

PSICOLOGIA CLINICA PSICOTERAPIA OGGI

Periodico scientifico



● IL PRIMO COLLOQUIO SECONDO IL MODELLO STRATEGICO INTEGRATO: UN CASO CLINICO

● IL PENSIERO DI IRVIN D. YALOM: ANALOGIE CON IL MODELLO STRATEGICO

● LA FORMAZIONE IN AMBITO DEONTOLOGICO SECONDO L'APPROCCIO STRATEGICO INTEGRATO: RIFLESSIONI E PROSPETTIVE

● GENOMICA PSICOSOCIALE: IL PROCESSO CREATIVO A 4 STADI. PRESENTAZIONE DI UN CASO CLINICO.

L'APPLICAZIONE DELL'ARTICOLO 14 DEL CODICE DEONTOLOGICO DEGLI PSICOLOGI AL LAVORO TERAPEUTICO NEI CONTESTI DI GRUPPO

● LA NASCITA DELLA PSICOLOGIA COLLETTIVA: STORIA E TEORIA

Periodico scientifico

PSICOLOGIA CLINICA & PSICOTERAPIA OGGI

Direttore editoriale:

Giovanna Celia

Direttore responsabile:

Luigi Sepiacci

Comitato scientifico:

Mauro Cozzolino

Enrico Maria Secci

Comitato di redazione:

Orakian Morris

Simona Abate

Francesco Sessa

Maria Scribano

Francesca Marino

Giulia Bresolin

Margherita Baione

Segreteria di Redazione

Annarita Sidari

Progetto grafico:

ABAV – Viterbo

Dipartimento Grafica

Prof. **Fabrizio Pinzaglia**

Redazione:

Psicologia Clinica e

Psicoterapia Oggi

Via del Serafico, 3

00142 Roma

Editore:

eM EDIZIONI
MAGO SRL

Via del Serafico, 3

00142 Roma

Periodico trimestrale tecnico scientifico

Iscritto al n. 99/2007

Registro della stampa – Tribunale di Roma

La rivista ospita complessivamente le seguenti sezioni:

Psicoteoria

la sezione ospita lavori di tipo teorico, tipo rassegne critiche di letteratura e/o studi che propongono modelli concettuali ed ipotesi interpretative originali.

Psicoempiria

la sezione ospita ricerche basate su dati originali.

Il punto di vista

la sezione ospita commenti, articoli o interviste di autori di fama e/o esponenti istituzionali sul tema del numero o su eventi culturali legati alla professione clinica.

Traduzioni

la sezione ospita traduzioni di lavori della letteratura internazionale di rilevante interesse scientifico-professionale.

Schede informative

la sezione ospita lavori volti a presentare aspetti salienti della professione clinica (nuove prospettive lavorative, cambiamenti normativi, aspetti fiscali).

Recensioni

la sezione ospita recensioni di testi, articoli, convegni e workshop.

La finestra sul mondo

la sezione ospita la presentazione di esperienze professionali e/o di formazione/aggiornamento all'estero.

Esperienze

la sezione ospita lavori su casi clinici.

Psicoterapia Strategica Integrata

la sezione ospita lavori teorici e/o di intervento inerenti il modello strategico integrato.

Le sezioni non sono fisse ma variano a secondo dei numeri e dei contributi raccolti e accettati per la pubblicazione.

Il direttore

Giovanna Celia



Per la pubblicità su:

Psicologia Clinica & Psicoterapia Oggi

Contatti:

Email: abbonamenti@edizionimago.it

Tel. **06.51.96.37.37**

Editoriale

Pag. 2

Psicoterapia Strategica Integrata

IL PRIMO COLLOQUIO SECONDO IL MODELLO STRATEGICO INTEGRATO: UN CASO CLINICO

di Marta Podda

Pag. 4

IL PENSIERO DI IRVIN D. YALOM: ANALOGIE CON IL MODELLO STRATEGICO

di Francesco Sessa e Rosella Citro

Pag. 14

LA FORMAZIONE IN AMBITO DEONTOLOGICO SECONDO L'APPROCCIO STRATEGICO INTEGRATO: RIFLESSIONI E PROSPETTIVE

di Maria Scribano

Pag. 18

GENOMICA PSICOSOCIALE: IL PROCESSO CREATIVO A 4 STADI. PRESENTAZIONE DI UN CASO CLINICO.

di Mariagrazia Graziano

Pag. 30

L'APPLICAZIONE DELL'ARTICOLO 14 DEL CODICE DEONTOLOGICO DEGLI PSICOLOGI AL LAVORO TERAPEUTICO NEI CONTESTI DI GRUPPO

di Arianna Specchio e Sara Velardi

Pag. 40

Psicoteorie

LA NASCITA DELLA PSICOLOGIA COLLETTIVA: STORIA E TEORIE

di Sara Velardi e Arianna Specchio

Pag. 46





Cari lettori,

con grande gioia voglio annunciarvi che il **12 Dicembre** prossimo, io e il professore Cozzolino, rispettivamente Presidente del Comitato Scientifico e Membro del Comitato Scientifico, parteciperemo come relatori al **13° International Ericksonian Congress in Phoenix** - Arizona, organizzato dalla **Milton Erickson Foundation**. Essere al fianco di maestri quali Ernest L. Rossi, Roxanna-Klein Erickson (figlia di Milton Erickson co-fondatrice della Milton Erickson Foundation), Kathryn Lane Rossi e molti altri, è per noi motivo di grande orgoglio personale e professionale. L'Ericksonian Congress, infatti, si tiene negli Stati Uniti e riunisce solo ricercatori e clinici che hanno contribuito in modo fattivo all'evoluzione della psicoterapia. Come qualcuno ricorderà, già tre anni fa abbiamo potuto partecipare a questa fantastica esperienza avvalorata e sancita da un premio ricevuto proprio in occasione della manifestazione: il "Distinguished Investigator Achievement Award".

Questo prestigioso riconoscimento ha svolto per noi, negli anni a seguire, una duplice azione: in primis ha restituito energia ai nostri sforzi finalizzati all'integrazione e all'evoluzione del modello strategico, nella ricerca dell'innovazione e nella promozione dello stesso; contemporaneamente ci ha investiti di un'ulteriore energia propulsiva e senso di responsabilità per continuare a portare avanti un lavoro finalizzato allo sviluppo del Modello e della Nostra Scuola.

Questi tre anni sono stati, infatti, anni di grande attività durante i quali abbiamo portato avanti significativi progetti che hanno coinvolto gli ex studenti in nuove opportunità professionali al fine di creare un grande movimento culturale e scientifico che coinvolgesse il Presente, il Passato e il Futuro. Tra i vari progetti, quello che presenteremo il 12 Dicembre 2019, in occasione della prima giornata del Congresso (trova-

te le informazioni sui relatori delle varie giornate visitando il sito <https://www.ericksoncongress.com/schedule/>) ha come titolo "How to Translate Erickson's Utilization Principle into Terms of Chrono-Bio-Genomics in Order to Obtain Epigenetic Effects Both in Psychotherapy and with Breast Cancer Patients". Illustreremo come il classico principio di utilizzazione di Erickson può essere tradotto in termini crono-bio-genomici. Da qualche tempo, infatti, stiamo lavorando su questo percorso per sviluppare (Rossi et al., 2006) le possibili implicazioni crono-bio-genomiche (Cozzolino e Celia, 2015) e tradurle in pratica terapeutica anche nel contesto oncologico. Questi aspetti sono stati integrati nel paradigma della genetica psicosociale (Rossi, 2002) e in un metodo di trattamento specifico chiamato MBT-T. Spiegheremo come il metodo MBT-T attua una trasformazione terapeutica del gene mente-corpo in pazienti affetti da carcinoma mammario, seguiti in psicoterapia. La qualità innovativa di MBT-T risiede nella sua capacità - in una singola sessione - di ridurre lo stress, indurre effetti epigenetici e attivare i geni associati a una riduzione dei processi infiammatori e al rafforzamento del sistema immunitario (Cozzolino et al. 2017).

Tra i vantaggi di MBT-T c'è la possibilità di ottenere questi risultati anche in gruppi di medie e/o grandi dimensioni.

Gli articoli che troverete in questo numero della rivista sono frutto dell'impegno di terapeuti giovani e meno giovani con i quali condividiamo il nobile intento di diffondere la psicoterapia strategica integrata come modello di intervento attento a tematiche innovative e attuali ma, con uno sguardo sempre attento e consapevole alle proprie radici storico-culturali.

