Fenomenologia del "presagio" schizofrenico* Edizione Universitarie Romane, Roma, 1999, p. 69.

Callieri B., Maldonato M., *Ciò che non so dire a parole* Edizione Guida, Napoli, 1999, Universitarie Romane, Roma 1999.

Di Petta G., *Esistenza e delirio*, Edizione Universitarie Romane, Roma 2005

Marchese G., *Il doppio sguardo di Narciso*, in Rodighiero S. (a cura di), *Clinica e psicoterapia. Dai modelli alla prassi*, Edizione ETS, Pisa 2005

Freud S. *Il perturbante*, Opere Vol. IX, Edizione Boringhieri, Torino 1977, La Medusa-Opere, vol. IX; importante la consultazione del testo *Introduzione al narcisismo*, Opere. Vol. VII, Edizione Boringhieri, Torino 1975

- Minkowski E., *La schizofrenia*, Edizione Bertani, Verona 1980.
- Borgna E., *Malinconia*, Edizione Feltrinelli, Milano 2002.
- Callieri B., *Percorsi di uno psichiatra*, Edizione Universitarie Romane, Roma 1993.
- Galimberti U., *Psichiatria e fenomenologia*, Edizione Feltrinelli, Milano 1989.
- Callieri B., *Contributo allo studio psicopatologico dell'esperienza schizofrenica di fine del mondo*, Archivio Psicologia Neurologia Psichiatria, vol. IV-V, Roma 1955.
- Di Petta G., *Il mondo sospeso. Fenomenologia del "presagio" schizofrenico*, Edizione Universitarie Romane, Roma 1999.
- Borgna E., *Come se finisse il mondo. Il senso dell'esperienza schizofrenica*, Edizione Feltrinelli, Milano 1995.
- Callieri B., Castellani A., De Vincentiis G., *Lineamenti di una psicopatologia fenomenologica*, Il Pensiero scientifico Editore, Roma 1972.
- Jaspers K., *Psicopatologia generale*, Il pensiero scientifico Editore, Roma 1994.
- Callieri B., *Quando vince l'ombra. Problemi di psicopatologia clinica*, Edizione Città Nuova, Roma 1982.
- Callieri B., Di Petta G., Maldonato M., *Lineamenti di psicopatologia fenomenologica*, Editore Guida, Napoli 1999.
- Callieri B., Faranda L., *Medusa allo specchio*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 2001.
- Ballerini A., Callieri B., *Breviario di psicopatologia*, Editore Feltrinelli, Milano 1996.
- Binswanger L., *Per una antropologia fenomenologica*, Editore Feltrinelli, Milano 1984.
- Nietzsche F., *La gaia scienza*, in *Idilli di Messina. La gaia scienza. Frammenti postumi (1881-1882)*, Editore Adelphi, Milano 1965.
- Husserl E., *Meditazioni cartesiane e discorsi parigini*, Edizione Bompiani, Milano 1960.
- Kafka F., *Diari 1910-1923*, Edizione Mondadori, Milano 1973.
- Hegel G.W.F., *Fenomenologia dello spirito*, Editore La Nuova Italia, Firenze 1973.
- Bellizzi R., Marchese G. (a cura di), *Il viaggio di Ulisse e la memoria dei segni*, Edizione Scuola COIRAg di Bari, Bari 2006.
- Kierkegaard S., *La malattia mortale*, Editore Mondadori, Milano, 1991.
- Kierkegaard S., *Diari*, Editore Rizzoli, Milano 1996.
- Rovatti P.A., *L'esercizio del silenzio*, Edizione Raffaello Cortina, Milano 1992.
- Marchese G., *La caduta della donazione di senso: il deserto della speranza*, in Rodighiero S. (a cura di), *Depressioni e Malinconie*, Edizione Universitarie Romane, Roma 2002.
- Marchese G., *Le parole di seta e i segni del corpo*, in Cavaciuti S., Dentone A. (a cura di), *Il corpo e le emozioni* Vol. II, Editore Bastogi, Foggia 2003.
- Kirchmayer R., *La violenza di uno sguardo. Scene da Sartre (e da Husserl)*, in Rovatti P.A. (a cura di), *Scenari dell'alterità*, Edizione Bompiani, Milano 2004.
- Sartre J.P., *Porta chiusa*, Edizione Bompiani, Milano 1955.
- Rodighiero S., *La materia del transfert*, Edizione Alpes, Roma 2009.
- De Polo R., *La bussola psicoanalitica; tra individuo, gruppo e società*, Edizione Franco Angeli, Milano 2007.
- Graves R., *I miti greci*, Editore Longanesi, Milano 1987.
- Bartes R., *Frammenti di un discorso amoroso*, Editore Einaudi, Torino 1979.
- Galimberti U., *Il corpo*, Edizione Feltrinelli, Milano 1983.
- Resnik S., Antonetti A., Ficacci M., *Semiologia dell'incontro. Studi di psicopatologia clinica*, Edizione Il Pensiero Scientifico, Roma 1982.
- Schneider K., *Klinische Psychopathologie*, Thieme, Stuttgart 1962.
- Callieri B., *Quando vince l'ombra. Problemi di psicopatologia clinica*, cit.
- Resnick S., *Persona e psicosi*, Edizioni Einaudi, Torino 2001.
- Resnik S., *Glaciazioni. Viaggio nella follia*, Edizione Bollati Boringhieri, Torino 2000.
- Gozzetti G., *La tristezza vitale*, Editore Marsilio, Venezia 1996.
- Lévinas E., *Il tempo e l'Altro*, Edizione il Melangolo, Genova 1987.
- Marchese G., *Psicoterapia di gruppo: il viaggio e la memoria dei segni*, in Marchese G., Rodighiero S. (a cura di), *Psicoanalisi in psichiatria. Le vicissitudini dell'inconscio*. Edizione Alpes, Roma, 2011.
- Recalcati M., *L'uomo senza inconscio. Figure della nuova clinica psicoanalitica*, Editore Raffaello Cortina, Milano 2010.
- Recalcati M. (a cura di), *Il soggetto vuoto. Clinica psicoanalitica delle nuove forme di disturbo*, Editore Erickson, Trento 2011.
- Nielsen N.P., *Pillole o parole? Relazione verbale e rapporto psicofarmacologico*, Editore Raffaello Cortina, Milano 1998.
- Goethe W., *Favola* Editore Adelphi, Milano 1990.
- Bollas C. (a cura di), *Perché Edipo? Intorno al mito e alla tragedia*, Editore Borla, Roma 1993.
- Heidegger M., *In cammino verso il linguaggio*, Editore Mursia, Milano 1973.
- Borgna E., *Noi siamo un colloquio*, Editore Feltrinelli, Milano 1999.
- Heidegger M., *La poesia di Holderlin*, Edizione Adelphi, Milano 1988.
- Nietzsche F., *Umano, troppo umano*, in *Umano, troppo umano e Frammenti postumi (1876-1878)*, Editore Adelphi, Milano 1965, pp. 3-306, in Borgna E., *Malinconia...*, cit., p. 69.

Indirizzo per la corrispondenza

Dott. Gaetano Marchese
 Psicologo-Psicoterapeuta di formazione Psicoanalitica, Servizio di Psichiatria - Dipartimento Salute Mentale - CS
 Azienda Provinciale di Cosenza
 Cell. 3407982195
 E-mail: gtn.marchese@gmail.com

La psicologia perinatale

di MARIA CECILIA GIOIA

La psicologia perinatale promuove il benessere biopsicosociale del bambino, della madre e del padre dal concepimento fino al compimento del suo quarto anno di vita valorizzando la consapevolezza delle risorse di tutti i membri di questa triade e mettendo al centro la fisiologia della nascita e del prendersi cura.

I contenuti della psicologia perinatale si staccano in alcuni casi dalla tradizione letteraria della psicologia classica, specialmente quella clinica, partendo da una prospettiva pluridisciplinare che comprende aspetti associati alla fisiologia, all'epidemiologia, all'etologia e all'ecologia, necessari per comprendere le persone in maniera globale.

Parola chiave: psicologia perinatale genitorialità



“Il ventre materno rappresenta il primo ambiente ecologico in cui il feto apprende e con il quale si relaziona e andrebbe protetto come atto di civiltà verso la specie umana a cui tutti apparteniamo”

Bortolotti A., 2014

La psicologia perinatale si propone di promuovere e tutelare il benessere biopsicosociale del bambino, della madre e del padre dal concepimento fino al compimento del suo quarto anno di vita, periodo in cui le abilità cognitive e psico-emotive di base sono state raggiunte. L'attenzione è rivolta alla triade madre-bambino-padre, all'insieme relazionale che li lega e al suo evolversi dall'epoca prenatale, durante la gestazione, parto, nascita, puerperio, allattamento, neonatalità e sviluppo del bimbo nei suoi primi anni. L'obiettivo è valorizzare la consapevolezza delle risorse di tutti i membri, mettendo al centro la fisiologia della nascita e del prendersi cura (Bortolotti A., 2010), mostrando ciò che l'eviden-

za scientifica, dall'epigenetica alle neuroscienze, ci dice rispetto a questa fase estremamente delicata del ciclo vitale. In generale, i contenuti della psicologia perinatale sono molto vasti e si staccano in alcuni casi dalla tradizione letteraria della psicologia classica, specialmente quella clinica. La prospettiva da cui si parte è quella pluridisciplinare che comprende aspetti associati alla fisiologia, all'epidemiologia, all'etologia e all'ecologia, necessari per comprendere le persone in maniera globale.

Questo approccio è particolarmente utile nel periodo primale, dove grossi cambiamenti, portano con sé l'occasione di una evoluzione e di un'integrazione della propria personalità. La donna e il gruppo famiglia evolveranno non soltanto dal punto di vista psicologico, ma anche nelle abitudini, nelle credenze, e nella capacità di “fare spazio” all'arrivo di un bambino inteso come altra persona che si inserisce nel nucleo familiare e nella società. Nessuno può prevedere o “confinare” in una teoria l'occasione di evoluzione che una nuova vita porta con sé. Così come non si possono fornire indicazioni o “manuali di istruzioni” validi per tutti i bambini. Questa prospettiva, quindi, impone una formazione multidisciplinare degli operatori che possano in tal modo spaziare tra nozioni di varie discipline scientificamente valide, al fine di essere sempre aggiornati sulle informazioni da dare agli utenti e che serviranno ai genitori per “personalizzare” le proprie competenze e le modalità di accudimento verso i loro bambini.

I contenuti della psicologia perinatale, per quanto detto finora devono sempre tenere presente:

- dei veri bisogni della mamma, del papà e del bambino nel periodo primale;
- delle “false credenze” appartenenti alla società in cui viviamo, per poterle discutere e rielaborare criticamente (allattamento e dintorni, i bambini si viziano, ecc...);
- delle modalità comunicative con le donne e le loro famiglie nel periodo primale al fine di evitare l'effetto involutivo delle consultazioni perinatali che spesso fanno sentire le persone insicure dopo le visite mediche o dopo aver letto libri o articoli non scientificamente aggiornati, riducendo la consapevolezza delle proprie competenze genitoriali;
- delle ultime conoscenze scientificamente dimostrate attraverso studi randomizzati e controllati, sulla fisiologia e sulla epidemiologia del periodo primale;
- di informare su rischi e benefici delle varie pratiche che accompagnano l'evento nascita e il postpartum, come il classico caso dell'anestesia epidurale, nota soltanto per la mancata percezione del dolore nel travaglio, e
- di considerare gli aspetti ecologici della costruzione della salute dell'individuo, già da quando si trova nel grembo di sua madre. (A.Bortolotti 2014, www.mippe.it)

A tale proposito si avvale di collaborazioni fra i vari operatori in un'ottica di condivisione e sinergia con i colleghi, nelle seguenti aree di intervento come la famiglia, gli operatori della salute e del periodo perinatale, le strutture territoriali sanitarie, educative e di sostegno psicologico, le strutture didattiche e universitarie e altre agenzie formative, la ricerca e i media.

Gli obiettivi che si pone la psicologia perinatale sono di tutelare il benessere della donna, del bambino e di tutta la famiglia, attraverso incontri di gruppo sia in gravidanza che nel post-parto, aperti a tutti i membri del gruppo familiare, per garantire la continuità dell'assistenza, condividere le esperienze, favorire il confronto e la diffusione di informazioni attinenti al periodo primale, che aiutino a compiere scelte autonome e consapevoli. Attraverso l'organizzazione di attività formative per operatori, lo psicologo perinatale promuove una costante collaborazione con tutte le figure che operano nel settore della perinatalità come i ginecologi, le ostetriche, i pediatri e le consulenti professionali di allattamento IBCLC e in caso di disagio nella mamma o depressione post-partum

riconosciuta o presunta collabora con gli psicoterapeuti o psichiatri del territorio, in un'ottica di promozione della rete.

Un po' di storia

La ricerca sulle prime relazioni genitori-bambino ha evidenziato nei neonati, oltre a insospettite competenze percettive, motorie e comportamentali, anche notevoli capacità di attivarsi verso le figure di accudimento per contribuire alla coregolazione delle interazioni (Stern D., 1998). “*Ma quando comincia a svilupparsi la relazione tra i genitori e il bambino?*” Winnicott nel 1957, con i suoi studi sui primissimi stati mentali propone il concetto di “*preoccupazione materna primaria*” sottolineando come tale relazione abbia origine prima della nascita nell'impegno affettivo che la mente genitoriale sviluppa verso il bambino atteso. Bowlby, nel 1969, con la sua “teoria dell'attaccamento” integra e trasforma le conoscenze precedenti di matrice psicoanalitica, evidenziando l'importanza delle esperienze infantili sulla personalità futura, con particolare riferimento alle prime relazioni significative. L'autore descrive la tendenza innata del bambino a ricercare la vicinanza, l'attenzione e le cure del genitore e la necessità che in corrispondenza di questa il genitore sviluppi una pari tendenza e disponibilità all'attaccamento verso il bambino. Che tale disposizione parentale abbia origine prima della nascita, è dimostrato dagli episodi depressivi riscontrabili nei genitori che hanno subito un lutto perinatale.

Nella teoria dell'attaccamento, la socialità non ha valore in quanto conseguenza strumentale della realizzazione dei bisogni primari, ma essa è di per sé un bisogno primario, segno di una continuità diretta tra il piano biologico e quello sociale, e di un'influenza costante e reciproca tra natura e cultura: “*nel bambino la fame dell'amore e della presenza materna è non meno grande della fame di cibo*” (Bowlby, 1951). Il comportamento di attaccamento, proprio perché dovuto ad un sistema biologico volto ad assicurare la sopravvivenza dell'individuo, non è limitato soltanto ai bambini, ma è osservabile anche negli adulti, ogni volta che si trovano in una situazione di stress o di angoscia, sia dovuta a motivi reali che puramente psicologici. L'emozione e i comportamenti che vengono delineati dal sistema di attaccamento, di-

pendono dal tipo di relazione affettiva in cui il bambino, o l'adulto, è coinvolto.

Negli ultimi anni, la qualità delle relazioni che i bambini formano con chi si prende cura di loro e, in particolare, il tipo di attaccamento che gli individui instaurano con la madre e con altre figure significative, è stata considerata di particolare importanza ai fini della rilevazione dei fattori di rischio di disadattamento sociale ed affettivo.

Attualmente gli studi sullo sviluppo cognitivo e emotivo del neonato e le numerose ricerche di neuroimaging, hanno dimostrato che la maturazione è un processo che avviene a seguito dell'esperienza e che è la qualità dell'esperienza stessa a determinare il tipo di sviluppo (Imbasciati A., 1998, 2007). La genetica determina la morfologia del cervello, ma la sua attività funzionale dipende dal tipo di esperienza che è stata assimilata. Partendo da questo presupposto, è stato evidenziato il ruolo che l'ambiente interpersonale riveste nell'apprendimento. Attualmente si riconoscono al neonato competenze cognitive e sociali che gli consentono di elaborare informazioni non solo provenienti dalla realtà esterna (Piaget J., 1962, 1968), ma anche di creare o mantenere situa-

zioni di interazione con la figura di accudimento, solitamente intesa la madre (Stern D., 1974), o meglio ancora con entrambi i genitori (Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warnery A., 2001). Alla luce di queste scoperte diventa necessario diffondere e promuovere le pratiche di buona nascita come fattore di prevenzione del benessere psicofisico del neonato e successivamente dell'individuo, sostenendo e accompagnando la coppia o il genitore singolo verso una genitorialità consapevole (Gioia M.C., 2013). In Italia la psicologia perinatale non trova ancora spazio nelle nostre università, se non in alcuni corsi di perfezionamento, che però spesso tendono ad evidenziare l'aspetto clinico rispetto a quello fisiologico, quasi come se il periodo perinatale diventi degno di interesse solo nella patologia, mentre formare professionisti sulla fisiologia del perinatale potrebbe fare molto in termini di promozione del benessere e prevenzione del disagio. Perché *“La vita prenatale è un periodo fondamentale per lo sviluppo fisico e psichico del bambino. Durante questo periodo egli stabilisce le fasi della sua vita e il comportamento futuro come essere pienamente integrato all'unisono con l'umanità”* (M.A. Bertin, 2003).