In attesa del grande evento vi auguro buona lettura.

Il direttore editoriale

Dr. Giovanna Celia

COMPLESSO SCOLASTICO
SERAPHICUM



La Scuola

Il complesso scolastico



Il Serafino



Complesso Scolastico



Seraphicum

Secondaria
di I grado

Secondaria
di II grado

Corsi



ECDL



Scupsis



DM n. 509 del
1998, con decreto
direttoriale del
31/07/2003

Scuola di Psicoterapia
Strategia Integrata



Corsi di lingue



Cambridge English



CAMBRIDGE ENGLISH
Language Assessment
Authorised Open Centre



Ministero dell'Istruzione
dell'Università e della Ricerca

A.N.I.N.S.E.I.
CONFINDUSTRIA FEDERATIVE
Scuola Associata



United Nations
Educational, Scientific and
Cultural Organization

Member of



UNESCO
Associated
Schools

© 2016 - Powered by Digiting - Hosting by Crluma

www.seraphicum.com

IL PRIMO COLLOQUIO SECONDO IL MODELLO STRATEGICO INTEGRATO: UN CASO CLINICO

di Marta Podda

Abstract

L'obiettivo di questo articolo è raccontare il primo colloquio secondo il modello strategico integrato facendo particolare riferimento ai concetti di restituzione e di riformulazione. Ciò verrà fatto, dopo brevi cenni teorici, attraverso il racconto del caso di Viola una ragazza che arriva ad un primo colloquio portando i sintomi di paura che sente in aereo, che verranno poi riletti come paura separativa. Verrà altresì spiegato il suo sistema percettivo-reattivo, come e perché si è irrigidito, con quali comportamenti si esprime e quali vantaggi lo mantengono.

Cenni metodologici

Il primo colloquio secondo il modello strategico integrato si muove nel rispetto di due principi che si legano tra loro, quasi a formarne uno solo: quello della restituzione e quello della riformulazione.

Il primo implica che, al termine del primo colloquio, la persona abbia qualcosa in cambio, così come un cliente che acquista un prodotto, la persona che esce dal nostro studio deve aver qualcosa in più rispetto a quando è entrata. Per dirla con Semi (Semi, 1985 pg. 32):

“il paziente uscendo dal primo colloquio deve aver ricevuto almeno quanto ha dato” .

Egli infatti, venendo da noi si mette in gioco, spende molte energie mentali ed emotive per spiegare la sua sofferenza e, nel rispetto di questo lavoro che compie, deve avere un immediato ritorno.

Il secondo principio è legato al concetto di realtà di secondo ordine, caratteristico del costruttivismo. Ogni paziente porta al terapeuta una propria visione, del mondo e del problema, che è rintracciabile nelle sue narrazioni. Compito del terapeuta è intercettare questa visione, rileggere le narrazioni, stabilire nuovi nessi sulla base delle ipotesi che ha formulato e capire *come* questa percezione influenzi le sue interazioni. Si esamina così il sistema percettivo-reattivo al fine di individuare le tentate soluzioni disfunzionali che la persona ripropone e mantengono il problema ((Watzlawick et al., 1974; Nardone, 1990; Watzlawick, Nardone, 1997). Oltre a ciò, come strategici-integrati, ci chiediamo anche *perché* il paziente ha avuto bisogno di irrigidire il suo schema di relazione

“il sistema percettivo-reattivo rigido si esprime con un tentativo perseverante a individuare sempre la stessa strategia che può in passato essere stata utile nella risoluzione di un problema, ma che nel contesto in cui si trova ora la persona può essere un inutile condotta se non addirittura controproducente” (Celia, 2016 pg 67) .

La necessità di capire il *perché* del sistema percettivo-reattivo, e la successiva elaborazione che se ne farà nel corso della terapia, ci differenzia dal modello strategico breve. Per noi strategici-integrati questa necessità è legata all'idea che la comprensione empatica del nucleo profondo che ha originato il problema consenta di costruire interventi e prescrizioni "su misura" e più efficaci, faccia sentire al paziente il valore della sua storia, permetta ristrutturazioni di significati più solide modificando il sistema percettivo-reattivo in modo più stabile. Si previene così l'irrigidimento di altri schemi di relazione e la comparsa di nuovi sintomi.

Il terapeuta strategico-integrato deve dunque riformulare e restituire. E' esattamente questo che ottiene il paziente uscendo dalla nostra stanza, quel "qualcosa in più" altro non è che una chiave di lettura nuova del suo problema, ovvero un problema "ristrutturato". Tali principi hanno un valore strategico intrinseco e predefinito: nel caso in cui la persona decida di intraprendere un percorso terapeutico, favoriranno l'alleanza e la responsabilizzazione del paziente; nel caso in cui decida di non iniziare una terapia, saprà dell'esistenza di una nuova strada percorribile per fronteggiare la sua sofferenza.

Restituzione e reciprocità si inseriscono in un concetto di primo colloquio visto come "*gestalt chiusa*" (Celia, 2016 pg. 70): uno spazio unico di incontro, irripetibile, diverso dagli altri. Questo momento viene pensato e condotto come una struttura unitaria, con un inizio ed una fine. Adeguiamo di conseguenza anche il setting, stiamo tendenzialmente alla scrivania, e lasciamo la persona libera di prendere appuntamento o di riflettere su quanto proposto.

Ma come si arriva a riformulare?

Quella della riformulazione è la terza delle 5 specifiche fasi già descritte da Semi (1992; 2002) e cui si arriva dopo la fase di accoglienza e quella libera.

1. Fase di accoglienza. E' il primo momento di incontro tra paziente e terapeuta, il terapeuta crea le condizioni per mettere a proprio agio il paziente, che viene per l'appunto accolto, attraverso la presentazione reciproca, l'esplicitazione del segreto professionale e del tipo di raccolta dati che il terapeuta intende fare.
2. Fase libera: è quella in cui il paziente viene lasciato libero di esporre i motivi che l'hanno condotto da noi. In questo momento il terapeuta strategico-integrato costruisce e verifica le proprie ipotesi formulando domande aperte, le cui risposte lo orienteranno sulla valutazione e sulla diagnosi. Per tali ragioni in questa fase è indispensabile comprendere:
 - Cosa sta accadendo nella vita del paziente che lo porta a chiedere aiuto proprio adesso.
 - Le generalità del sintomo, ovvero dobbiamo ricostruirne la storia. Ci muoviamo in questa fase con l'intento di raccogliere informazioni su quando il disturbo è nato, in che momento della storia del paziente è comparso la prima volta, quali bisogni segnalava, come si è evoluto e costruito nel tempo, come si manifesta ora (intensità e circostanze), le tentate soluzioni del soggetto, le risposte dei sistemi, i vantaggi. Nel raccogliere queste informazioni l'attenzione è riposta al sistema - percettivo-reattivo del paziente (Nardone, 1990, 1991) ovvero sulle sue modalità ridondanti di percezione e reazione nei confronti della realtà e su come questo si è formato.

3. Fase della riformulazione. E' il momento in cui il terapeuta rilegge le narrazioni del paziente stabilendo nessi logici e significati sulla base delle ipotesi che ha formulato. Per poter riformulare bisogna tener conto del motivo che ha spinto la persona a ricercare aiuto e dell'effetto che il disturbo (o problema) ha nei sistemi in cui la persona interagisce. In questa circostanza il terapeuta offre al paziente una nuova lettura dei significati del sintomo che egli porta. E' il momento in cui viene rivelato al paziente perché il problema persiste nonostante il suo sforzo di liberarsene, si scoprono così i vantaggi del sintomo. Il terapeuta dunque riformula, offrendogli altri punti di vista che iniziano immediatamente, a scuotere e turbare il suo sistema percettivo-reattivo. Durante la riformulazione, svelando i vantaggi attuali del sintomo, il nostro terapeuta restituisce responsabilità, potere di cambiamento e dignità al paziente: egli non viene visto elemento come passivo e dipendente ma, al contrario, attivo costruttore della proprio problema e con un forte potere di cambiamento.
4. Feedback: In questa fase viene ridefinito, esplicitato e negoziato il problema insieme al paziente.
5. Proposta di contratto terapeutico. Al termine del primo colloquio, il terapeuta strategico integrato condivide con il paziente il contratto terapeutico, ovvero concorda con lui i risultati da ottenere, la durata e le condizioni del trattamento terapeutico, spiega il modello e l'importanza delle prescrizioni.

Queste fasi sono tutte indispensabili per consentire al terapeuta di capire il funzionamento mentale del paziente, formulare una diagnosi che complessa, che accompagni quella strutturale, ipotizzare un piano terapeutico da proporre e ognuna deve essere accompagnata da un atteggiamento terapeutico caratterizzato da ascolto empatico, attenzione e curiosità.

Il primo colloquio di Viola

Vengo contattata da Viola dopo aver ricevuto la chiamata di una collega che mi dice di aver dato ad un conoscente il mio numero di telefono. Nella sua prima chiamata Viola preannuncia di essere una studentessa al secondo anno di psicologia, fa tante domande su come lavoro e sul modello terapeutico che adotto. Dice di avere un problema urgente del quale volermi parlare. Fisso così un appuntamento nel mio studio, provo a darle indicazioni su come arrivare e mi dice che non ne ha bisogno.

Il giorno concordato è in anticipo di 25 minuti rispetto all'orario stabilito. Le apro, le stringo la mano, mi presento velocemente e le chiedo di aspettare nella sala d'attesa. Porta i capelli lunghi e neri, lo sguardo è attento, il viso appare pallido, ha l'aspetto ben curato ed è vestita in modo semplice.

Appena arriva l'orario del suo appuntamento la faccio accomodare e, per sciogliere il ghiaccio, come abitualmente uso fare, le chiedo se ha avuto difficoltà a trovare lo studio, come è arrivata, da dove arriva... Risponde di non aver avuto difficoltà perché usa sempre Google e di aver preparato il tragitto la sera. Le dico poi che il nostro colloquio durerà circa un'ora, tempo necessario a me, per capire se e come io la possa aiutare, a lei, per capire se io possa essere la persona giusta per aiutarla. In genere uso questa formula per rimandare da subito alla persona l'idea di unicità dell'incontro e come questo non debba dare obbligatoriamente inizio ad un percorso di terapia. Con questo messaggio voglio anche

lasciare la possibilità che chi ho di fronte si prenda la libertà e di comprendere se sente sintonia con me, la restituzione che darò e il tipo di approccio che uso. Rimando, inoltre, alla persona la responsabilità della scelta.

Le dico altresì che sono coperta dal segreto professionale e che abitualmente uso prendere degli appunti durante le sedute. Le chiedo, infine, qual'è il motivo che l'ha spinto a chiamarmi.

Viola, come già aveva anticipato al telefono, ribadisce di essere studentessa di psicologia e giustifica le domande fatte sul metodo dicendomi di essere contraria ad un approccio psicoanalitico e di avere un tipo di problema adatto ad una terapia di tipo cognitivo comportamentale. Colpita da queste affermazioni, le raccolgo e, parallelamente, le utilizzo per iniziare a formulare ipotesi sul suo funzionamento relazionale. Inizio cioè a ipotizzare che Viola sia una persona che, nell'interazione con l'altro tende, a mantenere il controllo e, dentro di me, inizio anche a chiedermi a cosa potrebbe servirle questo controllo.

Mentre parla mi dice di avere 22 anni e racconta di essere venuta per un problema (a detta sua) specifico e circoscritto. Lo nomina in prima battuta *paura di volare* e successivamente *paura dell'aereo*. Le chiedo meglio di raccontarmi di questa paura con l'intento di raccogliere dati sulla storia del sintomo. Inizia così a raccontare per circa 15 minuti, in maniera logorroica e ansiosa, di tutti i viaggi in aereo che ha fatto da quando era piccola ad ora concentrandosi meticolosamente su un episodio successo quando aveva 9 anni: mentre viaggiava un uccello finì nel motore facendo sobbalzare lei e gli altri passeggeri a bordo. Questo episodio, non compromise tuttavia la sua possibilità di viaggiare, ma nell'ultimo viaggio, mentre andava a trovare un amico, sentì un'ansia incontrollabile e iniziò a pensare che potesse succedere qualcosa. Associa la paura alla tensione che avverte nel "momento in cui l'aereo decelera e sente il vuoto d'aria. Afferma che ogni tanto le accade anche in ascensore, quando sente il momento di vuoto, appena prima che questo si fermi. Viola spiega di avermi contattato adesso perché, in procinto di partire per il Giappone, dato il lungo viaggio che l'aspetta, vorrebbe superare la sua paura.

Mentre parla sento che la mia attenzione vuole spostarsi dalla paura dell'aereo ed è più orientata ad approfondire il vuoto che ha più volte nominato. La sento però molto difesa, decido quindi di continuare a raccogliere dati non condividendo subito il mio pensiero e assecondando ancora il suo bisogno di stare su quello che credo sia un falso problema.

Le chiedo dunque di raccontarmi meglio il tipo di viaggio che andrà a fare venendo così a sapere che Viola partirà per andare a trovare un suo amico, Sergio, e nel parlargli di lui, sottolinea più volte di credere moltissimo nell'amicizia e nel fatto che le amicizie vadano curate ad ogni costo. Quindi viaggia spesso perché va a trovare le tante amicizie in giro per il mondo. Sempre nella mia testa mi chiedo se i viaggi e le amicizie a tutti i costi non siano una forma di riempimento del vuoto.

Le chiedo qualcosa di più su Sergio ed emerge come egli sia più di un amico. Stanno insieme da tre anni e mezzo, tira e molla, ma non hanno trovato ancora un equilibrio. Prima che partisse lei ha rotto con lui e Sergio ha accettato questa sua decisione. Lei poi l'ha ricercato perché non è nel suo stile chiudere definitivamente, e perché si sente in colpa se lo fa. Crede che si possa restare amici, sente regolarmente ogni suo ex. Mentre Viola racconta

del rapporto con Sergio avverto tutta la sua rigidità relazionale: ragiona in termini di giusto/sbagliato, corretto/scorretto, si fa/non si fa... .

A questo punto del colloquio la sento più pronta ad aprirsi e decido quindi di farle domande sui suoi rapporti interpersonali per capire meglio lo schema di relazione. Tutte le storie affettive che Viola ha avuto sono state caratterizzate da chiusure molto tormentate fatte di tira e molla continui e che si chiudevano definitivamente solo dopo l'inserimento di un nuovo ragazzo. Viola è dall'età di 14 anni che non resta sola, età in cui ha avuto il primo ragazzo. Mentre mi parla fa riferimento alla sua fatica nel prendere le decisioni in maniera autonoma, ha paura di ferire l'altro e si sente egoista se pensa a sè. Non solo tiene contatti con ogni suo ex, ma mantiene le amicizie femminili anche se non ha piacere nella frequentazione o sente di dare più di quello che riceve. Riporta di tempi lunghissimi per prendere decisioni, l'impossibilità di dire no, la tendenza ad assecondare aspettative dell'altro a mettersi da parte per realizzare quelli altrui. Le chiedo se ha mai sbagliato, non riesce a raccontarmi di nessun errore, tiene l'orologio con 15 minuti di anticipo per non fare tardi, non dimentica un compleanno. Questo comportamento ligio al dovere relazionale cui si attiene lo pretende anche dagli altri: devono capire che è triste anche se lei non lo dice, devono intuire cosa vuole se non lo esprime, devono darle attenzione e prendersi cura come lei vorrebbe. Va in allarme quando ciò non avviene perché si sente sola e non voluta. E' quindi gelosa, richiedente, pretende attenzioni, estremamente attenta ad analizzare e giudicare come si muove l'altro nei suoi confronti interpretando il fare in termini di dimostrazione affettiva. Le narrazioni sulle sue relazioni risultano tutte ambivalenti. Non riesce ad utilizzare la rabbia in modo sano: quando l'altro mostra nei suoi confronti comportamenti che lei giudica sbagliati ha degli scatti d'ira, poi si sente in colpa e giustifica l'altro assumendone il punto di vista e perdendo il proprio. Lo stile relazionale che adotta è basato sul controllo proprio ed altrui. Mi faccio l'idea che questa modalità le serva per non affrontare la paura della separazione e della solitudine.