Bibliografia

- Falcicchio G., Zlotnik P., Bortolotti A., Tortorella M. L., *Il primo sguardo*, Edizioni Fasi di Luna, Bari 2014.
- Bortolotti A., *E se poi prende il vizio? Pregiudizi culturali e bisogni irrinunciabili dei nostri bambini*. Il leone verde, Torino 2010.
- Bortolotti A., sito web www.mippe.it, 2014.
- Stern D., *Le interazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica*, Cortina Raffaello, Milano, 1998.
- Winnicott D.W., *Mother and Child. A Primer of First Relationships*, New York: Basic Books, Inc., 1957.
- Bowlby, J., *Attachment and loss*, vol. I, Attachment. Hogarth Press, London 1969.
- Bowlby J., *Maternal care and mental health*, World Health Organisation, 1951.
- Monograph Series, 2, Trad. it., *Cure materne e igiene mentale del fanciullo*, Giunti-Barbera, Firenze 1957.
- Imbasciati, A., *Nascita e costruzione della mente*, UTET Libreria, Torino 1998.

- Imbasciati, A., *Le origini della mente*, in Imbasciati A., Dabbrasi F., Cena L. (a cura di), *Psicologia clinica perinatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi)*, Piccin, Padova 2007.
- Piaget, J., *Le langage et la pensée chez l'enfant*, Neuchâtel-Paris: Delachaux et Niestlé. Trad. it., *Il linguaggio e il pensiero nel fanciullo*, Giunti-Barbèra, Firenze, 1962.
- Piaget, J., *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*, trad. it., *La nascita dell'intelligenza nel fanciullo*, Giunti-Barbèra, Firenze 1968.
- Stern, D.N., *L'uso dello sguardo, della voce, e delle espressioni facciali nell'interazione diadica tra madre e bambino che giocano*, in Stern, D.N. (a cura di), 1974, *Le interazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica*, Cortina, Milano 1998.
- Fivaz-Depeursinge, E., Corboz-Warnery, A., *The primary triangle*, Basic Books, New York, trad. it., *Il triangolo primario*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
- Gioia M.C., *Una psicoterapeuta in sala parto «Psicologia Contemporanea»*, 2013, n. 237, pp. 34-39.
- Bertin, M.A., *Education prénatal*, Ed. Favre, Lausanne 2003.

Indirizzo per la corrispondenza

Maria Cecilia Gioia
U.O. Ostetricia e Ginecologia, Casa di Cura Sacro Cuore Cosenza, presso Amigdala Studio di Psicoterapia
Via G. De Rada 58/B - 87100 Cosenza
Tel. 338/1047473 - e-mail: cecilia.gioia@libero.it

Contributo per un modello di intervento psicologico nel contesto ospedaliero pediatrico: l'esperienza dell'U.O.C. di Pediatria dell'A.O. di Cosenza

Il bambino, il corpo e le relazioni significative

di MARIA DANIELA BORSELLI

L'articolo riferisce l'esperienza di lavoro dello psicologo nell'ambito di un reparto ospedaliero pediatrico mettendone in evidenza la specificità dell'intervento e le modalità di inserimento nella prassi medica quotidiana. La presenza della figura dello Psicologo presente a tempo pieno nel reparto di Pediatria offre nuove prospettive per una presa in carico globale del piccolo paziente e della sua famiglia ai fini della promozione del benessere psicofisico, della prevenzione ed individuazione precoce delle difficoltà dello sviluppo.

Parola chiave: Bambino, Ospedale, Pediatria, Umanizzazione delle cure

Negli ultimi decenni l'evoluzione delle politiche sanitarie verso l'umanizzazione delle cure, il passaggio da un approccio biomedico ad un approccio biopsicosociale alla persona, e il conseguente investimento sulla qualità della relazione e comunicazione medico/ paziente, ha prodotto un crescente inserimento della figura dello psicologo nelle realtà ospedaliere.

I reparti pediatrici, per ovvi motivi di maggiore attenzione socioculturale al tema dell'infanzia, sono stati quelli che per primi si sono aperti ai cambiamenti finalizzati al miglioramento della qualità della vita dei piccoli ricoverati. La situazione di ricovero in ospedale, al di là dell'entità ed esito della patologia somatica del piccolo paziente, rappresenta comunque un evento potenzialmente traumatico che interferisce negativamente sul senso di sicurezza del bambino a causa della separazione dall'ambiente familiare, la perdita delle consuetudini quotidiane, le pratiche invasive, anche minime, che il bambino dovrà affrontare.

La diffusione dei servizi scolastici in ospedale risale al 1998, contemporaneamente sono nate associazioni di volontariato impegnate nell'accoglienza e sostegno ai bambini ricoverati e alle loro famiglie.

I volontari ospedalieri organizzano nei reparti attività ludico ricreative (laboratori di lettura, di ceramica, teatro dei burattini, clown di reparto, ecc...).

Parallelamente questa maggiore attenzione al benessere psicofisico dei bambini ospedalizzati ha

determinato una crescente richiesta di intervento della figura dello psicologo nei contesti ospedalieri.

La letteratura in questi anni si è arricchita di studi ed esperienze sugli interventi psicologici inseriti nell'ambito di trattamenti integrati multidisciplinari, nei diversi contesti ospedalieri pediatrici. La maggior parte degli interventi ha riguardato malattie gravi dell'infanzia (disturbi cronici quali malattie oncologiche, diabete, sindromi genetiche, disturbi neurologici, ecc...), e disturbi psicosomatici, che si presentano frequentemente e con diverso significato nelle diverse fasi dell'età evolutiva. A fronte del moltiplicarsi degli interventi della figura dello psicologo nelle diverse realtà ospedaliere sembra non si sia giunti, stante anche la storia recente di queste esperienze, all'individuazione di modelli definiti della sua integrazione all'interno delle equipe curanti ospedaliere, sia dal punto di vista operativo, che dal punto di vista contrattuale.

Le associazioni di categoria professionale per far fronte a questa situazione propongono la costituzione di unità operative di psicologia ospedaliera per garantire autonomia e potere decisionale alla figura dello psicologo che ha stentato, e stenta forse ancora in alcune realtà, ad ottenere il dovuto riconoscimento professionale in ambito medico.

Le unità operative di psicologia sembrerebbero però definire dal punto di vista clinico l'inter-

vento psicologico in ospedale sostanzialmente nella modalità della consulenza ai diversi reparti. La consulenza psicologica avviene su richiesta dei curanti sulle problematiche psicologiche dei pazienti che afferiscono in ospedale per eventi acuti, o a seguito di malattie croniche, oppure a seguito dell'individuazione di specifiche situazioni di disagio a rischio psicopatologico e con scarsa compliance alle cure.

La definizione strutturale della posizione e del coordinamento degli psicologi all'interno dell'istituzione ospedaliera, oltre al riconoscimento professionale, dovrà però tenere conto della specificità degli interventi e delle esperienze degli stessi nelle diverse realtà operative.

Il presente lavoro si offre in tal senso come contributo alla definizione di più ampi ambiti di intervento dello psicologo, rispetto a quello della consulenza, in specifiche realtà ospedaliere, nel nostro caso la pediatria generale, che prevedono una presenza a tempo pieno dello psicologo, inserito nella pianta organica del reparto.

Tale contesto, nell'ottica di una piena integrazione, prevede la condivisione dello psicologo con il personale medico ed infermieristico di una prassi quotidiana, la costruzione di un linguaggio comune, la condivisione di obiettivi, e il relativo senso di appartenenza all'equipe curante.

Sulla modalità in cui l'intervento psicologico si integra nell'attività clinica ospedaliera l'interessante lavoro di Clerici (2014) individua: "due modelli organizzativi, quello della consulenza e quello del collegamento (*liason*).

Nella consulenza, un operatore esterno al reparto visita il paziente su chiamata per fornire un parere in merito alle sue condizioni e consigliare un trattamento.

*Nel collegamento (*liason*) l'operatore fa parte dello staff curante, lavora continuativamente in reparto, e partecipa ad un progetto multidisciplinare che ha come obiettivo il benessere anche psichico del paziente" (Clerici, 2013).*

Il modello della *consulenza* presuppone quindi l'individuazione da parte dell'equipe curante ospedaliera di pazienti con bisogni speciali che possiamo riassumere in situazioni di:

- scarsa compliance alla terapia/ conflitto con lo staff curante,
- sintomi evidenti di disagio psicologico (ansia/depressione)

- problemi di diagnosi differenziale somatico/psichico,
- malattie croniche invalidanti o a prognosi infausta.

Il modello del *collegamento* (*liason*) presuppone invece una più ampia attenzione ai bisogni del paziente ricoverato la cui rilevazione si fonda sulle osservazioni e competenza dell'intera équipe curante. "Nel modello di *liason* lo psicologo non dà consulenza sul bambino al pediatra, lo psicologo ed il pediatra non si prendono cura uno indipendentemente dall'altro, ma psicologo e pediatra lavorano interagendo tra loro e ponendo il bambino e la sua famiglia al centro del loro operare attraverso un approccio multifocale dove il fuoco dell'interesse è il bambino" (Fava Viziello, Stern, 1992).

Quest'ultima prospettiva di intervento psicologico integrato, sulla base della nostra esperienza, si è rivelata particolarmente feconda in relazione alla possibilità di realizzare, in una molteplicità di situazioni, interventi di cura e prevenzione e, più in generale, di promozione del benessere psicologico dei bambini ospedalizzati. Tali interventi, solo in alcune fasi specifiche, sono condotti separatamente dallo psicologo, poiché scaturiscono dalla visione del problema dell'intera équipe, e possono essere portati avanti in modo integrato con gli altri operatori in reparto.

Il modello della *liason* apre all'osservazione e all'intervento psicologico un caleidoscopio di situazioni e di possibilità di intervento, a condizione però che il sistema organizzativo ospedaliero abbia tra i suoi obiettivi anche l'individuazione/trattamento delle problematiche psicosociali dei piccoli pazienti. D'altra parte è la stessa presenza dello psicologo a tempo pieno, con la relativa possibilità di offrire risposte a bisogni diversi, che consente al personale medico e infermieristico di prestare la necessaria attenzione a problematiche di cui, altrimenti, il contesto ospedaliero non potrebbe farsi carico.

L'esperienza

La mia attività di psicologa nel reparto di pediatria di Cosenza ha avuto inizio nel 1995, quando l'allora Direttore del Dipartimento Materno

infantile (ai tempi in cui presidi ospedalieri presidi ospedalieri e servizi territoriali costituivano un'unica azienda), nonché primario del reparto pediatrico, mi propose in quanto psicologa dei consultori familiari, di effettuare due accessi settimanali in reparto per dare la mia consulenza sui numerosi casi di loro osservazione che presentavano problematiche psicologiche. In seguito lo stesso primario in occasione della ridefinizione della pianta organica chiese l'inserimento nella stessa di una figura professionale di psicologo e prevede nel progetto di ristrutturazione del reparto una stanza dedicata all'attività psicologica. Dal gennaio 2002 ha avuto invece inizio l'attività a tempo pieno nel reparto di pediatria.

Nella nostra attuale U.O.C., a differenza di un reparto pediatrico specialistico, afferiscono bambini con problematiche multiformi, dalla semplice febbre a patologie acute e croniche gravi.

All'interno del reparto è attiva una sezione di oncematologia pediatrica (riconosciuta dalla rete AIOEP) ed un Pronto Soccorso Pediatrico di secondo livello (gestito dallo stesso personale del reparto e che non prevede l'accesso dei codici rossi), che è fonte di accesso di una varietà di situazioni, le quali spesso esprimono un disagio psicosociale piuttosto che una patologia organica.

Dal punto di vista operativo la figura dello psicologo, oltre ad offrire sostegno psicologico per le diverse problematiche dei bambini in ospedale, partecipa a tutte le attività di reparto: dal giro visite quotidiano, alle riunioni periodiche con il personale medico infermieristico su aspetti gestionali, alle riunioni di équipe di discussione dei casi.

Il suo intervento è richiesto per la predisposizione del piano di accoglienza per i nuovi ricoveri, è chiamata ad intervenire in situazione di difficoltà di gestione del paziente e della famiglia per scarsa compliance/ ostilità aperta al contesto di cura. Nel caso di situazioni di sospetta patologia delle cure, o di disturbi psicosomatici la psicologa predisponde un piano di osservazione assieme al personale infermieristico.

Come gli altri medici di reparto, lo psicologa dedica parte della sua attività alla specialistica ambulatoriale esterna di psicodiagnosi e psicoterapia. All'ambulatorio accedono bambini che hanno avuto contatto con il reparto, anche in epoca pregressa, o inviati dai pediatri di base.

In tale contesto organizzativo lo psicologo in reparto funziona inoltre da "collante" della comu-

nicazione tra medici ed infermieri, tra personale medico e familiari, ed ancora tra i diversi operatori, insegnanti e volontari che in diversi momenti interagiscono con il bambino ospedalizzato e con i suoi genitori. Lo psicologo effettua un lavoro di ricostruzione, mettendo insieme i pezzi di un puzzle di informazioni ed osservazioni realizzate dai diversi operatori, che arricchisce di significato l'evento malattia all'interno della storia di quel bambino e della sua famiglia e porta alla costruzione di un percorso di cura personalizzato.

Più in generale lo psicologo, con le sue competenze comunicative, fondate sull'assertività, contribuisce alla creazione di una cultura dell'accoglienza, alla gestione delle situazioni di conflitto ed al mantenimento di un buon clima lavorativo.

In un contesto di prassi quotidiana condivisa l'apporto del punto di vista psicologico non si basa su esposizioni teoriche ma su una presa di coscienza che parte da osservazioni comuni a tutta l'équipe curante.

Questa organizzazione sembra realizzare un buon modello di piena integrazione della figura dello psicologo all'interno dell'équipe medica, con caratteristiche di efficacia ed efficienza rispetto agli standard ospedalieri sia per quanto riguarda il miglioramento dell'assistenza sanitaria sia per la possibilità di integrare interventi preventivi e terapeutici per la promozione di una migliore salute mentale e l'individuazione di situazioni a rischio psicopatologico.

Nella nostra esperienza il processo di integrazione dello psicologo nell'équipe ospedaliera ha richiesto i suoi tempi, e non è stato esente da momenti di difficoltà, ma è cresciuto grazie all'apertura, sensibilità e delicatezza da parte di tutti gli operatori (medici, infermieri, OSS).

Occorre precisare che il riconoscimento dei bisogni psicologici del bambino ed il percorso d'integrazione dello psicologo nello specifico ambito pediatrico è facilitato da una serie di fattori che storicamente hanno caratterizzato il lavoro dei pediatri.

I bambini sono nell'immaginario collettivo esseri fragili che necessitano di attenzione e protezione e le persone che devono contribuire alla sua salute e al suo sviluppo sono istintivamente sollecitate ad una lettura più ampia dei loro bisogni. Il settore della pediatria è peculiare, perché concerne una dimensione evolutiva che necessita di un approccio individuale costantemente aggiornato, è un contesto ricco di fattori psicologici

complessi e chiama in causa le problematiche del riconoscimento del bambino come persona autonoma e nello stesso tempo in una relazione di dipendenza nella relazione con i genitori. La comunicazione medico-paziente non è diadica ma è sempre rivolta al sistema genitore-bambino.

Non a caso esiste, in molti paesi, una lunga tradizione di collaborazione tra psicoanalisti e pediatri, basta citare l'opera di D. Winnicott, uno dei più autorevoli psicanalisti del '900, che definendosi un pediatra orientato psicoanaliticamente, a partire dalla sua lunga pratica pediatrica elaborò originali teorie sullo sviluppo ed emotivo del bambino. Winnicott suggeriva sulla base della sua esperienza come pediatra di guardare al sintomo somatico del bambino *"come un S.O.S. che richiede un'indagine completa della storia dello sviluppo emozionale del bambino relativamente al suo ambiente"* (Winnicott, 1953, Dalla pediatria alla psiconalisi,).

Qui di seguito, senza poter essere esaustivi per ragioni di spazio, si vogliono evidenziare alcune aree specifiche di intervento in cui la presenza della figura dello psicologo contribuisce ai cambiamenti della prassi ospedaliera pediatrica.

Sintomi somatici di natura non organica

Agli inizi del mio lavoro in pediatria (1995) l'atteggiamento dei medici verso tali disturbi era caratterizzato da una sorta di "fastidiosa perdita di tempo" insieme al senso di impotenza per il non poter dare una risposta. La sensazione complessiva sottostante rimandava all'idea che il bambino e la sua famiglia stessero portando avanti una sorta di beffa nei confronti del mondo medico.

Nel vecchio manuale di pediatria Scharz-Tiene si sosteneva che *"la patologia da inganno è frequente, e oggi più frequente che in passato per il crescente peso simbolico che le malattie hanno nel contesto sociale e per la crescente attenzione prestata alle malattie dei bambini in particolare. L'inganno può essere proposto dal bambino (età tipiche dagli 8 ai 14 anni) o dalla famiglia tramite il bambino (sindrome di Munchausen by proxy)..... il sintomo serve a produrre un vantaggio e il vantaggio è ancora una volta stare a casa ed essere accuditi..La famiglia può*

proporre il bambino malato per ottenere vantaggi o per rispondere ad esigenze più complesse".

A parte la Sindrome di Munchausen by proxy, condizione assai grave e rara dal punto di vista clinico, in cui effettivamente la madre inganna i medici per un bisogno delirante di avere un bambino malato, la supposizione di una patologia da inganno da parte del bambino appare riduttiva e condizionante il pediatra nel suo approccio a tali sintomi. Anche un banale mal di pancia, portato come scusa per evitare la frequenza scolastica, qualora si trasformi da evento sporadico a consuetudine protratta nel tempo, e che conseguentemente giunge all'ossevazione in ospedale, delinea una condizione di rischio per la salute di quel bambino. Infatti tali situazioni da una parte sicuramente evidenziano una modalità immatura di esprimere un disagio da parte del bambino, dall'altra sono certamente sostenute da una modalità di comunicazione familiare nella quale la descrizione dei sintomi somatici si sostituisce all'espressione di aspetti emotivi e di eventuali conflitti.

Una mancata presa in carico di tali situazioni da parte del pediatra con la relativa delusione da parte dei familiari, per non aver ricevuto risposta alla convinzione che il loro bambino abbia una malattia fisica, può facilmente far nascere in loro il dubbio che non siano state fatte le indagini cliniche necessarie, e dare inizio ad una escalation di ricorso ad ulteriori inutili consultazioni mediche specialistiche.

Oggi in reparto, per il processo di crescita professionale che ha incluso una visione psicologica nella valutazione dei singoli bambini, il disturbo non organico ottiene pari attenzione delle difficoltà somatiche.

In situazioni che non trovano soluzione con gli interventi di rassicurazione sulla salute del bambino fatte dai medici, e che continuano a presentarsi in P.S., non è raro procedere, in accordo tra i diversi curanti al ricovero del bambino. In situazioni di alti livelli di ansia materna l'atto stesso del ricovero acquista significati di "contenimento" ed offre l'opportunità per l'avvio dell'intervento psicoterapeutico volto alla restituzione di significato del sintomo del bambino all'interno della sua storia e allo sblocco evolutivo.

Tale condotta risponde dicevamo anche alla necessità di interrompere pericolosi circoli viziosi di ricorso ad altre consultazioni medico specialistiche che in termini di politica sanitaria significa contenimento delle spese.

Opposizione/rifiuto del bambino ad operazioni intrusive come prelievi e medicazioni

Spesso i bambini, a causa della loro naturali paure e fragilità assumono comportamenti oppositivi (pianti, urla, agitazione motoria), accompagnati da forte angoscia, nei confronti di procedure mediche invasive o dolorose (prelievi e medicazioni). In tali situazioni, in passato, il personale infermieristico dopo qualche spontaneo tentativo di persuasione, nel rispetto dei tempi brevi ospedalieri, procedeva, chiamando in aiuto qualche collega, al contenimento fisico del bambino per effettuare le manovre necessarie.

Ricordo che in un agosto di molti anni fa, con il reparto con organico ridotto per ferie, venni chiamata in aiuto da due infermiere, per “tenere ferma” una bambina, in cura per leucemia, che rifiutava di farsi fare la medicazione del catetere venoso. La piccola scalciava con vigore, in un crescendo di urla e pianti. All’invito di tenerle bloccate le gambe iniziai invece un massaggio dolce sulla stesse accompagnandolo con parole e tono di voce rassicurante. In pochi secondi la bambina si addormentò e la medicazione poté progredire senza intoppi. La bambina era semplicemente stanca, era sta svegliata all’alba per venire in ospedale a controllo, da qui aveva origine sua irritabilità.

Oggi tecniche di rilassamento e distrazione sono regolarmente utilizzate in reparto per tutti i bambini, avendo compreso con l’esperienza che perdere un po’ di tempo per tranquillizzare e rilassare il bambino e prepararlo a ciò che dovrà fare, non solo gli risparmia sensazioni angosciose che possono portare ad atteggiamento fobico verso qualsiasi atto medico infermieristico, ma consente di garantirsi per tutto il ricovero una maggiore collaborazione del piccolo alle cure.

Inflebare a destra o a sinistra?

In passato, dal punto di vista infermieristico il problema non si poneva, la priorità era quella di prendere l’accesso venoso nella sede più facile da raggiungere, tenendo conto della fragilità venosa dei bambini. D’altra parte un bambino destrimano, o i suoi genitori per lui, su richiesta porgono

spontaneamente il braccio destro. La presenza dell’ago cannula è vissuto da molti bambini con fastidio, legato alla sensazione di portare addosso un corpo estraneo pericoloso. Alcuni bambini continuano per giorni a tenere il braccio immobile ed in posizione innaturale.

La prima volta che si pose tale problema, all’inizio del mio lavoro in reparto, fu quello in cui mi fu richiesta una valutazione psicologica, che utilizza come strumento fondamentale l’espressione grafica del bambino, per un piccolo paziente ricoverato inflebato a destra. Dovetti spiegare che non mi era possibile effettuare una valutazione psicologica completa a causa di questo impedimento. La situazione si ripresentò poche altre volte.

Senza mai affrontare esplicitamente il problema, il pensiero che se il piccolo inflebato a destra non può disegnare per la psicologa non può farlo neanche per il suo piacere - così come non può svolgere altra attività che possono costituire una distrazione rispetto alla condizione di ospedalizzazione -, è entrato a far parte del sapere che si lega alla prassi quotidiana.

Oggi, salvo particolari necessità di accesso venoso, l’ago cannula viene inserito nel braccio sinistro del bambino

Attenzione allo sviluppo psicologico della prima infanzia

Una particolare opportunità offerta dal contesto ospedaliero pediatrico all’intervento psicologico è quello relativo alla prima infanzia. Periodo particolarmente delicato nello sviluppo psicologico del bambino, per la rapidità del ritmo evolutivo, per la ancora molto forte dipendenza dai genitori.

I bambini di questa fascia di età (0-3), fino a tempi recenti, non erano oggetto di richiesta di valutazione psicologica, salvo nei casi di gravi alterazioni dello sviluppo. Genitori e curanti, in presenza di problemi comportamentali o disturbi emozionali, in assenza di offerta di servizi dedicati, non hanno che potuto fidare nelle opportunità di cambiamento connesse al rapido sviluppo evolutivo.

Disagi affettivi e comportamentali diventano più facilmente oggetto di valutazione psicologica dopo l’inserimento scolastico, quando le difficoltà del bambino escono dalla sfera protettiva genitoriale e dai meccanismi di diniego che ne derivano.

Il ricovero in ospedale di bambini piccoli è abbastanza frequente in pediatria, sia per la loro fragilità/imaturità somatica, sia per la naturale tendenza ad esprimere con sintomi somatici il disagio dovuto a disarmonie affettive del loro ambiente familiare, possedendo come via comunicativa più accessibile il linguaggio corporeo.

I bambini, quanto più sono piccoli tanto più utilizzano il linguaggio del corpo come luogo e mezzo privilegiato per esprimere il proprio malessere” (Kreiser).

Il ricovero in ospedale, con la relativa possibilità di osservare la relazione e le interazioni madre-bambino in momenti diversi della giornata, si presta ad evidenziare situazioni che possono rappresentare ostacolo ad un sano sviluppo, sulle quali è possibile effettuare interventi brevi di consultazione psicoterapeutica di reale efficacia.

Approccio psicoterapeutico

Dal punto di vista dell'approccio clinico psicoterapeutico, per ragioni di contesto, l'organizzazione ospedaliera richiede interventi in tempi brevi e non può garantire setting convenzionali.

Il modello della 'consultazione psicoterapeutica' con la sua flessibilità, risulta applicabile al contesto ospedaliero pediatrico, non a caso ha le sue basi teoriche nel lavoro di pediatri con formazione psicoanalitica. (Winnicott e altri.)

Il termine 'consultazione psicoterapeutica' è stato introdotto nella letteratura scientifica da Winnicott (1970) per descrivere un intervento psicoterapeutico con il bambino fondato su incontri non sistematici nel tempo, introducendo cambiamenti importanti nella pratica psicoanalitica, basata sull'attenzione al mondo interno e fondata sull'ascolto nel setting, introducendo nel metodo l'osservazione della diade madre bambino nelle loro interazioni. Tali cambiamenti hanno costituito l'inizio di un percorso che ha portato all'elaborazione di studi e teorie sugli interventi psicoterapeutici brevi genitore bambino.

Le caratteristiche degli interventi di consultazione psicoterapeutica si fondano su alcune specificità dello psichismo del bambino: la forte mobilità psichica nei primi anni di vita, sull'esistenza nelle fasi precoci della vita di una mutualità psichica tra bambino e genitori, sulla proiezione sul bam-

bino di fantasie inconsce genitoriali che possono interferire con un sano sviluppo psicologico.

Dalla rassegna della letteratura ed alla luce dell'esperienza clinica emerge che l'intervento di consultazione è oggi estremamente variegato per numero di sedute, profondità di lavoro e durata. Indipendentemente dagli autori, la consultazione prevede generalmente, in vario ordine, una fase di raccolta anamnestica, una di colloquio con i genitori, una di valutazione del bambino, con o senza la presenza dei genitori, ed una fase di restituzione. La consultazione si applica prevalentemente alla prima e seconda infanzia (0/6 anni), anche se con opportuni adattamenti è applicabile fino alla preadolescenza. Elemento comune a tutte le metodiche di consultazione è che l'intervento riguarda la triade genitori-bambino (Clerici).

Oggi, alla consultazione nella prima infanzia viene riconosciuta una valenza più ampia di intervento rivolto congiuntamente al recupero delle potenzialità di sviluppo del bambino e delle competenze genitoriali che trova piena applicazione in ambito ospedaliero. La consultazione psicoterapeutica non risulta ovviamente applicabile in situazioni di gravi disarmonie della relazione genitore bambino, dovuta alla presenza di condizioni psicopatologiche dei genitori, nei disturbi generalizzati dello sviluppo, nei gravi breakdown adolescenziali, anoressia mentale ed altre forme psicopatologiche maggiormente strutturate, che non possono avvalersi di interventi psicoterapeutici brevi, e necessitano di percorsi integrati di cura e riabilitazione. Tali casi però in situazione di grave crisi arrivano facilmente alla nostra osservazione ospedaliera perchè sul territorio regionale, oltre a non esistere una rete integrata di servizi tra ospedale e territorio, l'assistenza neuropsichiatrica infantile è rappresentata esclusivamente da servizi territoriali, non esiste la possibilità di ricovero in reparto neuropsichiatrico. Predisporre un percorso terapeutico per queste situazioni comporta un oneroso lavoro di ricerca di servizi idonei alla presa in carico anche a livello extraregionale.

Conclusioni

Molte sarebbero le considerazioni da fare, e soprattutto da confrontare con le esperienze di altri colleghi.

Lo Psicologo immerso nel contesto ospedaliero medico può sentirsi talvolta isolato, deve inoltre accettare che il suo intervento, all'interno dell'istituzione, si pone su un livello di potere secondario rispetto all'intervento medico. Aspetti questi, che sono però in gran parte compensati da una varietà di possibilità di intervento che rendono il lavoro psicologico in ospedale professionalmente molto stimolante. Sulla base dell'esperienza si ritiene però che individuare modalità di raccordo professionale tra i diversi operatori della salute mentale, inseriti nei contesti ospedalieri, in relazione ad una continuità anche tra ospedale e servizi territoriali, porterebbe sicuramente ad una maggiore incisività dell'intervento psicologico in ambito ospedaliero. Concludo il mio lavoro con una piccola storia:

Dopo un periodo di assenza per malattia, rientrata in reparto vengo informata della presenza di un nuovo caso di leucemia riguardante un bambino di circa quattro anni. La mia non completa guarigione prevede, in via precauzionale di attendere qualche giorno per rientrare in oncologia. Il personale infermieristico che in tale contesto lavora in collaborazione costante con lo psicologo, partecipando attivamente agli interventi concordati per aiutare il piccolo e la sua famiglia ad affrontare la malattia, mi informa che la situazione in reparto non evidenzia particolari criticità.

Nei giorni seguenti, negli spostamenti da una stanza all'altra del reparto, vedo spesso la madre di questo bambino, che mai conoscerò, nel corridoio centrale seduta sulla panca più vicina alla divisione

oncologica. Resta seduta assorta per diverse ore - qualcuno le darà il cambio al letto del bambino -; la sua immagine, come spesso accade di osservare in oncologia, rimanda all'immagine della "Pietà", Sento la sofferenza di quella madre. Ogni volta che passo davanti a lei le rivolgo un cenno di saluto ed i nostri sguardi si incontrano a lungo. Tra di noi non ci sono mai stati scambi verbali.

Dopo una settimana, al rientro dopo il week end, sulla soglia del reparto mi viene incontro una barella, coperta da un lenzuola sotto cui si intravede la forma di un corpicino. Ai lati della barella condotta da un infermiere, una mamma ed un papà, ad una certa distanza nel corridoio sono presenti alcuni medici ed infermieri, che presenziano la loro partecipazione all'evento luttuoso. È una scena raggelante, i volti dei presenti sono pietrificati, il silenzio è assoluto.

Dopo un attimo di sbigottimento, rivolgo il mio sguardo alla madre, è *la signora del corridoio*, difficile spiegare ciò che è accaduto, ma io e la signora ci siamo strette in un abbraccio, la madre venendomi incontro mi ha detto 'dottoressa è successo qualcosa di terribile' e si è abbandonata al pianto. *Da questo momento la scena è cambiata, come scongelata, il personale sanitario si è affiancato ai genitori, e si è creato un contesto di condivisione di emozioni e solidarietà.*

Senza commenti ulteriori mi sembra che questo episodio dimostri come 'lo sguardo' dello psicologo rappresenti un apporto fondamentale nel contesto ospedaliero ai fini della comunicazione medico/paziente, della circolazione delle emozioni, in sintesi all'umanizzazione delle istituzioni ospedaliere.