Mi chiedo che effetti abbia sulle persone: *“Come ti considerano gli altri?”* Le chiedo. Risponde che ha un sacco di amici che fanno di poter contare su di lei che hanno tutti un buon giudizio di lei e chi ha un problema la chiama per prima. La cercano tutti ed è nominata come l'organizzatrice di serate ed uscite, riceve spesso complimenti per quello che fa e per la sua affidabilità. Questi comportamenti si nutrono dunque del riconoscimento altrui.

A questo punto mi è chiaro e confermato il vantaggio del tenere l'altro a sè e la paura di stare da sola separandosi e differenziandosi. Non mi spiego ancora perché abbia così tanta paura di separarsi dall'altro, da dove arrivi e perché sia così faticosa per lei, perché ancora non abbia nominato nessuno dei suoi familiari, che storia di attaccamento abbia e che cosa succede se sta sola... . Proseguo in questa fase, soffermandomi sull'ansia evidente che sento in Viola, ma di cui lei non parla, chiedendole esplicitamente *“che mi dici della tua ansia?”* . Viola rimane stupita, inizialmente si chiude, mi chiede di quale ansia io stia parlando. Non rispondo a questa domanda e dopo qualche momento di attesa lei riprende il discorso dicendomi che è un po' di tempo 3-4 anni che sente dei bruciori allo stomaco e che non avendo trovato spiegazione sullo stile alimentare ha effettivamente pensato che potessero avere origine ansiosa. Le chiedo di raccontarmi la volta più antica in cui si ricorda che le sono

venuti questi bruciori. Li collega alla morte del padre avvenuta all'età di 13 anni. Vengo dunque a conoscenza del fatto che Viola ha perso il padre per un infarto e che a causa della sua morte la madre ha smesso di occuparsi di lei e della sorella più piccola per far fronte, lavorando su turni anche di notte, ai bisogni economici familiari. Della madre parla in modo ambivalente, da un lato giustificandola e proteggendola per la sua assenza, dall'altro lato esprimendo disappunto e punte di rabbia per le sue mancanze affettive e per essersi sentita improvvisamente abbandonata. Attualmente la mamma continua a lavorare ma Viola dice che nel tempo è stata lei a doversi far carico sia della tristezza della mamma (che definisce depressa) sia dei bisogni della sorella perché la mamma non è in grado di occuparsene perché stanca e triste. Si sente bene nel vedere che la mamma apprezza questo suo farsi carico e quando la ringrazia dicendo che di lei non si può fare a meno. Non condivide invece il menefreghismo della sorella e le preoccupazioni che induce nella mamma con i suoi comportamenti "ribelli". Viola tiene il rapporto con la madre prendendosi cura di lei, facendo per lei e cercando di alleviare le sue sofferenze mettendo spesso da parte i suoi desideri e recitando la parte della figlia perfetta. Ha generalizzato questa sua modalità nelle altre relazioni, costruisce così i suoi legami e ottiene come vantaggio riconoscimento e vicinanza delle persone.

Il rapporto col padre viene descritto come esclusivamente affettuoso, comprensivo e tenero. Nel rispondermi su come abbia appreso la notizia della sua morte mi racconta di essersi sempre sentita in colpa verso di lui perché l'ultimo ricordo che ha è che quello stesso giorno avevano litigato. Dichiaro di non avere ricordi precisi su chi e come le abbia dato la notizia e riporta di aver vissuto "come in un limbo", per circa un anno dopo la sua morte, dettato da un profondo senso di solitudine da cui è uscita grazie alle amicizie ed al primo fidanzatino.

Tutte le domande su come era la famiglia prima della morte del padre, quali erano i rapporti fra loro hanno risposte idealizzate, veloci, chiuse. Viola difende molto questa parte della sua storia, cosa che decido di rispettare. Nonostante senta di dover approfondire gli stili di attaccamento per significare in modo più accurato lo stile relazionale di Viola. Ho la sensazione infatti che la relazione con la mamma fosse già disfunzionale prima del lutto del padre, ma so che non è il momento di metterla in discussione perché alzerebbe le difese, inoltre il lutto traumatico del padre, se letto come separazione improvvisa e non controllabile, mi permette di dare un primo significato alla paura che Viola mi porta. Provo dunque a ragionare sul sistema percettivo-reattivo recuperando gli elementi che mi hanno colpito di più: controllo, vuoto, paura della separazione, solitudine, lutto paterno, prendersi cura, riconoscimento.

Prendo l'ultimo anello della catena, il problema emergente, il sintomo, quello che spinge la ragazza da me: la paura dell'aereo e lo lego al fatto che viene percepito insieme ad un vuoto che non è possibile controllare. Ipotizzo che la mancanza di controllo e il vuoto che ne consegue possano essere legati: in prima battuta al lutto traumatico del papà e, secondariamente, alla perdita delle attenzioni materne (ammesso che prima ci fossero, mi mancano infatti i dati sull'infanzia).

Il legame materno è la matrice dei comportamenti di cura e incoraggia il controllo e la disattenzione verso sé stessa, illudendola di una falsa autonomia e una falsa capacità di prendersi cura di sé stessa. La paura della separazione si sovrappone alla paura della solitudine e richiamano il vuoto della perdita traumatica motivando uno schema comportamentale basato sul controllo e sull'occuparsi dell'altro e soddisfarlo pur di non stare da sola. Il problema si mantiene coi comportamenti di controllo e cura che sono la sua soluzione. Il vero problema è dunque la soluzione.

Viola, mi dico, ha bisogno di elaborare il lutto paterno, la mancanza affettiva della mamma e di fare nuove esperienze separative che siano emozionalmente correttive, di imparare a stare da sola, ascoltarsi, dare significati al vuoto e fare per se stessa. Per fare ciò bisogna prima di tutto scuotere il sistema percettivo-reattivo smontando la soluzione tentata, arrivando al nodo e offrendo poi soluzioni più funzionali.

Chiedo a Viola che cosa, se noi avessimo lavorato insieme, le avrebbe fatto capire che si stava procedendo nella giusta direzione. Viola mi dice di voler diventare una persona che prende le decisioni per sé in maggiore autonomia, senza troppo preoccuparsi dell'opinione dell'altro. Mi accorgo così che la ragazza ha già iniziato a ridefinire il suo problema ed è propensa a pensare il suo disagio in termini di opportunità di cambiamento, caratteristica essenziale per una terapia evolutiva anche a diagnosi (strutturale e complessa) che completano la mia valutazione sostengono la sua idoneità. Decido dunque di rendermi disponibile ad iniziare un lavoro terapeutico con lei, ma nel farlo riformulo il suo problema collegandolo a quello che lei ha portato. Lo faccio stando attenta a riprendere la sua richiesta iniziale e ricalcando il suo linguaggio per agganciarla. Oscilliamo così, in maniera morbida e fluida, tra la fase di riformulazione e quella di feedback, e restituisco a Viola un problema diverso.

Le dico che, da quello che mi ha raccontato, più che paura dell'aereo mi sembra che lei abbia paura del vuoto, che il vuoto arriva quando non ha il controllo, che succede così in aereo ma anche nelle relazioni. Sostengo questa prospettiva riportandole i suoi racconti relazionali. Le faccio vedere che le risposte di rabbia che arrivano quando percepisce l'assenza dell'altro sono relative alla paura della separazione e che anche i tira e molla continui si spiegano con questa paura. Le spiego che i comportamenti di controllo sono le sue "tentate soluzioni" per risolvere la paura di separarsi riferendole che l'estrema attenzione e cura che mette nelle relazioni e sue rigide regole relazionali (arrivare in anticipo, non dire no, non deludere, prendersi cura, anteporre l'altro, non ascoltarsi...) contengono tutti aspetti di controllo che le consentono di non allontanarsi dall'altro e di non far allontanare l'altro. Così facendo lei non rischia mai di stare da sola e tiene i legami, ma tutto ciò va a discapito della sua autonomia e della sua possibilità di fare le cose per sé.

A questo punto inizia a preoccuparsi di sé stessa e dell'immagine che mi sta dando, mi dice che forse non è altruista, che è una cattiva persona e che quello che sta vedendo non le piace.