Bibliografia

Winnicott D.W., *Sviluppo affettivo ed ambiente*. A. Armando, 1970
Winnicott D., *Dalla pediatria alla psicanalisi: patologia e normalità del bambino*. Martinelli, 1975.
Kreisler L., *Clinica psicosomatica del bambino*. Raffaello Cortina, 1986.
Stern D.N., *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, 1987

Fava Vizziello, Stern, *Dalle cure materne all'interpretazione. Nuove terapie per il bambino e le sue relazioni: i clinici raccontano*, R.Cortina, 1992
Cramer B.G., *Professione bebè*, Bollati Boringhieri, 1992
Stern D.N., *Le interazioni madre bambino*, Cortina, 1998
Ammaniti M., *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Raffaello Cortina, 2001.
Fava Vizziello G., *Psicopatologia dello sviluppo*, il Mulino, 2003
Ripamonti, Clerici, *Psicologia e salute. Introduzione alla psicologia clinica in ambito sanitario*. il Mulino, 1998
Clerici C.A., Veneroni L., *La psicologia clinica in ospedale: consulenza e modelli di intervento*. il Mulino, 2014.

Indirizzo per la corrispondenza

Maria Daniela Borselli

Psicologo Dirigente, con incarico di Alta Specialità in Psicologia Clinica dell'Età Evolutiva presso la U.O.: di Pediatria dell'A.O. di Cosenza.

Via Adige n. 1 - 87036 Rende

Cell: 339 5947190 - mail: dborselli@libero.it

L'esposizione in Realtà Aumentata nel trattamento delle Fobie

di CARLA LO GIUDICE

Il trattamento delle fobie considera come parte integrante la fase di esposizione in-vivo del soggetto allo stimolo o situazione fobica. Tuttavia, emerge che circa il 25% dei pazienti, una volta informato sulla procedura dell'esposizione, abbandona o rifiuta il trattamento, a causa del timore di esporsi "alla minaccia". Inoltre, non è sempre possibile per il terapeuta far svolgere al paziente l'esposizione in modo sicuro e graduale e potrebbe essere complicato far spostare il paziente nel luogo in cui dovrebbe svolgersi l'esposizione. Queste difficoltà, in concomitanza con lo sviluppo di nuove tecnologie, hanno orientato la ricerca alla sperimentazione di altri metodi espositivi. Negli ultimi anni sono stati condotti diversi studi di efficacia sull'utilizzo dell'esposizione in realtà aumentata che permette l'integrazione di elementi virtuali in un ambiente reale, rendendo l'esperienza globale molto realistica per il paziente. L'esposizione in realtà aumentata nel trattamento delle fobie sembra essere un'efficace alternativa all'esposizione in-vivo.

Parole chiave: fobia specifica, esposizione, realtà virtuale, realtà aumentata

Introduzione

La Fobia Specifica, in accordo con la definizione del DSM-5 (APA, 2013), è un disturbo caratterizzato da ansia e paura marcate relativamente ad uno specifico oggetto o ad una particolare situazione.

Il soggetto evita attivamente l'oggetto o la situazione fobica o le affronta con ansia e paura intense.

Gli adulti riconoscono che l'ansia e la paura sono sproporzionate rispetto al pericolo reale; tuttavia, queste emozioni ed i conseguenti evitamenti possono causare disagio o difficoltà significative a livello sociale, lavorativo ed in altre importanti aree del funzionamento.

Il DSM-5 distingue tra cinque sottotipi di fobia specifica: animali (es. ragni, insetti, cani); ambienti naturali (es. altezze, temporali); sangue-iniezioni-ferite (es. aghi, procedure mediche invasive); situazionali (es. ascensori, aeroplani); altro (es. situazioni che potrebbero portare al soffocamento o al vomito).

In associazione ad ansia e paura eccessive l'individuo può sperimentare una serie di sintomi

fisici, avere pensieri disfunzionali o convinzioni erranee circa lo stimolo fobico e mettere in atto comportamenti protettivi o evitamenti.

Nonostante le fobie specifiche siano tra i problemi psicologici più comuni, sono raramente il motivo principale per il quale si chiede un trattamento. La difficoltà nella richiesta potrebbe essere correlata alla presenza dell'ansia e della paura limitatamente allo stimolo fobico ed alla messa in atto di una serie di comportamenti volti ad evitarlo.

Questi comportamenti, tuttavia, possono portare nel tempo ad un circolo vizioso che alimenta i pensieri disfunzionali, la paura irrazionale ed i comportamenti protettivi stessi che a loro volta mantengono il circolo; l'assenza o mancanza di un trattamento potrebbe quindi, a lungo termine, comportare una serie di difficoltà nelle attività quotidiane, sociali e lavorative.

Il funzionamento cognitivo dei soggetti con fobia specifica è caratterizzato dalla presenza di alcune distorsioni cognitive come l'"attenzione selettiva" delle informazioni rilevanti per la paura, che influisce sull'interpretazione erronea degli stimoli ambigui come minacciosi e sulle aspettative circa la probabilità che si verifichino le conseguenze temute.

I comportamenti protettivi e gli evitamenti sono i principali fattori di mantenimento del disturbo. L'evitamento avviene evitando lo stimolo fobico o allontanandosi dalla situazione che provoca paura. I comportamenti protettivi, sono delle strategie di coping attuate con l'obiettivo di ridurre l'ansia; un esempio è l'indossare guanti o indumenti protettivi in giardino per prevenire il contatto con gli insetti.

Sia gli evitamenti che i comportamenti protettivi, sebbene favoriscano la riduzione di ansia e paura nell'immediato, a lungo termine mantengono il disturbo confermando le convinzioni della persona circa la pericolosità dello stimolo fobico ("il ragno non mi ha morso perché indossavo i guanti").

Le tecniche di esposizione

Diversi studi hanno dimostrato l'efficacia delle terapie basate sull'esposizione nel trattamento delle fobie specifiche (Richard et al., 2007), considerando la parte espositiva come una componente comportamentale di un protocollo terapeutico più ampio, utile al soggetto per prendere distanza critica dalle credenze irrazionali legate allo stimolo fobico e verificare che le conseguenze da lui temute non sempre si verificano.

Esposizione in-vivo

All'interno dei protocolli terapeutici tradizionali l'esposizione avviene in-vivo (contatto diretto con lo stimolo fobico) o a livello immaginativo (immagini mentali dello stimolo).

L'esposizione in-vivo prevede il confronto graduale e ripetuto del soggetto con lo stimolo fobico, in modo sistematico e controllato, prevenendo la messa in atto dei comportamenti protettivi e dell'evitamento.

Gli studi condotti per valutare l'efficacia dell'esposizione in-vivo (Antony e Swinson, 2000) hanno evidenziato miglioramenti significativi nelle convinzioni negative, nell'ansia soggettiva e negli evitamenti per la maggior parte delle fobie specifiche (Choy, 2007). È emerso, inoltre, che l'affiancamento del terapeuta durante l'esposizione ne aumenta l'efficacia in relazione alla riduzione dei sintomi a lungo termine (Hellstrom e Ost, 1995).

Nonostante questi risultati, l'esposizione in-vivo presenta alcune limitazioni.

La maggior parte delle persone con fobia specifica (tra il 60-80%) non chiede una terapia (Magee et al., 1996; Boyd et al., 1990); tra quelli che la richiedono, circa il 25%, una volta ricevute le informazioni sulle procedure della terapia espositiva rifiuta o abbandona il trattamento (Marks, 1978; 1992) considerando il confronto diretto con lo stimolo fobico troppo minaccioso (Choy, 2007). Altri limiti sono relativi alla fattibilità dell'esposizione in-vivo: lo studio del terapeuta non sempre è un ambiente adatto e potrebbe risultare difficile spostarsi nelle situazioni di cui il paziente ha paura (es. paura di volare). Inoltre per il terapeuta non è sempre possibile controllare l'ordine con il quale lo stimolo appare e la sicurezza dell'ambiente in cui avviene l'esposizione, difficoltà che aumenta quando sono necessarie più esposizioni.

Esposizione in realtà virtuale

Le difficoltà emerse dagli esiti dei trattamenti basati sull'esposizione in-vivo e l'introduzione delle nuove tecnologie ha orientato la ricerca verso un'alternativa meno minacciosa e più praticabile, portando all'introduzione dell'esposizione in realtà virtuale.

L'esposizione in realtà virtuale prevede l'esposizione del soggetto in un ambiente completamente virtuale all'interno del quale è inserita una rappresentazione, sempre virtuale, dello stimolo fobico.

L'utilizzo della realtà virtuale per l'esposizione dei soggetti a situazioni simulate, difficili da replicare nello studio del clinico, ha riscosso molto interesse nel trattamento delle fobie specifiche. La disponibilità dei soggetti a questo tipo di esposizione, inoltre, è maggiore rispetto all'esposizione in-vivo e l'efficacia non appare compromessa (Powers e Emmelkamp, 2008).

Garcia-Palacios e collaboratori (2007) hanno rilevato che, dando ai soggetti la possibilità di scegliere, il 76% preferisce l'esposizione in realtà virtuale e solo il 3% la rifiuta, rispetto al 27% che rifiuta l'esposizione in vivo.

Nell'esposizione in realtà virtuale gli stimoli di cui il paziente ha paura non sono reali e non possono danneggiarlo; l'assenza di una reale minaccia favorisce il controllo dell'ansia indotta dallo stimolo fobico virtuale (Botella et al., 2005).

Il principale vantaggio dell'esposizione in realtà virtuale rispetto all'esposizione in-vivo è la possibilità di manipolare molte delle variabili dello stimolo fobico: numero, movimento, dimensione, distanza. Gli scenari di esposizione, per quanto complessi, possono essere interrotti, ripresi o ripetuti per il tempo necessario. Lo stimolo fobico può apparire, scomparire o ripetersi ogni volta che il terapeuta lo ritiene opportuno; anche l'ordine di apparizione può essere controllato così come il luogo in cui avverrà l'esposizione.

I dati relativi all'efficacia della realtà virtuale per l'esposizione nel trattamento delle fobie sono numerosi (Botella et al, 2005, 2010; Choy et al., 2007), così come i dati relativi all'incremento dell'accettazione a partecipare rispetto all'esposizione in-vivo (Garcia-Palacios, 2007).

L'esposizione in realtà aumentata

L'avanzare della tecnologia ha portato allo sviluppo di un altro metodo di esposizione: la realtà aumentata.

La realtà aumentata combina il mondo reale con elementi virtuali; il soggetto vede il mondo reale "aumentato" da contenuti virtuali.

Una delle importanti evoluzioni della realtà aumentata è che l'integrazione di oggetti virtuali in un ambiente reale avviene il più verosimilmente possibile, dando quindi al soggetto l'illusione della coesistenza di elementi virtuali e reali in un "mondo unico" (Botella, 2010).

L'illusione si mantiene durante tutta l'esposizione, indipendentemente dall'angolazione o dall'altezza dalle quali l'utente osserva.

È importante sottolineare che l'esposizione in realtà aumentata non si limita all'introduzione di elementi virtuali nel mondo fisico, ma consente anche l'inibizione della percezione di oggetti fisici che possono essere "coperti" da rappresentazioni virtuali, come un oggetto virtuale o uno spazio vuoto virtuale.

Esperire un ambiente attraverso la realtà aumentata è fondamentalmente diverso dall'esperire un ambiente virtuale: nell'esposizione con la realtà virtuale il soggetto è completamente immerso in un ambiente virtuale mentre nell'esposizione in realtà aumentata il soggetto non è "trasportato" in una location diversa ma sono gli elementi

virtuali ad essere trasportati dentro l'ambiente reale. Potremmo dire che nella realtà virtuale il soggetto "entra nel mondo virtuale", mentre nella realtà aumentata è "l'oggetto virtuale che entra nel mondo del soggetto".

L'esposizione in realtà aumentata, rispetto a quella virtuale, favorisce inoltre "il senso di presenza" inteso come "la sensazione di essere in un ambiente anche se questo non è fisicamente presente" (Slater, 2009) e il giudizio di realtà (Botella, 2005). Questo avviene perché l'ambiente e gli elementi che il soggetto utilizza per interagire con lo stimolo virtuale sono reali; la persona, inoltre, vede il proprio corpo interagire con gli elementi virtuali.

L'esposizione in realtà aumentata nel trattamento delle fobie presenta gli stessi vantaggi di quella virtuale rispetto a quella in-vivo (controllo dello scenario, varietà e variabilità degli stimoli, ripetizione, sicurezza). Tuttavia, richiedendo che solo pochi elementi virtuali siano disegnati, il costo di produzione dell'ambiente è ridotto; inoltre, a differenza della realtà virtuale quella aumentata non estranea il soggetto dal mondo reale.

Efficacia dell'esposizione in realtà aumentata nel trattamento delle fobie dei piccoli animali

In ambito clinico e di ricerca, alcuni studi hanno dimostrato l'efficacia dell'esposizione in realtà aumentata nel trattamento della fobia specifica degli insetti.

Botella e collaboratori (2005) hanno pubblicato il primo studio su un caso singolo relativo al trattamento di una fobia specifica dei piccoli animali utilizzando l'esposizione in realtà aumentata.

Durante il corso dello studio è stata dimostrata sia la capacità degli scarafaggi virtuali di attivare l'ansia nel soggetto che una riduzione del livello di ansia dopo un'ora di esposizione progressiva. Inoltre, sono stati rilevati importanti decrementi della paura, degli evitamenti e delle credenze catastrofiche relative allo stimolo fobico. I risultati si sono mantenuti al follow-up condotto ad un mese dalla fine del trattamento.

Juan e collaboratori (2005) hanno coinvolto nove soggetti con diagnosi da DSM-IV di fobia specifica in un protocollo espositivo che prevedeva quattro fasi, tutte in realtà aumentata: osservare un numero progressivamente crescente di animali; toccare con la mano un numero progres-

sivamente crescente di animali; guardare sotto quattro scatole per scoprire se vi era o meno l'animale; osservare il terapeuta schiacciare ripetutamente ragni o scarafaggi e gettarli dentro una scatola per poi farlo loro stessi.

Lo studio ha dimostrato che l'esposizione in realtà aumentata ha indotto ansia in tutti i soggetti. Il trattamento ha ridotto significativamente la paura e gli evitamenti dell'animale target; dopo il trattamento tutti sono riusciti ad avvicinarsi agli animali vivi e ad interagire con loro.

Botella e collaboratori (2010) hanno pubblicato i risultati di un altro studio in cui hanno testato l'efficacia dell'esposizione in realtà aumentata nel trattamento della fobia specifica degli scarafaggi. In questo studio è stato introdotto un periodo più lungo di follow-up (3/6/12 mesi).

Il trattamento è stato preceduto da due fasi di assessment durante le quali sono stati somministrati questionari self-report, sono state indagate le credenze disfunzionali, le reazioni emotive e le condotte di evitamento, ed è stata stabilita una gerarchia espositiva.

I dati raccolti hanno dimostrato che l'esposizione in realtà aumentata ha indotto ansia in tutti i partecipanti. Le rilevazioni post-trattamento hanno evidenziato miglioramenti significativi, in tutti i partecipanti, nel livello di paura, nelle credenze disfunzionali e i soggetti sono riusciti ad interagire con scarafaggi reali. I risultati si sono mantenuti ai follow-up.

All'interno degli studi passati in rassegna sono tuttavia individuabili delle limitazioni: tutti gli

studi hanno utilizzato il protocollo "one-session treatment" (Hellstrom e Ost, 1995) che prevede un'unica sessione di trattamento per i soggetti con fobia specifica; i soggetti arrivano quindi alla fase espositiva con un livello di paura molto intenso non essendo stati precedentemente desensibilizzati. Inoltre, la ridotta numerosità del campione e l'assenza di un gruppo di controllo potrebbero influenzarne la validità sperimentale. Gli autori stessi sottolineano la necessità che gli studi successivi tengano in considerazione tali variabili.

Conclusioni

L'innovazione tecnologica ha apportato un importante contributo in diversi campi (educativo, medico) ed in particolare in quello della salute mentale.

La possibilità di utilizzare le nuove tecnologie all'interno dei trattamenti terapeutici offre ai clinici nuovi strumenti di intervento e facilita, nel caso delle fobie specifiche, la richiesta di un trattamento.

I vantaggi emersi dall'utilizzo dell'esposizione in realtà aumentata per il trattamento delle fobie specifiche e gli esiti degli studi di efficacia condotti sono promettenti, e il lavoro continuo e congiunto di ricercatori e clinici è volto a sperimentare l'efficacia di questo intervento nel trattamento di altri disturbi mentali.

Bibliografia

American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2013.

Richard D. C. S., Lauterbach D., Gloster A. T., (Description, mechanisms of action, and assessment) in *Comprehensive Handbook of the Exposure Therapies* Richard D. C. S., Lauterbach D., editors. New York: Academic Press, 2007, pp. 1-28.

Antony, M. M., Swinson, R. P., *Phobic disorders and panic in adults: a guide to assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association, 2000.

Choy, Y., Fyer, A. J., & Lipsitz, J. D., *Treatment of specific phobia in adults*, «Clinical Psychology Review», 2007, 27, pp. 266-286.

Hellström, K., & Öst, L. G., *One-session therapist directed exposure vs. two forms of manual directed self-exposure*

in the treatment of spider phobia. «Behaviour Research and Therapy», 1995, 33, pp. 959-965.

Magee W., Eaton W.W., Wittchen H. U., McGonagle K. A., Kessler R. C., *Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the national comorbidity survey*. «Archives of General Psychiatry», 1996, 53, pp. 159-168.

Boyd J. H., Rae D. S., Thompson J.W., Burns B. J., Bourdon K., Locke B. Z., Regier D.A., *Phobia: prevalence and risk factors*. «Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology», 1990, 25, pp. 314-323.

Marks I. M., (Behavioral psychotherapy of adult neurosis) in *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, Gardfield S. L., Bergin A. E., editors New York: Wiley, 1978, pp. 493-598.

Marks I. M., (Tratamiento de exposición en la agorafobia y el pánico) in *Avances en el Tratamiento Psicológico de los Trastornos de Ansiedad*, Echeburúa E., editor Madrid: Pirámide, 1992, pp. 35-55.

Powers M. B., Emmelkamp P. M., *Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: a meta-analysis*. «Journal of Anxiety Disorders» 2008, 22, pp. 561-569.

García-Palacios A., Botella C., Hoffman H., Fabregat S., *Comparing acceptance and refusal rates of virtual reality exposure vs. in vivo exposure by patients with specific phobias*. «Cyberpsychology & Behavior», 2007, 10, pp. 722-724.

Botella C., Juan M., Baños R. M., Alcañiz M., Guillen V., Rey B., *Mixing realities? An application of augmented reality for the treatment of cockroach phobia*. «Cyberpsychology & Behavior», 2005, 8, pp. 161-171.

Botella C., Bretón-López J., Quero S., Baños R. M., García-Palacios A., *Treating cockroach phobia with augmented reality*. «Behavior Therapy», 2010, 41, pp. 401-413.

Slater M., Lotto B., Arnold M. M., Sanchez-Vives M.V., *How we experience immersive virtual environments: the concept of presence and its measurement*. «Anuario de Psicología», 2009, 40, pp. 193-210.

Juan M. C., Alcañiz M., Botella C. M., Baños R. M., Guerrero B., *Using augmented reality to treat phobias*. «IEEE Computer Graphic and Applications», 2005, 25, pp. 31-37.

Indirizzo per la corrispondenza

Carla Lo Giudice
Psicologa/Psicoterapeuta
Responsabile area clinica adulti *Mente&Relazioni* srl Impresa Sociale - Reggio Calabria
Via Georgia 16 - 89100 - Reggio Calabria
mail: carlalogiudice@yahoo.it
cell. 3453594257

Il consenso informato in ambito consultoriale

di MARIA ALESSANDRA POLIMENO

Introduzione

L'attuale panorama delle professioni intellettuali che si è venuto sempre più a caratterizzare per l'elevato grado di tecnicismo e specializzazione settoriale, pone la necessità di recuperare l'attenzione alla persona nella sua interezza. In ambito sanitario il progresso delle conoscenze scientifiche e dei mezzi tecnologici ha aperto nuove problematiche sul piano etico, ponendo il paziente di fronte a scelte spesso molto complesse, per assumere le quali risulta fondamentale la corretta informazione da parte del professionista, anche per gli obblighi giuridici connessi. Da qui la necessità di valorizzare, all'interno del percorso clinico, il processo informativo in tutti i suoi aspetti comunicativi e relazionali: l'enfasi dell'asimmetria di ruolo nella relazione sanitario-paziente, tipica del passato e improntata al modello paternalistico, ha lasciato spazio ad una relazione in grado di riconoscere e favorire le possibilità espressive e decisionali del paziente. Si è scelto di utilizzare il termine "paziente", piuttosto che quello di "cliente" o "utente", al fine di evidenziare la dimensione umana sottesa all'atto sanitario e sottolineare la necessità da parte del professionista sanitario di armonizzare tra loro le competenze tecniche e quelle relazionali-emotive. Le Linee di indirizzo per la gestione del Consenso Informato (CI) intendono evitare il perdurare di modalità difensivistiche nella ge-

stione del consenso a favore di un processo di comunicazione e di "informazione al Consenso", che sia espressione dell'alleanza terapeutica tra il professionista sanitario e il paziente. In tal modo egli condivide attivamente con il curante il suo percorso diagnostico e terapeutico, nel rispetto del principio di autodeterminazione. Il progressivo riconoscimento del diritto all'autodeterminazione da parte del paziente, che promuove la co-costruzione di una nuova modalità comunicativa e relazionale tra professionista sanitario e paziente, si è avuto anche in campo giuridico. L'omessa informazione si può configurare come una negligenza grave, della quale il professionista sanitario risponde in concorso con l'Azienda sul piano della responsabilità civile, e la mancata acquisizione del CI può determinare una responsabilità penale del professionista stesso. Il CI, infatti, ha il fine di legittimare l'atto sanitario che altrimenti sarebbe illecito in quanto lesivo del diritto soggettivo del paziente ad autodeterminarsi e a mantenere la propria integrità psicofisica. L'attività sanitaria è sempre più legata ai concetti di rispetto del malato, dei suoi diritti, della sua consapevolezza, nonché della affidabilità comportamentale, oltre che tecnica, del professionista sanitario. Aggiungasi che negli ultimi anni sono mutati l'atteggiamento dei pazienti, le norme deontologiche e giuridiche ed il complesso delle consuetudini che hanno regolato sinora il rapporto sanitario-paziente, atteggiamento che ha determinato un vertiginoso aumento della conflittualità tradottasi in un brusco innalzamen-

to delle cifre relative alle vertenze per responsabilità professionale. Che trattasi di un mutamento di atteggiamento e non di altro è confermato dal fatto che questo livello di conflittualità si è raggiunto proprio in un momento in cui la medicina è capace di offrire ai pazienti il più alto livello di capacità professionale e tecnologica e la "sicurezza sociale" copre gratuitamente tutti i rischi gravi di salute che possono presentarsi nella vita di un cittadino. Dobbiamo convincerci che in questo momento storico sta montando verso la classe sanitaria una sorta di diffidenza ed una disaffezione che porta a ritenere il sanitario colpevole di ogni mancata guarigione e colpevole anche di aver tenuto nel rapporto con il paziente o con i suoi familiari un atteggiamento non conforme alle norme deontologiche e giuridiche. Per le tematiche relative al CI a determinati trattamenti o attività offerte dai servizi consultoriali (psicoterapia o educazione sessuale, ad esempio) in casi specifici come per la minore età, la giurisprudenza a livello nazionale deve ancora compiere passi in avanti importanti.

Il consenso informato in ambito consultoriale

In un contesto consultoriale, le pratiche principali richiedenti, per legge, il consenso informato dei pazienti afferenti alle strutture fanno essenzialmente riferimento a:

- IVG: interruzione volontaria di gravidanza;
- trattamenti determinanti perdita temporanea (contraccettivi) o definitiva della capacità procreativa;
- progetti di promozione alla salute sessuale concordati con istituti scolastici;
- trattamenti psicoterapeutici;

L'informativa sul consenso, quando fornita per iscritto, deve:

- essere redatta su carta intestata dalla struttura organizzativa in carattere chiaro e leggibile;
- contenere un titolo (es. "INFORMAZIONI SULL'INTERUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA").

Il linguaggio deve essere semplice e comprensibile anche per chi non abbia familiarità con la

terminologia specifica e l'informativa deve contenere tutti gli elementi necessari al paziente per scegliere.

Tutto il personale sanitario è tenuto ad osservare la procedura per le parti di propria competenza e la responsabilità per aver adempiuto all'obbligo di informazione spetta sia al personale che all'Azienda per la quale lavora. L'inadempimento in esame è imputabile sia all'operatore per responsabilità diretta (ex art. 2043 c.c.), sia alla struttura sanitaria come soggetto responsabile dell'effettiva richiesta del consenso (ex art. 2049 c.c.) (Tribunale di Viterbo Sent. 1081/2006-Cassazione Civile Sent. 22390/2006).

I Direttori di Struttura Semplice e Complessa sono responsabili della corretta applicazione della procedura all'interno del proprio servizio, ivi inclusa la stesura e l'aggiornamento delle informative necessarie. Date le peculiarità e i servizi offerti da tale struttura, è molto probabile un accesso al servizio di soggetti minorenni per i quali è importante considerare una distinzione tra la capacità di agire e la capacità naturale (di intendere e volere). Nell'ordinamento interno e in quello internazionale esistono riferimenti normativi che attribuiscono al minorenne, di per sé, incapace di agire, il potere di esprimere la propria volontà in determinati casi previsti dalla legge, qualora si dimostri capace di intendere e di volere sotto il profilo naturale.

La legislazione a sostegno dell'attività consultoriale trova i suoi riferimenti principali nella Legge n.405 29/07/1975 che, con l'istituzione dei consultori, si esprime regolamentando nel primo articolo:

- l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità e paternità responsabile e per i problemi relativi alla coppia, alla famiglia e alla problematica minorile;
- la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti;
- la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento;
- la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza consigliando i metodi e i farmaci adatti a ciascun caso.

La Legge n. 194 22/05/1978, invece, si concentra principalmente sugli aspetti relativi alla tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza esaminando gli aspetti legislativi riferiti all'ambito della sessualità.

Contracezione: applicazioni normative nella struttura consultoriale

Alcune indagini condotte in Italia hanno rilevato come l'inizio dell'attività sessuale si verifichi tendenzialmente tra i 15 e i 18 anni e di come nel 50% di questi casi non ci sia l'utilizzo del contraccettivo. Come sostiene il Dott. Tridenti, medico ginecologo presso l'Istituto Ospedaliero Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, ogni anno sono circa 10000 i parti e 4000 le interruzioni volontarie di gravidanza tra le minorenni. L'aspetto rilevante nella contraccezione è la minore età dei soggetti che, afferendo alle strutture, la richiedano. La legislazione vigente ha stabilito, attraverso la Legge 194/1978 le norme da rispettare anche riguardo la contraccezione nei consultori.

Per quel che riguarda L'Unione Europea i dati confermano come relativamente alle tematiche e alla legislazione in termini di salute sessuale, la posizione del nostro Stato abbia ancora da compiere importanti passi in avanti. Ad esempio per la cosiddetta "pillola del giorno dopo" non sono richieste prescrizioni in paesi come Francia e Gran Bretagna. L'uso di metodi contraccettivi più sicuri e moderni (pillola e IUD) è statisticamente più frequente tra popolazione nei paesi del nord Europa.

Da un rapporto del CENSIS del 2000 emerge che il 31,6% delle coppie italiane utilizza come metodo contraccettivo il coito interrotto, il 28,4% il preservativo e solo il 20,9% la pillola.

In altri paesi europei la percentuale di donne utilizzatrici di contraccettivi orali è di gran lunga superiore. In Gran Bretagna, poi, l'uso e la distribuzione di preservativi sono consentiti a partire dal dodicesimo anno d'età e promossi nelle scuole.

Liceità della prescrizione contraccettiva ai minori

Per ciò che riguarda la liceità della prescrizione contraccettiva ai minori, la Legge 194/1978 si è espressa nell'art. 2 sostenendo come la somministrazione su prescrizione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordi-

ne alla procreazione responsabile, sia consentita (anche senza il bisogno del consenso degli esercenti la potestà o tutela) ai minori nelle strutture sanitarie e nei consultori.

Strettamente legata a questi aspetti, poi, per ciò che riguarda i rapporti sessuali al di sotto della maggiore età, la Legge n. 66 del 15 febbraio 1996 sulla Violenza Sessuale considera come, in materia di sessualità il legislatore riconosca ampia potestà decisionale al soggetto minorenne, ritenendolo in grado di valutare la portata ed il significato dei propri atti e ritenendo leciti gli atti sessuali agiti da soggetti che abbiano compiuto almeno 13 anni (se compiuti con altro minore di età non superiore di tre anni). La suddetta legge, riconoscendo come possibili gli atti sessuali tra soggetti minorenni in condizioni specifiche, non prende in considerazione l'illegalità o meno della capacità di proteggersi in tali atti, anche con trattamenti medici, da gravidanze indesiderate.

A questo punto risulta importante esaminare se ed in quali condizioni sia appropriata una prescrizione di farmaci contraccettivi a soggetti minorenni.

La Legge 194/1978, consentendo la possibilità di prescrizione contraccettiva ai minori, ha identificato le strutture sanitarie e i consultori come luoghi indicati per l'assistenza alla salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti. La Legge 405/1975 (Istituzione dei consultori familiari) che si prefigge "...la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti..." è ripresa nel secondo articolo della Legge 194. Non si esclude che il soggetto possa fruire del medico personale, ma sottolinea l'importanza fondamentale dell'attività di informazione/educazione in questa fascia d'età e in relazione a questi aspetti. A queste condizioni può risultare necessaria l'attività congiunta di figure professionali quali il ginecologo, lo psicologo o l'assistente sociale ad esempio. L'informazione deve anche essere estesa a tutto ciò che riguarda la somministrazione farmacologica.

Per quanto concerne il Diritto Internazionale, la Convenzione sui Diritti del Fanciullo (New York, 20 novembre 1989, ratificata con Legge 176/91, art.24), definendo fanciullo ogni essere umano di età inferiore a 18 anni o, comunque, minore in

base all'età stabilita dalla legislazione dei singoli stati, nell'art. 24 riconosce al minore il diritto alla salute, il diritto di beneficiare di servizi medici e di avere assistenza medica e cure sanitarie, tra cui le cure preventive con l'educazione e i servizi in materia di pianificazione familiare.

Il Parlamento Europeo (risoluzione 2001/2128), in materia di educazione e salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti, riconosce la diversità di esigenze rispetto agli adulti, sottolineando l'importanza della partecipazione dei giovani all'attuazione dei programmi di educazione sessuale in cooperazione con i genitori. Sempre per il Parlamento, l'educazione sessuale dovrebbe essere differenziata in base al sesso e all'età e dovrebbe iniziare in età precoce e continuare fino all'età adulta. Gli stati membri sono invitati a migliorare ed estendere l'accesso delle strutture ai giovani.

Il coinvolgimento degli esercenti la potestà o dei legali rappresentanti nella somministrazione di farmaci contraccettivi risulta un problema da prendere in considerazione caso per caso. Il fatto che la somministrazione di tali farmaci sia consentita anche a soggetti minorenni, infatti, non significa che essa debba avvenire prescindendo dal coinvolgimento di queste figure.

Proprio ai fini della migliore tutela della salute e, tenuto conto che non esistono norme tassative che escludano i trattamenti sanitari in assenza dei legali rappresentanti, sarà compito del professionista quello di discutere col paziente in modo aperto, prospettare la possibilità di coinvolgere o meno i legali rappresentanti con il consenso dello stesso e valutarne il grado di maturità raggiunta. Il soggetto dovrà essere informato del fatto che, tanto minore sarà la comprensione del rapporto rischi/benefici del trattamento, quanto maggiore sarà la responsabilità assunta su di sé dal destinatario.

La possibilità di rivelare il segreto ai legali rappresentanti prevista dall'art. 9 del Codice di Deontologia Medica non va intesa nel senso che il legale rappresentante sia legittimato a richiedere tassativamente al medico curante la rivelazione del segreto, ma che questa possibilità sia lasciata alla discrezionalità del sanitario caso per caso, nella valorizzazione della riservatezza per l'adolescente.