Le dico che secondo me questa modalità le è stata molto utile in passato, ad esempio le ha permesso di sopravvivere alla condizione di solitudine in cui si è trovata dopo la perdita del papà. Le dico che facendo così ha probabilmente trovato l'unica soluzione che potesse funzionare per uscire dal limbo, che è stata comunque capace di trovare un modo per stare a galla. Ora tuttavia il suo problema è proprio il controllo che impedendole di ascoltarsi non la

rende autonoma. Le dico che è arrivato il momento di ascoltare il vuoto, dargli voce, riempirlo di cose più sane, capire come farsene carico, così da acquistare sicurezza, poter essere autonoma e poter “volare senza paura”.

Negoziemo dunque gli obiettivi del progetto terapeutico definendo i comportamenti di controllo come punto di partenza e la sua autonomia come obiettivo finale e concretizzandoli nei seguenti risultati:

- Ripensare al papà senza senso di colpa
- Dire no alla mamma
- Prendere l’aereo senza avere paura del vuoto
- Tenere fede alla sua idea
- Decidere se stare o no con il fidanzato

Tengo per me i macro obiettivi che riflettono i risultati concordati con la paziente e definibili in:

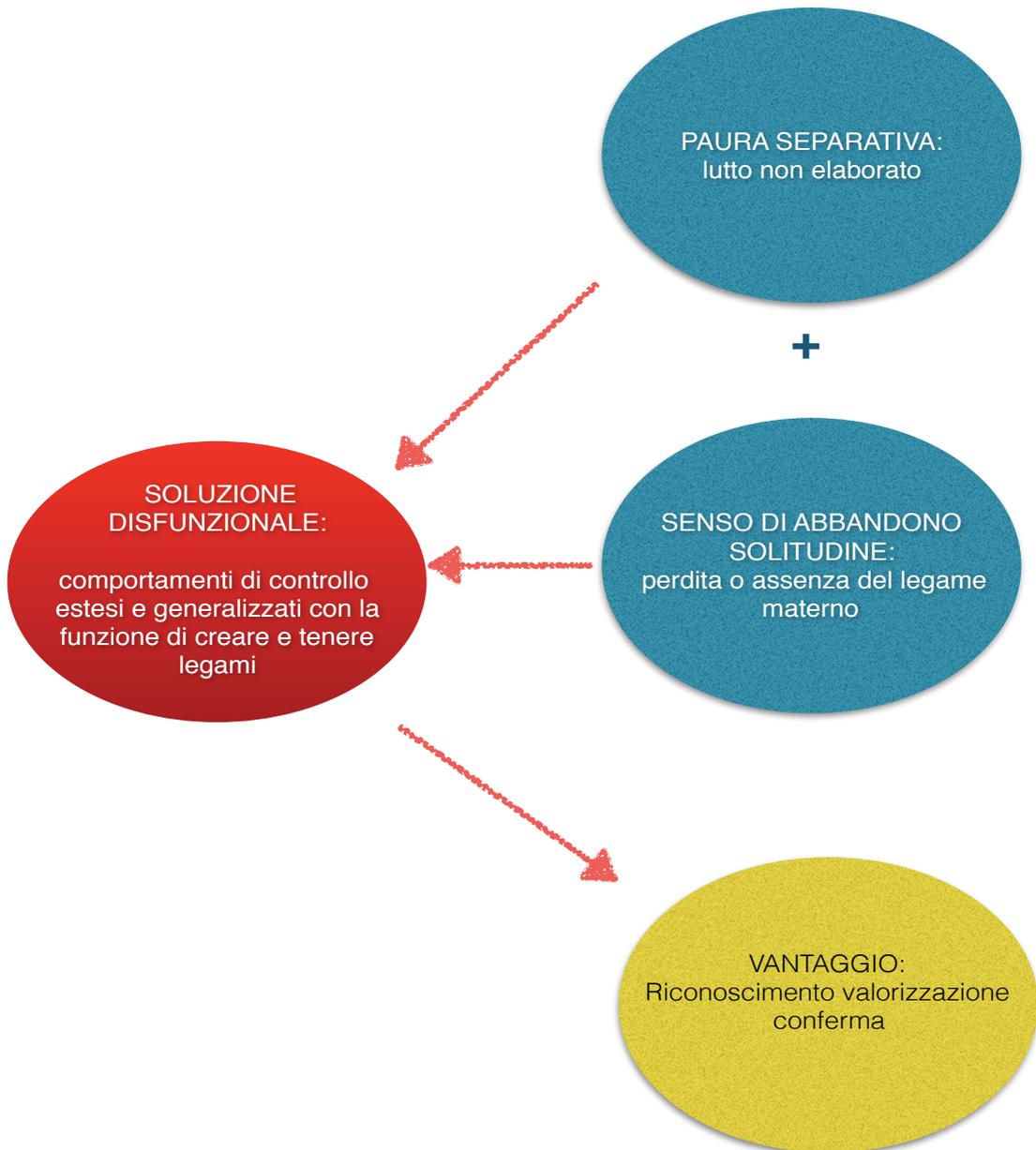
- Maggiore consapevolezza di sé e del proprio stile relazionale
- Acquisizione stile relazionale più funzionale
- Consapevolezza e regolazione emotiva
- Elaborazione lutto paterno
- Svincolo materno
- Separazione Individuazione

Definiamo infine le condizioni economiche, frequenza delle sedute e durata del percorso. Le parlo del modello strategico integrato ponendo enfasi sull’indispensabilità delle prescrizioni e dell’azione settimanale per favorire il cambiamento concordato. Le chiedo se ha qualche domanda da farmi e mi dice che le piace l’idea dei compiti perché si sposano bene con il modello cognitivo comportamentale in cui crede ma che pensa in effetti che la sua non sia una fobia dell’aereo.

Le chiedo comunque di pensare a quanto ci siamo dette pensarci e di chiamarmi nel caso voglia concordare un appuntamento. Mi richiamerà dopo una settimana e inizieremo a lavorare insieme.



come funziona lo schema di relazione di Viola
perché si è costruito
perché si mantiene



Riferimenti bibliografici

- Celia G. (2016) La Psicoterapia Strategico Integrata. L'evoluzione dell'intervento clinico breve - Franco Angeli, Milano
- Nardone G., Watzlawick P (1990)- L'arte del cambiamento - Ponte Alle Grazie, Milano
- Nardone G., (1991) - Suggestione, ristrutturazione, cambiamento. L'approccio strategico e costruttivista alla terapia breve, Giuffrè, Milano.
- Semi,A.A (1985) - Tecnica Del Colloquio - Raffaello Cortina Ed., Milano
- Semi A.A (1992) - Dal colloquio alla teoria - Raffaello Cortina Ed., Milano
- Semi A.A (2002) - Tecnica del colloquio - Raffaello Cortina ed., Milano
- Watzlawick P., Weakland J.H., Fisch R., (1974)- Change. La formazione e la soluzione dei problemi- Astrolabio, Roma
- Watzlawick P. , Nardone G. (1997) - Terapia breve strategica - Raffaello cortina ed., Milano



D.ssa Marta Podda
Psicologa Psicoterapeuta Strategico Integrata - PhD



IL PENSIERO DI IRVIN D. YALOM: ANALOGIE CON IL MODELLO STRATEGICO

di Francesco Sessa e Rosella Citro

Abstract

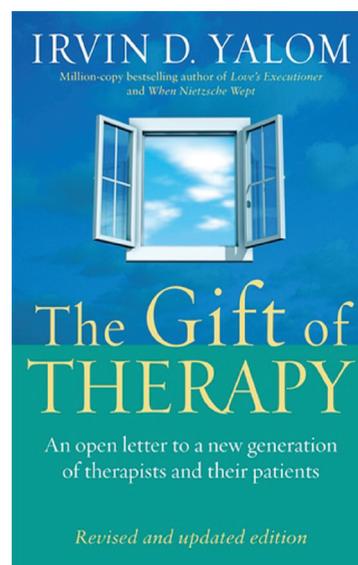
Questo articolo è tratto da un lavoro di tesi per il terzo anno della scuola di specializzazione nell'approccio strategico ad orientamento neuroscientifico, presso il Cipps di Salerno. L'obbiettivo di questo articolo è quello di evidenziare le analogie tra il pensiero di Yalom I.D. e alcune caratteristiche dell'approccio strategico.