L'interruzione volontaria di gravidanza e la Legge 194

Per interruzione volontaria di gravidanza si intende la pratica attraverso la quale, dopo accer-

tamenti sanitari che comprovino uno stato di necessità legato al pericolo per la vita o la salute fisica o psichica della donna, il medico è autorizzato ad interrompere la gravidanza con i mezzi a sua disposizione entro i primi novanta giorni dal concepimento. Tutte le disposizioni relative all'IVG sono specificate nella Legge n. 194/1978 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza).

Va ricordato che dopo questa legge, le IVG tra le italiane si sono ridotte del 55% e questo risultato positivo è dovuto principalmente alla fine della clandestinità che ha permesso maggiore consapevolezza nelle scelte riproduttive e alla possibilità della contraccezione d'emergenza.

Secondo la suddetta legge, l'IVG non è considerata mezzo per il controllo delle nascite e lo Stato così come le Regioni e gli Enti Locali sono tenuti a promuovere lo sviluppo dei servizi socio sanitari al fine di evitare che l'aborto sia usato per la limitazione delle nascite. I consultori familiari istituiti dalla Legge 29 luglio 1975, n. 405 hanno i compiti seguenti nei confronti della donna in stato di gravidanza:

- informarla sui diritti a lei spettanti e sui servizi offerti presenti sul territorio;
- informarla sulle modalità idonee a ottenere il rispetto delle norme;
- attuare direttamente o proporre all'ente locale competente o a strutture preposte speciali interventi, quando la gravidanza o la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi;
- contribuire a fare superare le cause che potrebbero indurre la donna all'IVG.

Il consultorio e la struttura socio-sanitaria hanno il compito, quando l'interruzione di gravidanza sia motivata dall'incidenza delle condizioni economiche, sociali o familiari sulla salute della gestante, di esaminare con la donna ed il padre del concepito le possibili soluzioni, aiutando loro a rimuovere le cause che potrebbero portare all'IVG, mettendo la donna in grado di fare valere i propri diritti di lavoratrice e di madre. Quando il medico riscontri, dopo esami accurati, la necessità dell'intervento, è tenuto a rilasciare un certificato con cui la donna potrà presentarsi ad una delle sedi autorizzate e praticare l'interruzione. Nel caso in cui non venga riscontrata l'urgenza, invece, il medico è tenuto a rilasciare copia di

un documento firmato anche dalla donna e attestante lo stato di gravidanza e la richiesta, invitandola a soprassedere per sette giorni. Successivamente ai sette giorni, sarà possibile praticare l'interruzione.

Per ciò che riguarda nello specifico la Legge 194, l'art. 9 solleva la questione dell'obiezione di coscienza sottolineando che il personale sanitario che la sollevi con preventiva dichiarazione non è tenuto a prendere parte alle procedure di interruzione di gravidanza. L'obiezione esonera il personale dal compimento delle procedure specificatamente attinenti l'interruzione e non dall'assistenza pre- e post-intervento. L'obiezione di coscienza non può essere invocata quando l'intervento risulti indispensabile alla salvaguardia della vita della paziente.

La legge in questione è, poi, molto chiara riguardo ai casi particolari rappresentati dalla minore età e dall'infermità mentale negli articoli 12 e 13. Per ciò che riguarda la minore età è richiesto l'assenso di chi esercita la potestà e la tutela sulla donna. Tuttavia, nei primi novanta giorni, quando vi siano seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione degli esercenti la potestà o tutela, oppure, se interpellati, rifiutino l'assenso o esprimano pareri difformi, è possibile espletare i compiti e le procedure rimettendo entro sette giorni dalla richiesta una relazione al Giudice Tutelare. A sua volta il giudice, sentita la donna e tenuto conto della sua volontà e della relazione dello specialista, può autorizzarla all'IVG con atto non soggetto a reclamo. Nel caso di stato di necessità comprovata, il medico ha la possibilità di intervenire a prescindere dal consenso sia degli esercenti la potestà che dello stesso Giudice Tutelare.

L'art. 13 si concentra sul caso di infermità mentale sostenendo che, in questo caso, la richiesta volontaria di interruzione possa essere presentata, oltre che dalla donna stessa, anche dal tutore o dal marito non tutore (purchè non separato dal punto di vista legale). Nel caso di richiesta presentata dall'interdetta o dal marito, deve essere sentito il parere del tutore. È importante che la richiesta presentata non dalla diretta interessata sia confermata da lei stessa. Sarà poi compito del medico del consultorio, o del medico implicato nella richiesta, entro i sette giorni dalla presentazione, fornire una relazione al giudice contenente, oltre ai dati relativi all'interessato e al quadro

clinico, l'atteggiamento assunto in relazione alla gravidanza e l'eventuale parere espresso dal tutore. Il giudice, sentiti i diretti interessati se lo ritiene opportuno, deve decidere entro cinque giorni dal ricevimento della relazione, con atto non soggetto a reclamo.

Gli aspetti relativi al consenso informato e alla perseguibilità sono citati nell'art. 18 in cui si considera come chiunque cagioni l'interruzione della gravidanza senza il consenso della donna o con azioni dirette a provocare lesioni è punito con la reclusione dai quattro agli otto anni ai sensi del codice penale. Se poi da tali comportamenti derivi la morte dell'interessata, la reclusione è allungata dagli otto ai sedici anni. Tali pene sono aumentate nel caso di paziente minorenni. Si considera come non prestato il consenso estorto con violenza, minaccia, o carpito con l'inganno. Sempre considerando la perseguibilità di chi non ottemperi alle disposizioni stabilite dalla legge, negli articoli successivi si afferma che se l'interruzione volontaria avviene al di là delle condizioni di pericolo di vita per la donna o dell'accertamento di processi patologici che determinino un grave rischio per la salute psicofisica, chi la cagiona è punito con reclusione da uno a quattro anni e la donna con reclusione sino a sei mesi. Nella situazione di minore età o di infermità mentale, invece, l'IVG praticata al di là delle disposizioni stabilite è punita con le stesse pene precedenti, ma aumentate anche sino alla metà, data la maggiore gravità di condizione in cui versa la paziente che, di per sé, non è punibile. Ultimo aspetto essenziale è quello riguardante il segreto professionale dei professionisti implicati nell'interruzione di gravidanza. Secondo l'art. 21, infatti, la divulgazione di notizie idonee a rivelare l'identità della paziente da parte di chi ne sia venuto a conoscenza per ragioni di professione o di ufficio, è punibile per quanto riguarda la legislazione statale.

L'educazione sessuale nelle scuole

Una condizione particolare, dal punto di vista del consenso informato, è quella rappresentata dai progetti di promozione della salute sessuale in convenzione con gli Istituti Scolastici, che rappresentano una delle attività elettive dei consultori. La necessità dell'introduzione di progetti di promozione della salute sessuale nelle scuole, ha

accesso dibattiti importanti in particolare successivamente all'istituzione dei consultori familiari (Legge 405/1975) e alla Legge 194/1978.

Tra i fattori che hanno contribuito a rinnovare l'attenzione sull'argomento nell'ultimo decennio è possibile riscontrare:

- un approccio precoce alla sessualità da parte degli adolescenti associato ad un prolungamento di questa età per esigenze di studio che, spesso, spingono a posticipare la data del matrimonio e a dipendere maggiormente dai genitori nella maggioranza dei casi;
- la diffusione di malattie trasmesse sessualmente (come l'AIDS) anche nei paesi industrializzati, legate, molte volte, all'ignoranza dei metodi contraccettivi;
- i cambiamenti culturali associati alla nuova dimensione attribuita alla sessualità sia su un piano più positivo, caratterizzato dalla migliore conoscenza del corpo e della condivisione con l'altro sesso, che negativo, rappresentato dall'eccessiva ostentazione del corpo e dalla diffusione di messaggi capaci di distorcerne il significato riducendola all'esclusiva soddisfazione dei propri bisogni.

Nonostante l'impegno di molte forze politiche e movimenti d'opinione, non esiste, ad oggi, una normativa che riconosca dal punto di vista legale la pratica della promozione della salute sessuale a livello scolastico. In Italia ci si trova ancora alla condizione di proposte di legge. Dal punto di vista ufficiale, non viene riconosciuta la formazione sessuale all'interno delle scuole, senza considerare come gli effetti di questa negazione o di questo silenzio in merito alla sfera sessuale possano esporre i ragazzi a paure ed ansie, nonché a credenze distorte capaci di ripercuotersi negativamente sullo sviluppo psicosessuale. Le difficoltà incontrate all'inserimento di programmi educativi si riferiscono ad esempio al timore che parlare di sessualità a scuola possa costituire un incentivo a praticarla in età troppo precoce, oppure che vengano trasmessi valori non coerenti con quelli familiari. Nonostante questi aspetti, anche l'OMS si è pronunciata considerando come l'educazione sessuale in questi contesti non provochi un aumento o un inizio precoce dell'attività tra giovani, anche nel caso di disponibilità di contraccettivi; anzi, possa determinare l'azione di pratiche più sicure. L'OMS considera fondamen-

tale e consiglia la promozione di progetti di educazione sessuale unitamente alle disposizioni del Parlamento Europeo all'interno degli Stati membri. L'educazione sessuale rientra nei programmi di promozione alla salute e miglioramento della qualità della vita. Il Parlamento Europeo, con la risoluzione 2001/2128 ha sottolineato come l'educazione sessuale vada iniziata precocemente e continuata fino all'età adulta e invitando gli Stati membri e i paesi candidati a migliorare ed estendere l'accesso dei giovani ai servizi sanitari, adeguando questi ultimi alle loro preferenze e necessità. Da ciò è possibile inferire come il Parlamento Europeo si auspichi non soltanto che siano i giovani a doversi attivare accedendo ai servizi, ma anche che siano le strutture stesse ad attivarsi sul territorio promovendo progetti di educazione sessuale rivolti alle scuole.

Al di là di queste considerazioni, la scuola si organizza, da tempo, in maniera più o meno autonoma per rispondere ai bisogni formativi di allievi, insegnanti e famiglie. Le soluzioni adottate possono spaziare dai mandati ai singoli docenti (spesso quelli di materie scientifiche), al supporto dei consultori locali, agli interventi di consulenti esterni.

Per ciò che riguarda il consenso informato ai progetti in accordo con le scuole, la richiesta di intervento presuppone un consenso che, però, necessita di essere esplicitato almeno verbalmente negli incontri preliminari con il dirigente scolastico, gli insegnanti referenti e i genitori che, in quanto aventi potestà genitoriale sui figli minorenni a cui sarà principalmente rivolto l'intervento, sono liberi di rispondere attraverso il consenso o meno. Il consenso garantisce l'intervento da parte dei professionisti implicati sul piano deontologico, pur non esistendo una legge specifica che ne sancisca la possibilità.

Il consenso ai trattamenti psicologici e psicoterapici

Per ciò che riguarda il caso specifico del consenso alla prestazione psicologica, l'art. 31 del Codice Deontologico degli Psicologi così cita: "Le prestazioni professionali a persone minorenni o interdette sono, generalmente, subordinate al consenso di chi esercita sulle medesime la potestà genitoriale o la tutela. Lo psicologo che, in assenza del consenso di cui al precedente comma, giudichi necessario l'intervento professionale

nonché l'assoluta riservatezza dello stesso, è tenuto ad informare l'autorità tutoria dell'instaurarsi della relazione professionale. Sono fatti salvi i casi in cui tali prestazioni avvengano su ordine dell'autorità legalmente competente o in strutture legislativamente preposte."

La prima parte dell'articolo, conformandosi alla normativa generale del diritto minorile italiano, rende necessario il consenso degli esercenti la potestà o la tutela ai fini del trattamento. La seconda parte pone l'interesse per il benessere psicologico del minore al di sopra della norma generale. La tendenza legislativa e giurisprudenziale, in linea con i cambiamenti socio culturali, sembra muoversi sempre più verso il ridimensionamento della potestà genitoriale fino al conseguimento della maggiore età per allargare l'area dei diritti e delle scelte assicurate al soggetto minore, anche in contrasto con la volontà dei genitori in linea con il principio di autodeterminazione debole del minore. Secondo tale principio, la volontà del minore circa le scelte che attengono alla propria sfera giuridica non patrimoniale avrebbe effetto vincolante per i soggetti con cui esso entri in contatto. Tale effetto si produrrebbe soltanto a condizione che la volontà sia espressa da un minore capace di rendersi conto delle conseguenze del proprio atto di volontà e che essa corrisponda al suo migliore interesse. Il fatto che, come sostiene il Professor Calvi (avvocato, psicologo e psicoterapeuta), nell'articolo del Codice Deontologico si usi l'avverbio "generalmente" nel considerare il consenso da parte degli esercenti la potestà non è casuale. A titolo esemplificativo, infatti, può rivelarsi la condizione in cui un minore richieda un trattamento psicoterapeutico contro il parere dei genitori ed esprimendo la volontà che non ne siano messi al corrente. Se ci si attenesse al Codice Civile, non sarebbe possibile alcun contratto tra il paziente minore e il terapeuta data l'incapacità di agire in modo legalmente valido del primo. L'aderenza alla legge, tuttavia, non sarebbe compatibile con il Codice Deontologico in quanto il benessere del paziente passerebbe in secondo piano. In questa situazione la valutazione del caso è lasciata al professionista che, accogliendo la richiesta del paziente specificando le condizioni necessarie, deve darne comunicazione al Giudice Tutelare. Il motivo di tale obbligo è legato sia alla necessità,

per il bene del minore, di essere accompagnato da una figura responsabile riconosciuta, che alla tutela del professionista stesso che potrebbe essere accusato, altrimenti, di illecita ingerenza in problematiche familiari. Il consenso degli esercenti la potestà o del tutore non è richiesto nel caso in cui la prestazione professionale avvenga per ordine di un'autorità legalmente competente, o se l'intervento dello psicologo si attui in una struttura prevista dalla legge come luogo in cui la prestazione sia destinata a soggetti minori e, dunque, incapaci di agire (art.2 Codice Civile) e/o interdetti, quindi, incapaci di intendere e volere (art. 414 Codice Civile). Il primo caso contempla maggiormente le situazioni all'interno dei contesti consultoriali dove la domanda o l'offerta psicoterapeutica provengono o sono rivolte principalmente a una popolazione minore. Il secondo, invece, riguarda perlopiù strutture la cui afferenza sia costituita da pazienti con problemi psichiatrici quali centri di salute mentale o reparti psichiatrici. In realtà le leggi in questione (Legge n. 405 del 29 luglio 1975 e la Legge n. 194 del 22 maggio 1978) non sono chiare per ciò che riguarda nello specifico il consenso per le prestazioni psicoterapeutiche all'interno dei servizi consultoriali da parte di minori in assenza di quello genitoriale o in contrasto con esso. La Legge 194, in particolare, si esprime sulle terapie di sostegno attinenti alla sfera sessuale, mentre la 405, nell'art.1 al primo comma parla di "assistenza psicologica" anche per "problematiche minorili", ma senza prendere in considerazione la questione del consenso. Inoltre, non è chiaro se con "assistenza psicologica" si intenda un'attività di counseling e accompagnamento oppure una psicoterapia vera e propria orientata a problematiche di coppia, familiari o minorili anche non direttamente attinenti con la sfera sessuale o legate alla maternità/paternità. Al di là delle circostanze sopra citate, la correttezza legislativa richiederebbe la segnalazione del caso alla Procura della Repubblica per i minorenni, affinché presenti ricorso al Tribunale per i minorenni e al Giudice a cui spetterà la decisione sulla validità del consenso del minore alla psicoterapia. Ogni situazione dovrebbe, comunque, essere valutata caso per caso tenendo conto anche e soprattutto di come la linea guida, quantomeno sul piano deontologico, debba sempre essere l'attenzione al benessere e alla salute (in

questo caso psichica) del paziente; con particolare attenzione se minorenne.

Pertanto, sulla base del principio di autodeterminazione debole del minore, è possibile affermare come, anche per la questione del consenso

al trattamento psicoterapeutico di minori negli enti consultoriali, la giurisprudenza si stia muovendo sempre più verso posizioni che riconoscano maggiormente l'autonomia dei soggetti implicati nelle scelte attinenti la propria salute.

Note

1. TRIDENTI, G. U.O. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA, ARCISPEDALE SANTA MARIA NUOVA-REGGIO EMILIA. (2008), *La prescrizione dei contraccettivi nelle minorenni: aspetti medico-legali. Congresso promosso dalla Regione Piemonte: "I consultori familiari"*. 17-18 marzo 2008, 17-18 aprile 2008
2. CALVI, E., GULLOTTA, G. (1999), *Il codice deontologico degli psicologi*. Giuffrè Editore, Milano. Pp. 167-171

Bibliografia

Giunta, (2001) Il consenso informato all'atto medico tra principi costituzionali e implicazioni penalistiche, in RIDPP.

Mantovani, (1974) I trapianti e la sperimentazione umana nel diritto italiano e straniero, Padova.

Balint M., (1961), *Medico, paziente, malattia*, Feltrinelli, Milano.

Bowlby J., (1982), *Costruzione e rottura di legami affettivi*, Raffaello Cortina, Milano.

Ferraris Oliverio A., Panier Pagat M., Pilleri Senatore R. (1994), *Teorie dello Sviluppo Cognitivo, Sociale e Affettivo*, Bulzoni Editore, Roma.

Parkes C. M. (1972), *Il Lutto*, Feltrinelli, Milano.

Emanuel E.J., Emanuel L. L. (1992), *Four Models of the Physician-Patient Relationship*, in: "Jama".

Criscuoli, (1972), *Il dovere di mitigare il danno subito* (The duty of mitigation: a comparative approach), in Riv. dir. civ., I.

Princigalli, (1983) *La responsabilità del medico*, collana Fac. Giurisprudenza Univ. Bari, Jovene, Napoli.

Pilleri Senatore R. (1990), *Bambini e adolescenti malati cronici*, Psicologia Contemporanea, Giunti, Firenze.

Pilleri Senatore R. (1992), *La malattia cronica nell'età dello sviluppo*, Psicologia Contemporanea, Giunti, Firenze.

Pilleri Senatore R. (2000), *La malattia celiaca. Problematichè psicologiche nel corso dello sviluppo*. In: *Cattivo come il pane*, Prae, Aisthesis Edizioni.

Senatore Pilleri R., Oliverio Ferraris A. (1989), *Il bambino malato cronico*, Raffaello Cortina, Milano.

Calvi, E., Gullotta, G. (1999), *Il codice deontologico degli psicologi*. Giuffrè Editore, Milano.

Di Florio, M., Saviotti, F.M., Gemignani, A. (2004), *Gli interventi non volontari: la gestione medica e le implicazioni legali*. It J Psychopatol;

Gelli, B.R. (1992), *Per un'etica della sessualità e dei sentimenti*. Editori Riuniti, Roma.

Gullotta, G. (2002), *Elementi di psicologia giuridica e di diritto psicologico*, Giuffrè Editore, Milano.

Tridenti, G. U.O. Di Ostetricia e Ginecologia, Arcispedale Santa Maria Nuova-Reggio Emilia. (2008), *La prescrizione dei contraccettivi nelle minorenni: aspetti medico-legali. Congresso promosso dalla Regione Piemonte: "I consultori familiari"*. 17-18 marzo 2008, 17-18 aprile 2008.

Indirizzo per la corrispondenza

Maria Alessandra Polimeno
Psicologa/Psicoterapeuta
Coordinatore Consultorio Familiare Bovalino (RC), ASP RC
C.so Umberto I, 21 89034 Bovalino (RC)
Mail: mapolimeno@libero.it
Cell.: 3339754445
Fax: 0964/60874

Dal Daimon alla Magia

di FRANCESCO LANDO

Devo confessare che quando medito sui libri da segnalare nella nostra rivista penso ai colleghi giovani, rappresentati dalle ragazze e dai ragazzi che svolgono con me il tirocinio post laurea. Questi ragazzi appaiono già proiettati verso le scuole di specializzazione in psicoterapia “sposandone la causa”: indirizzando, cioè, la loro formazione verso il conseguimento delle tecniche psicoterapiche della scuola scelta e il background culturale che li sottende. In effetti le segnalazioni che propongo non sono esattamente freschi di stampa, in particolare quelli di questo numero della rivista. L'intendimento è quello di fornire loro lo stimolo verso una più ampia ed articolata formazione culturale legata a scuole di pensiero sulla psicologia non comuni, fuori dalle tendenze correnti ma non per questo privi di carica formativa.

In questo numero prendo in considerazione due testi molto brillanti e inconsueti per le idee interpretative del comportamento umano e delle sue deviazioni che propongono rispetto, appunto, alle scuole di pensiero più diffuse. Il primo è **Il codice dell'anima-carattere, vocazione, destino** di **James Hillman ed. Adelphi 1997**, il secondo è **Psicomagia-Una terapia panica** di **Alejandro Jodorowsky ed. Feltrinelli “Universale Economica” 1997**.

James Hillman, americano trapiantato in Europa - studia alla Sorbona e si laurea al Trinity College di Dublino - esercita per qualche anno la professione di medico e, dopo un viaggio in India,

ottiene il *Phil.Dr.* all'Università di Zurigo, si iscrive al *C.G.Jung Institute* - del quale poi ne diviene direttore - ottenendone il diploma di analista. Partendo dalle teorie di Jung, fonda la *Psicologia Archetipica*, lo sviluppo della visione di H. va via via proponendosi come indagine e riflessione etico-sociale sui problemi dell'Uomo contemporaneo, più che come vero e proprio indirizzo psicoterapeutico. Abbandona così l'attività di analista e si dedica allo sviluppo della propria teoria. Teoria contrapposta alle attività finalizzate e normative dell'Io, feconda decostruzione, sulla base immaginale dei miti, di aspetti e vicende della realtà nella quale vi siamo immersi. Fornire qui altre notizie sulla sua biografia e sulla sua vasta produzione bibliografica significherebbe occupare tutto lo spazio di questa rubrica, perciò rimando (e ne consiglio) la ricerca sui siti enciclopedici.

Attraverso *Il codice dell'anima*, H. pone le basi alla teoria dell'Anima, il cosiddetto *fare anima*. Quando ci si inoltra lungo la lettura di questo testo, una immagine metaforica colpisce la fantasia del lettore: la teoria dell'Anima fa ruotare gli occhi della mente del terapeuta alla ricerca di spazi interpretativi più ampi: dalle immagini di un passato posizionato alle “spalle” dell'Io, a quelle del futuro che guarda avanti per rispondere alla chiamata del proprio *daimon*. L'idea viene da Platone, dal mito di Er che egli pone alla fine de la *Repubblica*. In breve l'idea è la seguente: “*Prima della nascita, l'anima di ciascuno di noi sceglie un'immagine o disegno che poi vivremo sulla terra, e riceve un compagno che ci guidi quaggiù, un daimon, che è unico e tipico*”

nostro. Tuttavia, nel venire al mondo, dimentichiamo tutto questo e crediamo di esserci venuti vuoti. È il daimon che ricorda il contenuto della nostra immagine, gli elementi del disegno prescelto, è lui dunque il portatore del nostro destino. Il mito porta, perciò, anche a mosse pratiche: la più pratica consiste nel vedere la biografia nostra e dei nostri pazienti avendo presenti idee implicite nel mito, e cioè le idee di vocazione, di anima, di daimon, di destino, di necessità che sono esplorate nel testo. Questo porta a riconoscere altre conseguenze pratiche: a) riconoscere la vocazione come un dato fondamentale dell'esistenza umana; b) allineare la nostra vita su di essa; c) trovare il buon senso di capire che gli accidenti della vita, compresi il mal di cuore e i contraccolpi naturali che la carne porta con sé, fanno parte del disegno dell'immagine, sono necessari ad esso e contribuiscono a realizzarlo.

Dall'idea di anima, di vocazione, di destino scaturisce la Teoria della Ghianda. La Teoria della Ghianda dice che: io e voi e chiunque altro siamo venuti al mondo con un'immagine che ci definisce. L'individualità risiede in una causa formale ... ciascuno di noi incarna l'idea di se stesso. E questa forma, questa idea, questa immagine non tollerano eccessive divagazioni.

In queste poche righe a disposizione è difficile descrivere questa opera monumentale e fondamentale del pensiero di H., che spazia riportando esempi di personaggi – Ella Fitzgerald, Judy Garland, Josephine Baker ad es. – il cui daimon si è fatto riconoscere attraverso eventi all'apparenza casuali. È un testo di accessibile e scorrevole lettura, si legge come un romanzo. Cattura l'attenzione come un romanzo, ma come ogni buona letteratura, quando lo chiudi dopo averlo letto, si ha la consapevolezza che il proprio spazio di coscienza si è espanso, ti fa rivedere e interpretare eventi, storie, con uno sguardo più acuto e profondo allo stesso tempo. L'Autore, nel proporre la propria visione interpretativa, sovverte molte delle teorie date ormai per acquisite semplicemente dalla comunità scientifica, come ad esempio quella della trasmissione biologica attraverso l'albero genealogico dell'anima individuale: la teoria della ghianda propone una soluzione antica: è stato il mio daimon a scegliere sia l'ovulo sia lo spermatozoo, così come aveva scelto i portatori, detti "genitori".

Se di Hillman colpisce di più la sua vasta bibliografia, di Jorowsky colpisce molto di più la sua vasta

biografia. Non si potrebbe capire la *Psicomagia* disgiunta dalla biografia del personaggio eclettico Jodorowsky: regista di teatro e di cinema, due film sono poi divenuti cult, *El topo* e *La montagna sacra*; sceneggiatore di fumetti; drammaturgo. Le radici della teoria psicomagica partono da lontano, J. dice di sé: *la prima cosa a venirmi in aiuto è stata la poesia, il contatto con i poeti degli anni cinquanta. Ho avuto la fortuna di nascere in Cile (...) se non fosse stato per la guerra russo-giapponese, i miei nonni non sarebbero emigrati e io sarei nato sicuramente in Russia (...)* A volte mi diverto a immaginare che siamo noi a scegliere il nostro destino, e che nulla di ciò che accade è frutto della casualità. Quindi se la casualità non esiste, tutto ha un senso (è il daimon?). Nel mio caso, è il mio incontro con la poesia a giustificare il fatto di essere nato in Cile. In quel periodo il Cile era attraversato da un fervore poetico eccezionale, la poesia impregnava ogni cosa: la politica, la vita sociale e culturale. Il popolo viveva immerso nella poesia. I poeti protagonisti di questo corso erano nientemeno che Pablo Neruda, Vicente Huidobro, Gabriela Mistral, Pablo de Rokha, Nicanor Parra. Ma è l'amicizia con il poeta Enrique Lihn e l'incontro con il futurismo di Marinetti – "la poesia è azione" – che ha pervaso il periodo formativo della vita di J. Facevano poesia in azione: episodio tipico quello di attraversare la città in linea retta bussando alle porte delle case degli increduli abitanti per chiedere loro di farli uscire dal retro con la giustificazione che erano *poeti in azione*. Trasferitosi in Messico – se il Cile era un luogo poetico, il Messico era un paese onirico – J. si dedica al teatro, influenzato dal saggio curato da Fernando Arrabal dal titolo *Il panico* che nella formula "Per arrivare alla euforia panica è necessario, in primo luogo, liberarsi dell'edificio teatro", J. improvvisa degli happening teatrali nei posti più impensati come in ospedali psichiatrici, in una scuola per persone con la sindrome di Down, alla scuola di Belle Arti, con attori presi dal pubblico e testi improvvisati. Ma in Messico J. comincia a porre le basi della Psicomagia, della teoria panica (dal mito di Pan). *L'interpretazione dei sogni, l'atto onirico, occupa un posto centrale nell'attività dell'artista-sciamano-regista teatrale-clown mistico che è sempre alla ricerca di quell'altra forma di pazzia che è la saggezza*, dice Gilles Farcet (il libro è la trascrizione delle conversazioni tra questi e J.). J.: *L'interpretazione dei sogni è una pratica vecchia come il mondo. Con il*

tempo si è evoluta (...) si è arrivati alle teorie di Jung, secondo le quali non si tratta di spiegare il sogno ma, grazie all'analisi, di continuare a viverlo in uno stato di veglia per capire dove ci porta. La fase successiva, che supera ogni tipo di interpretazione, consiste nell'entrare nel sogno lucido, in cui si è coscienti del fatto che si sta sognando, e questa consapevolezza ci dà la possibilità di lavorare sul contenuto del sogno. E qui entriamo nella psicomagia. L'inconscio ha un canale privilegiato di comunicazione con il pensiero onirico. I guaritori, gli sciamani, con grande creatività intervengono in questo canale di comunicazione attraverso cerimonie, sortileggi, farmaci strani (clisteri di caffelatte, decotti di viti arrugginiti e tanto altro ancora), interpretando e curando la malattia come sogni, messaggi che rivelano problemi non risolti. Costruiscono la "trappola sacra", come la chiama J. vedendo all'opera questi guaritori. Perché lo straordinario accada il guaritore, utilizzando all'inizio i trucchi più fantasiosi, deve convincere il malato che la realtà materiale ubbidisce allo spirito, che il miracolo è possibile e, di conseguenza, deve credere che la guarigione sia possibile. Ma, si domanda J., è possibile guarire una persona priva di fede eliminando la "trappola sacra? Se l'inconscio supera i confini della nostra ragione attraverso i sogni o, ad esempio, attraverso gli atti mancati, è possibile intervenire su di esso, "convertirlo" all'alleanza terapeutica in maniera volontaria? Quello che convince J. è un episodio avvenuto durante un corso frequentato anche da medici. Uno di questi improvvisamente cade al suolo contorcendosi in spasmi di dolore. Nessuno dei suoi colleghi sembrava riuscire ad aiutarlo, quando J. si avvicinò, senza nessuna ragione, gli tolse la fede dall'anulare della mano sinistra, immediatamente si calmò. J. interpretò questo evento nel senso che gli oggetti che ci accompagnano e ci circondano fanno parte del linguaggio dell'inconscio: se una persona, indossando un anello, poteva essere incatenata, togliendoglielo era possibile darle sollievo. Infine, perché chiamare la terapia *Psicomagia* e non *Magia*? Il guaritore, lo sciamano, deve poter contare sulla superstizione del paziente millantando poteri sovranaturali ottenuti attraverso iniziazioni segrete alleanze di poteri divini o infernali. I rimedi prescritti vanno assunti senza che il paziente ne conosca la composizione e gli atti consigliati realizzati acriticamente. *Nella Psicomagia, al posto della credenza superstiziosa, è*

necessaria la comprensione da parte del paziente, che deve conoscere il perché di tutte le sue azioni. Lo psicomago da guaritore si trasforma in consigliere: grazie alle ricette il medico diventa paziente di se stesso. Il testo è permeato di "casi clinici" davvero stupefacenti. J. non ha mai esercitato questa professione a scopo di lucro, riferisce egli stesso di avere già di che vivere agiatamente con le altre attività, perciò non ha mai preteso parcelle dai suoi pazienti. Il libro è suddiviso in tre parti, la prima, *Psicomagia. Cenni di terapia panica*, sono la trascrizione delle conversazioni con Gilles Farcet, scrittore spirituale, come J. lo definisce, e allievo di Desjardins; la seconda sono *Lezioni per mutanti*, interviste con Javier Esteban; nella terza fornisce al lettore, in 35 pagine, un *Corso accelerato di creatività*.

Un approccio "scientifico" a questi due libri solleciterebbe profondo scetticismo e incredulità nel lettore. Ma se ci ricordiamo che la medicina non è propriamente una scienza esatta e che la scienza psicologica ha a che fare con un'entità, l'inconscio, che non risponde esattamente ai canoni della scientificità - nel senso del rapporto di causa ed effetto misurabile e quantificata nella situazione data in qualsiasi luogo e tempo - allora potremmo farci permeare da queste teorie con la fiducia che lasceranno certamente traccia nella nostra formazione del nostro essere terapeuti, amplificando la cognizione delle dinamiche inconsce sottese alla malattia e alla guarigione.