*“La terapia non dovrebbe essere guidata dalla teoria,
ma dalla relazione.”*

IRVIN D. YALOM

L'obiettivo di questo articolo è quello di presentare alcune analogie tra l'approccio strategico e il pensiero di Yalom, esplicitato attraverso uno dei suoi testi più importanti “ Il dono della terapia”. L'articolo è tratto da un lavoro di tesi del terzo anno, svolto presso il CIPPS (Centro Internazionale di Psicologia e Psicoterapia Strategica) a Salerno; la tesi, dal titolo “ Il pensiero di Irvin D.Yalom: analogie con il modello strategico”, è stata scritta dall'allieva Rossella Citro, tutorata dal docente di Principi di Psicoterapia Comparata Francesco Sessa.

Il testo di Yalom è stato fondamentale per chi scrive, seppur con significati diversi in base alle diverse fasi di vita professionale. Per la dottoressa Citro ha rappresentato la spinta ad approfondire il modello strategico e il mondo della psicoterapia, a ritrovare la passione per lo studio e comprendere come cercare di diventare una buona terapeuta. Per il docente ha rappresentato un ulteriore stimolo a migliorare le tecniche per entrare in relazione con il paziente, a supportare ancora di più il proprio automonitoraggio con l'ausilio delle supervisioni, per cercare di essere nelle migliori condizioni davanti al proprio paziente.



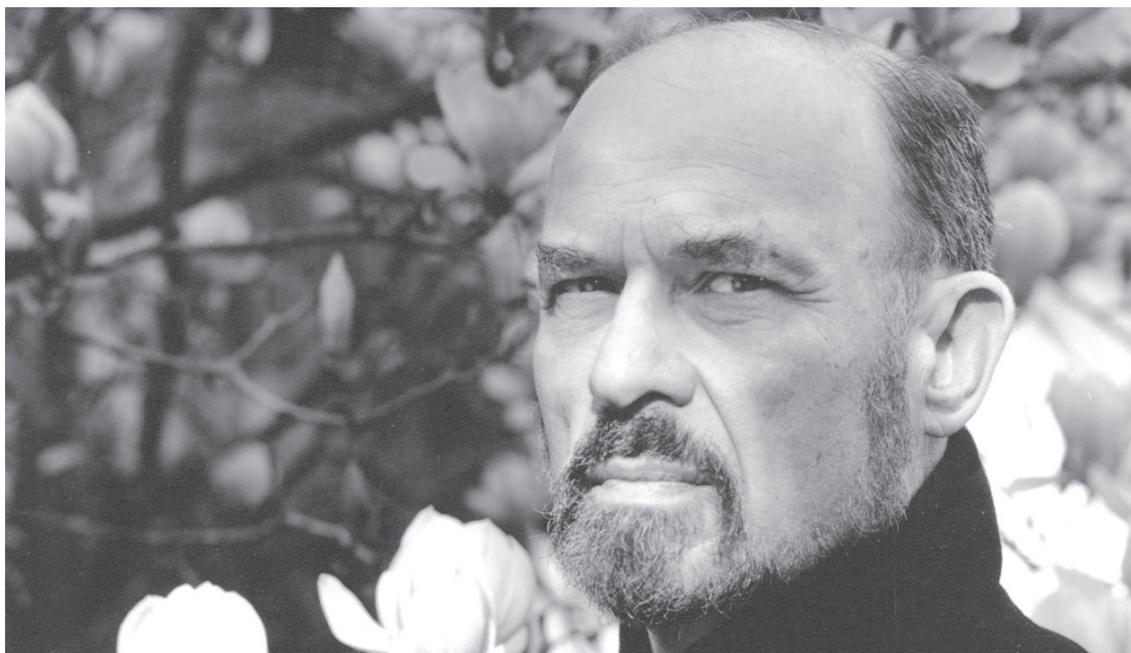
La psicoterapia strategica e il problem-solving

Secondo una recente definizione di Nardone e Watzlawick, per terapia strategica si intende “un intervento terapeutico usualmente breve, orientato all’estinzione dei sintomi e alla risoluzione del problema presentato dal paziente”¹. L’aggettivo “strategica” designa la psicoterapia improntata sulla pianificazione tattica del cambiamento e sull’utilizzo accorto di strumenti per la soluzione dei problemi umani.

Gli assunti teorici e le principali tecniche dell’approccio strategico ai problemi umani sono il frutto della collaborazione e dello scambio tra studiosi di molte discipline. La costituzione del Mental Research Institute e del Brief Therapy Center di Palo Alto rappresenta il fulcro a cui si deve la diffusione internazionale delle psicoterapie brevi ad approccio strategico. I principi chiave su cui si basa il modello di terapia elaborato al Brief Therapy Center, che definiscono il modello di intervento del Problem-Solving si articolano in 6 fasi, modello originariamente presentato in *Change* come un processo di quattro fasi e successivamente integrato delle altre due; esse sono:

1. *Accoglienza: primo contatto e colloquio iniziale*
2. *Definizione del problema in termini concreti*
3. *Analisi delle soluzioni tentate per risolvere il problema*
4. *Definizione concreta del cambiamento da effettuare*
5. *Formulazione e attuazione di un piano per provocare il cambiamento desiderato*
6. *Consolidamento dei risultati e chiusura del trattamento*

Il problem-solving strategico si focalizza fin dal principio della consulenza sul rompere il circolo vizioso che si è venuto a stabilire tra le tentate soluzioni e la persistenza del problema, lavorando sul presente piuttosto che sul passato, su “come funziona” il problema, piuttosto che sul “perché esiste”, sulla ricerca delle “soluzioni” piuttosto che delle “cause”. Scopo ultimo dell’intervento diviene così lo spostamento del punto di osservazione rigido del soggetto (le “tentate soluzioni”) ad una prospettiva più elastica e funzionale, con maggiori possibilità di scelta.



¹ Watzlawick, Nardone, 1990, pag. 64

ANALOGIE DEL PENSIERO DI YALOM CON IL MODELLO STRATEGICO

Il testo di Irvin D. Yalom: “il dono della terapia” è costellato da un gran numero di frasi e interventi, che vogliono essere per il lettore dei suggerimenti nella propria pratica clinica, spronandoci a trovare uno stile proprio attraverso la spontaneità e alla creatività.

Nello scritto di Yalom si possono cogliere i riferimenti al modello strategico attraverso una lettura attenta delle sue riflessioni. Infatti, nella prima parte del testo pone l'enfasi sul qui-e-ora, uno degli argomenti principali del modello strategico. Introduce il libro, chiarendo che la relazione con il paziente è fondamentale per raggiungere l'obiettivo della terapia; sostiene che la diagnosi sia controproducente, poiché la psicoterapia consiste in un processo di apertura graduale, nel corso del quale il terapeuta tenta di conoscere il paziente nel modo più esauriente possibile. Una diagnosi limita la visione, diminuisce la capacità di porsi in relazione con l'altro come persona, stimolando invece una profezia che si autorealizza. Yalom, infatti, preferisce pensare ai suoi pazienti come a *compagni di viaggio*, termine che ci permette di rivisitare la natura della relazione terapeuta-paziente. All'inizio della terapia egli controlla sempre lo stato del rapporto con il paziente, con frasi tipo: “come stiamo andando oggi io e lei?” o “come sente lo spazio tra noi oggi?”. Consiglia, infatti, di vedere il mondo come lo vede il paziente - attraverso il suo finestrino. Milton Erickson, padre della terapia strategica, sottolineava l'importanza che ci fosse una terapia per ogni paziente, l'importanza di evitare l'utilizzo delle etichette e di approfondire le risorse e ciò che funzionava nel paziente.

Attraverso *l'empatia accurata* la terapia ne viene potenziata, per questo Yalom considera importante controllare ripetutamente le proprie premesse nel qui-e-ora. Sostiene che conoscere il passato del paziente può essere importante non per costruire catene causali, ma per permetterci di essere empatici in modo più accurato. Oltre ad essere empatici come terapeuti abbiamo il compito di insegnare ai pazienti ad essere empatici verso gli altri sfruttando il qui-e-ora. Per essere capaci di sfruttare tutti gli avvenimenti immediati dell'ora di terapia, il terapeuta deve essere pronto a seguire il paziente ovunque vada, a fare tutto quanto è necessario per continuare a costruire la fiducia e la sicurezza nel rapporto. Il terapeuta secondo Yalom deve utilizzare tutto quello che avviene all'interno della terapia. Principio che si ritrova anche nelle terapie strategiche: esse, infatti, si fondano su due fondamentali pilastri, quello dell'*utilizzazione* e la *ristrutturazione*. *L'utilizzazione* comporta l'accettazione incondizionata del terapeuta dei contenuti proposti dal paziente, che risultano un importante materiale di lavoro per la costruzione di interventi efficaci ed efficienti. *L'utilizzazione* come principio e come tecnica è il pre-requisito del cambiamento, cambiamento che in terapia strategica avviene anche attraverso la ristrutturazione. La *ristrutturazione* consiste nell'inserire la definizione che la persona dà del problema all'interno di altri sistemi di significato², senza mai contestarla apertamente o etichettarla come patologica³.