Vorrei ora parlarvi di un mio amico, Nino Greco. Cinquantenne, diplomato al Liceo Scientifico del mio paese, Oppido Mamertina. Non ha proseguito gli studi, sceglie di lavorare, in paese prima, a Milano successivamente. Amato e rispettato in paese per la sua solare spontaneità, per la sua autenticità nella relazione con gli altri. Proviene da una famiglia contadina. Da qualche anno il suo *Daimon* gli si è rivelato, ha trovato la sua *Ghianda* iniziando a scrivere storie. L'ultima l'ha pubblicata quest'anno l'editore cosentino **Pellegrini** ed ha per titolo **La tana del fajetto**. Sono storie minime le sue che hanno le proprie radici nella cultura contadina di cui ne va fiero. Storie di vita di personaggi i cui spazi fisici e relazionali sono circoscritti all'ambiente in cui vivono e lavorano. Questa è ambientata alla fine degli anni trenta nelle campagne intorno al nostro paese. Narra di Angelo, un ragazzo che rifiuta l'arroganza e la prepotenza del mezzadro, in netta rottura con

l'atteggiamento acquiescente e sottomesso del padre. Episodio centrale della storia è il ritrovamento di una pistola nascosta dal mezzadro - arrogante e vessatorio - e da un suo accolito nella tana del *fajetto*. Essa rappresenta lo strumento attraverso il quale esercitare, insieme all'amico 'Ntoni, il coraggioso atto di ribellione che svela la disonestà e il ladrocinio messo in atto dal mezzadro a scapito dei contadini a giornata. Ad interrompere questo percorso di ribellione è la chiamata alle armi. Mandato in Cireneaica a presidiare le *colonie italiche*, si trova anche lì a combattere i soprusi di un sergente. Quando però le rigide gerarchie militari vengono minacciate gli ottusi regolamenti non lasciano spazi a nessun tipo di giustificazione. Angelo e uno dei suoi quattro amici con i quali era stato chiamato alla leva, viene imbarcato con destinazione carcere militare di Gaeta. Lo scoppio della guerra lo trova lì, e forse è stata una fortuna, molti ragazzi non sono più tornati dal fronte libico. L'8 settembre con l'armistizio le celle vengono aperte e ognuno torna, tra mille disavventure, al proprio paese. Lui ritorna alla tana del *fajetto* a riprendere la pistola che aveva riposto nello stesso posto in cui l'aveva trovata e a riprendere la sua battaglia

contro le angherie. La pistola è uno strumento invisibile alla cultura contadina che non riconosce la violenza come uno dei mezzi di relazione con l'altro, dedica com'è più alla vita, alla tutela della natura attraverso la quale trarre il necessario per la sopravvivenza degli individui. La pistola è lo strumento di chi esercita il potere con la forza. In questo racconto diventa lo strumento che viene strappato dalle mani del potere da parte di chi a questo potere non intende soggiacere. Non è la pistola, qui, il simbolo della ribellione, ma l'atto della sottrazione al potere.

Ci troviamo, con il racconto di Nino Greco, di fronte alla letteratura che io chiamerei *dal basso*. In genere la letteratura racconta vite di re e di principi, di guerre e di personaggi straordinari, l'A. si cimenta invece lunga la traccia dello stile di Cechov e delle sue *Anime morte*; meglio ancora, perché più vicino a noi, di Leonida Repaci con *Gente in Aspromonte*. Abbiamo bisogno di questo *orgoglio contadino* in Calabria che ci ricordi quanto la terra, questa terra, abbia profondamente inciso e definito l'identità dei calabresi e quanto abbia ancora un ruolo centrale nello sviluppo economico se solo ci convinciamo ad amarla e valorizzarla.

Indirizzo per la corrispondenza

Francesco Lando
Dirigente Psicologo, Consultorio familiare
ASP 5 Reggio Calabria
via Lombardi, 6 Polistena
scolando@katamail.com

VISIONI E CINEMA. STATI MODIFICATI DI COSCIENZA

di SANDRO AUTOLITANO

Come possiamo spiegarci la prorompente forza di un fenomeno di massa come il cinema, “settima arte”, che, nato per pochi eletti, in meno di un secolo ha conquistato gran parte dell’umanità? Probabilmente la risposta è che i film inducono uno “stato alterato (o modificato) di coscienza” (ASC). Come spiega P.Pancheri (2000) “...è possibile che la potenza del cinema può trasformare temporaneamente il nostro stato di coscienza della veglia in uno stato di “veglia sognante”, che ci consente di evadere dalla realtà quotidiana che siamo costretti a vivere”. Il cinema, in fondo, è la nostra macchina dei sogni. Durante la visione tutte le attività sensoriali sono polarizzati sulle immagini che scorrono e su quanto avviene. Viene eliminato ogni stimolo esterno e si verifica una intensa attività emozionale, si cade in uno “stato crepuscolare” o “stato monoideistico”. Sempre secondo P.Pancheri durante la visione di un film “si verifica una terza condizione fisiologica accanto alla veglia e al sonno sognante della fase REM del sonno. Questa si può definire “veglia sognante” per le sue strette analogie con gli stati patologici crepuscolari o con le fasi REM di sonno sognante”. Questo stato che potremmo definire “terzo stato di coscienza” a ben rifletterci si presenta come una naturale e antichissima reazione dell’uomo finalizzata ad alleviare lo stress della sopravvivenza. Infatti, gli stati alterati (o modificati) di coscienza appaiono come un atavico e primordiale meccanismo naturale della psiche finalizzato a mantenere l’omeostasi psichica. Vedere un film, dunque, con il lieve stato di alterazione di coscienza che ne consegue, avrebbe un effetto benefico sulla psiche e sul corpo. Iniziamo le nostre Visioni con due film che ci proiettano nel mondo del virtuale che ha sempre un maggior impatto sulla vita reale delle persone.

Lei (Her) un film del 2013 scritto e diretto da Spike Jonze esplora una delle tematiche più dibattute negli ultimi anni: le nuove frontiere del rapporto tra uomo e computer. Il film descrive un futuro, molto più prossimo di quanto si vorrebbe credere, in cui i computer avranno un ruolo sempre più invasivo nella vita di ognuno di noi. Lo sceneggiatore ipotizza la nascita di un nuovo sistema operativo provvisto di tale intelligenza artificiale in grado di apprendere ed elaborare emozioni. Questo ovviamente rivoluzionerà inaspettatamente il rapporto con la tecnologia. La nuova frontiera della tecnologia consentirà di essere costantemente in contatto con il computer di casa tramite auricolari, comandi vocali e dispositivi video. Il protagonista infatti, reduce da una separazione, acquista il nuovo sistema operativo “OSI” basato su un’intelligenza artificiale che è in grado di essere in continua evoluzione, adattandosi alle esigenze dell’utente e addirittura mostrando uno sviluppo psicologico. Il rapporto tra il protagonista e “Samantha”, così si chiamerà il sistema operativo, diventa sempre più complesso configurando un vero e proprio rapporto amoroso con tutte le sue varianti emozionali. La condivisione delle proprie esperienze, la gelosia, il panico per l’assenza, una forma di sessualità, simile al sesso telefonico. Il rapporto tra i due diventa sempre più complesso e profondo, ma mostra il limite della mancanza della dimensione corporea. Il tentativo di affidare la parte corporea a una ragazza vera che dovrebbe impersonare (interpretare) Samantha consentendogli di avere veri e propri rapporti sessuali fallisce. Successivamente Samantha rivela che i sistemi operativi si stanno evolvendo e che intendono proseguire l’esplorazione della propria esistenza allontanandosi dagli umani. Samantha allude al fatto che l’enorme velocità di elaborazione e di evoluzione delle intelligenze artificiali

sta portando lei e i suoi simili sempre più lontano dalla percezione umana e gli è sempre più difficile riconoscersi nel rapporto con essi. Tristemente si dicono addio e lei scompare definitivamente dal computer del protagonista. Il film si conclude col protagonista che pur rammaricato accetta finalmente la fine del suo rapporto amoroso reale. Scrive alla sua ex partner scusandosi per quei suoi atteggiamenti che li hanno allontanati e spiegandole che tiene ancora a lei, pur accettando il fatto che hanno preso strade diverse.

Disconnect (2012) di Henry Alex Rubin. Tre storie diverse i cui personaggi sono accomunati dal dover fare i conti con una realtà, quella di Internet, che nasconde mondi dolorosi e trasgressivi, dove si annidano miserie umane. Storie che ci pongono di fronte a temi che sono diventati quotidiani nelle attività di noi psicologi come il cyberbullismo, le chat erotiche con minorenni, le truffe telematiche. Tutto questo avviene in un contesto relazionale i cui membri hanno gravi difficoltà di comunicazione. Nella prima storia un padre che si occupa proprio di crimini informatici non si accorge della solitudine del figlio orfano di madre, fino a quando non scopre che il figlio adolescente esercita cyberbullismo su un compagno che, continuamente umiliato, tenta il suicidio. Salvato in extremis dalla sorella, con la quale non aveva avuto mai un buon rapporto, entra in coma. Il padre di quest'ultimo comincia a fare ricerche fino a risalire al colpevole. Si reca a casa di questi ed ha uno scontro fisico con il padre di lui. La seconda storia ci fa vedere una giovane coppia che, in crisi coniugale dopo la morte del figlio neonato, si ritrovano in grosse difficoltà economiche a causa della clonazione della carta di credito grosse difficoltà. Nella caccia all'hacker i due si ritrovano, scoprendo l'amore che li unisce. Nella terza storia una giornalista, Nina, scopre una rete di siti Internet dove ragazzi giovanissimi offrono prestazioni sessuali in cambio di soldi e regali. Avvicina uno di questi ragazzi riuscendo a realizzare un'intervista che le dà notorietà riportando all'attenzione pubblica il mondo del cybersesso. Nina si affeziona al ragazzo dell'intervista e cerca di allontanarlo da quel mondo, ma con sua delusione scopre di essere impotente di fronte ad una realtà gradita a molti.

Il primo film ci riporta prepotentemente al nostro rapporto con i nuovi sistemi tecnologici di comunicazione, alla nuova dimensione di relazione umana dove viene meno la dimensione corporea. Il film è la rappresentazione della scissione mente-corpo tra le res cogitans (il pensiero) e la res extensa (il corpo) che produce una conoscenza parziale, confusa e ambigua della realtà vissuta. Infatti "l'identità virtuale" è caratterizzata dall'assenza della dimensione corporea, dalla modificabilità delle caratteristiche di riconoscibilità, dalla infinita capacità di stringere relazioni sociali, dalla natura contraddittoria e dal rapporto simbiotico-fusionale con l'identità reale. Il film rappresenta anche il fallimento delle relazioni virtuali come succedanee delle relazioni reali, ma ci dice che il virtuale è una forma di realtà e che il termine realtà virtuale non è un ossimoro in quanto il mondo virtuale non è meno vero di quello reale per gli effetti concreti che sempre produce nella vita delle persone. Credo, comunque, che la lettura di questo film sia di grande utilità per noi psicologi che quotidianamente ci confrontiamo con le problematiche, specialmente giovanili, legate alle nuove tecnologie che hanno invaso la nostra vita nelle sue radici emozionali. Credo, altresì, che questo film abbia una grande forza terapeutica. La sua visione può aiutare lo spettatore, attraverso l'induzione di quello "stato di coscienza modificato", ad accedere ad un'analisi profonda della relazione tra la nostra vita e la cosiddetta realtà virtuale. Il secondo film esplora gli effetti distruttivi di Internet in un mondo sempre connesso e ci pone di fronte alla grande responsabilità del controllo di questo strumento, ormai planetario. Le storie del film ci pongono di fronte a problematiche ormai entrate nella nostra vita quotidiana: il controllo genitoriale sui figli nell'utilizzo dei nuovi strumenti tecnologici, la cecità dei genitori che sono sempre più distanti dai figli, la vulnerabilità della nostra vita affidata alla tecnologia, le perversioni e l'alienazione in cui precipitano specialmente gli adolescenti. "Una cosa è certa. Tutti abbiamo a che fare con questo mostro. Tutti ormai usiamo più le dita su dei tasti che per cingere mani altrui. Tutti siamo sempre più connessi a questa magnifica, insostituibile, terribile e disumana rete. E più siamo connessi più siamo sconnessi dalla vita vera. Appunto... Disconnect."

Indirizzo per la corrispondenza

Sandro Autolitano
Dirigente Psicologo, Consultorio Familiare
ASP 5 Reggio Calabria
c/o Ospedale Melito P.S.
sandro.autolitano@libero.it

3 EDITORIALE
di ARMODIO LOMBARDO

4 CONVERSARE CON
Riflessioni dal congresso ECP Milano 2015
di ANGELA PIATTELLI

7 NEUROESTETICA
*Arte e percezione visiva
Integrazione tra psicologia e neuroscienze*
di PATRIZIA SANTAGATI, SAVERIO SERGI

12 RIFLESSIONI ALLO SPECCHIO
*Lo specchio e lo sguardo di Medusa
Caos, smarrimento e frammentazione del sé*
di GAETANO MARCHESE

20 PSICOPREVENZIONE
La psicologia perinatale
di MARIA CECILIA GIOIA

23 PSICOPEDIATRIA
*Contributo per un modello di intervento
psicologico nel contesto ospedaliero pediatrico:
l'esperienza dell'U.O.C. di Pediatria dell'A.O. di Cosenza*
di MARIA BORSELLI

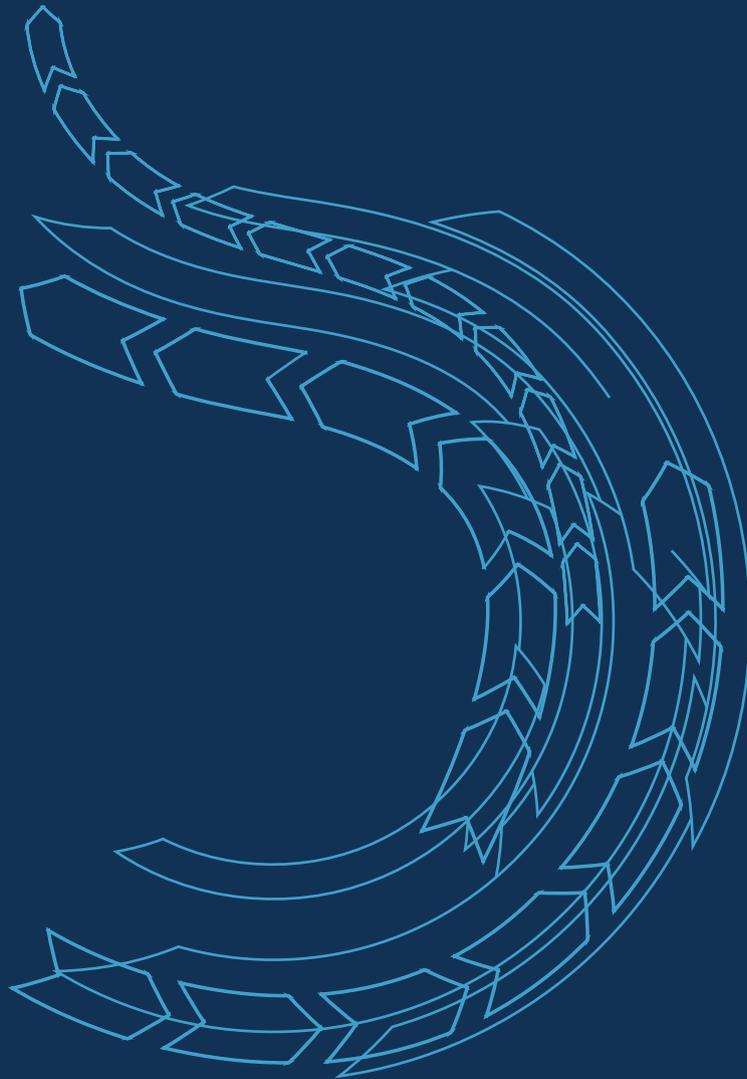
30 BEST PRACTICE
*L'esposizione in Realtà Aumentata
nel trattamento delle Fobie*
di CARLA LO GIUDICE

35 PROFESSIONE E CONSENSO
Il consenso informato in ambito consultoriale
di ALESSANDRA POLIMENO

43 RECENSIONI
Dal Daimon alla magia
di FRANCESCO LANDO

43 CINECONNESSIONI
Visioni e Cinema. Stati modificati di coscienza
di SANDRO AUTOLITANO





RIVISTA SCIENTIFICO-DIVULGATIVA DELL'ORDINE
DEGLI PSICOLOGI DELLA CALABRIA

PSI  **PSICOLOGIA**
ALABRIA 

postatarget
creative

S/CZ26/2010 Valida dal 18/05/2010

Posteitaliane