Il fondamento logico secondo Yalom per usare il qui-e-ora si basa su un paio di presupposti fondamentali: 1) l'importanza dei rapporti interpersonali e 2) l'idea della terapia come un microcosmo sociale. La grande maggioranza delle persone che si avvicina alla terapia ha problemi fondamentali nei propri rapporti, a causa dell'incapacità di

² Watzlawick, 1974

³ Secci Enrico M, *Le tattiche del cambiamento*. Manuale di psicoterapia strategica di edito da Youcanprint, 2016.

formare e mantenere relazioni interpersonali durevoli e soddisfacenti. Il secondo postulato – che la terapia sia un microcosmo sociale – significa che alla fine i problemi interpersonali del paziente si manifesteranno nel qui-e-ora del rapporto terapeutico. Per ottenere un cambiamento terapeutico più significativo, il terapeuta deve incoraggiare il paziente ad assumersi la loro parte di responsabilità – cioè a rendersi conto di come contribuiscono in prima persona alla propria sofferenza. Yalom, infine, propone delle strategie per accelerare la terapia, definite stratagemmi, come la visita a casa, il gioco di ruoli, la richiesta di comporre il proprio epitaffio, portare vecchie foto di famiglia, scrivere una lettera a una persona con cui si è lasciato qualcosa in sospeso, l'esercizio della sedia vuota; conclude dicendo che la psicoterapia non è un sostituto, ma una prova generale per la vita. La vicinanza del rapporto terapeutico serve a molti scopi: Fornisce un porto sicuro ai pazienti per rilevarsi, offre loro l'esperienza di essere accettati e compresi dopo una rivelazione profonda di sé e insegna le abilità sociali: il paziente impara ciò che è richiesto in un rapporto intimo, che l'intimità è raggiungibile e impara a coltivare la speranza e l'aspettativa di vivere altri rapporti simili.

In conclusione il pensiero di Yalom, oltre a farci riscontrare diverse analogie con l'approccio strategico, a spiegare questi concetti con una incredibile semplicità, ci permette di suggellare ancora di più un concetto che la ricerca sull'efficacia della psicoterapia sta dimostrando: l'importanza della relazione paziente – terapeuta come principale fattore di cura⁴. Sia l'approccio strategico, sia Yalom, ripongono nella relazione il fattore determinante per il successo di una terapia.

⁴ Talmon, 1996

Riferimenti bibliografici

Celia G., *La prisoiterapia strategico-integrata*, l'evoluzione dell'intervento clinico breve, Franco angeli, 2016.

Nardone G., *I 7 passi del Problem Solving Strategico*, 2018.

Haley J., *Terapie non comuni*, tecniche ipnotiche e terapia della famiglia, Roma astrolabio, 1976.

Yalom I.D., *Il dono della terapia*, Betaedizioni, 2002.

Secchi Enrico M., *Le tattiche del cambiamento*. Manuale di psicoterapia strategica di edito da Youcanprint, 2016.

Talmon M., *Psicoterapia a seduta singola*, Centro Studi Erickson 1996



Dott. Francesco Sessa
Psicologo-Psicoterapeuta approccio strategico-integrato



Dott.ssa Rossella Citro
Psicologa-psicoterapeuta in formazione secondo l'approccio strategico ad orientamento neuroscientifico

LA FORMAZIONE IN AMBITO DEONTOLOGICO SECONDO L'APPROCCIO STRATEGICO INTEGRATO: RIFLESSIONI E PROSPETTIVE

di Maria Scribano

Abstract

Il presente articolo è basato sulla personale esperienza professionale nel settore della formazione sugli aspetti deontologici in psicologia. Viene evidenziata l'importanza di tali aspetti nella formazione dello psicoterapeuta strategico integrato.

La formazione specifica in tale settore deve essere basata soprattutto sull'acquisizione di competenze pratiche e non solo teoriche, "sull'essere piuttosto che sul dover essere".

In questo modo i principi e le norme deontologiche diventano ottimali strumenti informativi di lavoro terapeutico e soprattutto strumenti in grado di favorire cambiamenti funzionali nel paziente.

1• PREMESSA

Questo scritto trae spunto dalla mia più che decennale esperienza professionale sia come psicologa clinica - psicoterapeuta che come docente in contesti di specializzazione/formazione per psicologi e psicoterapeuti. L'articolo vuole favorire la condivisione tra colleghi e rappresentare uno spunto di riflessione formativa e di aggiornamento per gli psicologi.

La teoria e le tecniche proprie e specifiche dell'approccio strategico integrato, nella mia esperienza professionale, sono state e rappresentano una fonte e una base fondamentale per promuovere cambiamento, formazione e aggiornamento in tutti gli ambiti e nello specifico nel settore della deontologia.



2• LA FORMAZIONE “DEONTOLOGICA” PER GLI PSICOLOGI E PSICOTERAPEUTI

Era la fine degli anni '90 quando iniziai a collaborare con un gruppo di lavoro universitario coordinato dal Prof. Gaetano De Leo sui temi della deontologia professionale per gli psicologi (De Leo G., Pierlorenzi C., Scribano M., 2000). Anni in cui iniziai a fare ricerca su tale argomento, ancora in fieri in Italia (Pierlorenzi C., Scribano M., 2003), ma anche formazione in vari contesti, quali università di psicologia, master di specializzazione, nello specifico in psicologia giuridica, e scuole di specializzazione in psicoterapia. Di conseguenza gli allievi avevano obiettivi formativi diversi e formazioni diverse se pur accomunati dalla base formativa psicologica.

In questi anni di esperienza come docente in materia deontologica, ho potuto constatare che il bisogno formativo a riguardo è rimasto assolutamente immutato.

Se da una parte gli allievi tendono all'inizio a sottovalutare l'importanza di tale aspetto formativo, si “scontrano” (questa la loro espressione) con le difficoltà insite nella pratica clinica e riconducibili ad aspetti prettamente deontologici.

Se da una parte il consenso informato appare semplice a livello pratico, nel momento in cui si inizia la pratica professionale (nei diversi contesti) emergono vari dubbi e perplessità, soprattutto se riguarda minori. Ugualmente per altri aspetti quali il segreto professionale, la colleganza, il rispetto verso i colleghi, l'obbligo di denuncia e di segnalazione. Tutti gli aspetti presenti nel codice deontologico diventano nella pratica clinica spesso fonte di perplessità e indecisione.

Tale fotografia è valida, nella mia esperienza professionale, non solo per gli psicologi all'inizio della loro professione ma anche per i più “esperti”.



* **Scribano Maria** *Psicologa ad indirizzo clinico, Psicoterapeuta, Esperta in psicologia giuridica, Giudice onorario Tribunale per i minorenni di Roma, Docente della Scuola di Specializzazione strategico integrata Scupsis di Roma, già collaboratrice Onlus Telefono Azzurro, già Responsabile servizio di consulenza Centro Provinciale Giorgio Fregosi - Roma*

Tale considerazione conduce a sottolineare l'importanza di dare agli allievi, e non solo, i necessari strumenti teorici ma soprattutto quelli **pratici, di applicazione, delle norme deontologiche: una sorta di “metodologia di lavoro” che facilita l'applicazione di tali principi.**

Applicare le norme deontologiche significa non incorrere in sanzioni disciplinari, significa rinforzare la comunità professionale degli psicologi, significa tutelare se stessi e soprattutto i pazienti: significa crescere nell'identità professionale.

Nello specifico, la cornice deontologica è fondamentale nell'approccio strategico integrato e nei vari aspetti che facilitano il cambiamento del paziente e il raggiungimento del suo benessere. Il concetto di integrato e di strategico non include una cornice priva di norme.

Come si evidenzierà in tale articolo una parte rilevante della formazione degli allievi viene dedicato a tale aspetto e le norme deontologiche assumono per i terapeuti di tale approccio un altro punto di forza.

3• L'ESPERIENZA FORMATIVA PRESSOLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE STRATEGICO INTEGRATA - SCUPSIS ROMA

Lavorare come formatrice in questo settore mi ha portato a fare tanta esperienza pratica a riguardo. Nel presente articolo voglio esporre la metodologia formativa che utilizzo nel contesto della Scuola di specializzazione strategico integrata di Roma (Scupsis). Le docenze in psicologia ed etica avvengono al terzo e quarto anno di scuola di specializzazione dopo due anni di formazione per gli allievi. I moduli prevedono, ad oggi, un totale di 8 lezioni di 4 ore ciascuna: tempo necessario per “rinsaldare” tale aspetto del futuro psicoterapeuta.

In questi anni ho sempre assistito ad una sorta di “scetticismo iniziale” per tale argomento da parte degli allievi per poi assistere ad un forte interesse a riguardo tanto da cercare e volere approfondimenti.

Il modulo formativo prevede innanzitutto una “*stimolazione del vissuto*” degli allievi nei confronti dell'argomento e in particolare nei confronti del concetto di “regola”.

Questionari, simulate, esercitazioni portano l'allievo a conoscersi in relazione al concetto di regola, ai modelli di regola conosciuti e appresi. Il presupposto di base consiste che, solo una previa conoscenza di tale aspetto personale, può portare il futuro psicoterapeuta ad agire nel contesto lavorativo tutti i principi deontologici (le regole professionali) con modalità funzionali e non legate in modo disfunzionale a vissuti personali. In tale fase l'allievo ha la possibilità di scoprire chiare difese presenti in lui rispetto ad “agire le regole”, difese che potrebbero incidere sul rapporto terapeutico.

Il tutto consolida la propria identità professionale. Il codice deontologico è infatti un codice normativo; rappresenta un “dover essere” per il professionista (art 1 del Codice deontologico) e tutto ciò non può non essere collegato a come ognuno di noi si relaziona con il concetto di regola che ha interiorizzato a partire dai modelli familiari, in una chiave sistemica. Gli allievi possono con tale esperienza rendersi conto dei loro modelli interni e di come questi agiscono spesso “indisturbati” nella loro professione.

Gli allievi proseguono il percorso con il considerare il codice deontologico come “tutela” della loro professione e non come qualcosa di imposto: *tutela per loro e per gli utenti*.

Rilevante il concetto di darsi regole per “essere”, per avere un linguaggio comune, per costruire una identità professionale comune, per rafforzare la propria appartenenza. In questa fase formativa il codice deontologico diventa una vera “*carta di identità*” per l’allievo con lo scopo di riconoscersi e di farsi riconoscere.

Un aspetto importante nella formazione rientra nei principi esplicitati nell’ art. 5 del codice deontologico: “*Lo psicologo è tenuto a mantenere un livello adeguato di preparazione e aggiornamento professionale con particolare riguardo ai settori nei quali opera.*

La violazione dell’obbligo di formazione continua, determina un illecito disciplinare che è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall’ordinamento professionale.

Riconosce i limiti della propria competenza e usa pertanto solo strumenti teorico pratici per i quali ha acquisito adeguata competenza e ove necessario formale autorizzazione.

Lo psicologo impiega metodologie delle quali è in grado di indicare le fonti e riferimenti scientifici, e non suscita, nelle attese del cliente/utente, aspettative infondate”

Come nell’art. 7: “*Nelle proprie attività professionali, nelle attività di ricerca e nelle comunicazioni dei risultati delle stesse, nonché nelle attività didattiche, lo psicologo valuta attentamente, anche in relazione al contesto, il grado di validità e di attendibilità di informazioni, dati e fonti su cui basa le conclusioni raggiunte; espone, all’occorrenza, le ipotesi interpretative alternative, ed esplicita i limiti dei risultati. Lo psicologo, su casi specifici, esprime valutazioni e giudizi professionali solo se*

fondati sulla conoscenza professionale diretta ovvero su una documentazione adeguata ed attendibile”

Riconoscere i propri limiti, formativi esperenziali, indicare sempre le fonti delle proprie metodologie di lavoro, riferire le ipotesi alternative, risultano i punti critici nella formazione degli allievi in quanto spesso ampiamente sottovalutati come elementi di tutela per se stessi e per l’utente.

Fondamentale a riguardo risulta far lavorare l’allievo sul seguente art. del C.D.: “Articolo 37-

Lo psicologo accetta il mandato professionale esclusivamente nei limiti delle proprie competenze. Qualora l’interesse del committente e/o del destinatario della prestazione richieda il ricorso ad altre specifiche competenze, lo psicologo propone la consulenza ovvero l’invio ad altro collega o ad altro professionista”.

Il concetto di *invio*, altamente tutelante per l’utente ma anche per lo psicologo, include un’accettazione dei propri limiti, una fiducia verso il collega, una definizione delle proprie competenze. La mia esperienza mi porta a riferire quanto questo aspetto risulta difficile da considerare e come spesso lo psicologo rischia di “sconfinare” in settori non di sua conclamata esperienza e formazione.

La *colleganza*, il complesso dei rapporti con i colleghi, è un altro aspetto rilevante nei moduli formativi: gli allievi si allenano a sentire e provare la risorsa della rete tra colleghi e a favorire rispetto e fiducia, seguendo quanto riferito nell’art. 33 C.D.:

“I rapporti fra gli psicologi devono ispirarsi al principio del rispetto reciproco, della lealtà e della colleganza. Lo psicologo appoggia e sostiene i Colleghi che, nell’ambito della propria attività,

quale che sia la natura del loro rapporto di lavoro e la loro posizione gerarchica, vedano compromessa la loro autonomia ed il rispetto delle norme deontologiche”.

I successivi moduli formativi vengono dedicati nello specifico al “*Consenso informato*” e al “*Segreto professionale*”

La formazione non si basa solo sull’informare /aggiornare gli allievi di tali principi, ma si sollecitano gli allievi a conoscere i propri vissuti legati ai concetti di consenso e di segreto mediante una metodologia di formazione attiva ed esperienziale.

Gli allievi hanno la possibilità di misurarsi attraverso simulate e casi clinici portati dal docente su **come si agisce** nella pratica clinica il consenso informato, in modo da assimilare e individuare un loro **modus operandi** e soprattutto un loro “**saper essere**” a riguardo.

Sul segreto professionale vengono portati casi clinici che evidenziano i possibili conflitti deontologici in cui il professionista si può trovare e aiutano gli allievi a gestire, in contesti protetti come quelli formativi, situazioni quali presunti abusi sessuali ai danni di minori e obbligo di segnalazione, tentativi di suicidio e segreto professionale.

Riguardo il consenso informato (al cui interno si lavora anche sul segreto professionale) spesso ho rilevato che gli allievi interrompono drasticamente il momento della terapia, colmo di accoglienza, empatia, inserendo la comunicazione del consenso informato.

Questo momento viene spesso “relegato” alla fine della seduta: spesso diventa un semplice consegnare il modulo per la firma, spesso la modalità attuata è sempre la stessa e non tiene conto della specificità di “quel” setting e di quel paziente. Spesso il paziente sente la modalità completamente dissonante con quella precedente. Spesso le informazioni vengono ridotte, il linguaggio è accelerato, alcune informazioni vengono date per scontato o non risultano chiare.

L’allievo attraverso simulate individua i propri limiti e li supera costruendo un proprio modo di fare. L’allievo inizia a “non temere” il momento del consenso informato, ad agirlo come parte integrante della seduta, a considerarlo fondamentale per dare un’immagine professionale al paziente.

La formazione dell’allievo inizia quindi con la **conoscenza/aggiornamento** delle norme deontologiche per poi includerle nel **proprio stile professionale** e renderle strumento per **rafforzare il rapporto terapeuta/paziente**.

La formazione procede con l’ utilizzare tali momenti come “**fonte preziosa di informazione sul paziente**”: a riguardo segue una sintesi delle simulate effettuate nel corso degli anni e che meglio evidenzia quanto le norme deontologiche sono una risorsa all’interno del processo terapeutico.

4- LA FORMAZIONE DEONTOLOGICA SUL CONSENSO INFORMATO ATTRAVERSO LE SIMULATE

Ho scelto di raccontare attraverso la metodologia delle simulate i principali errori e i bisogni formativi degli allievi specializzandi in psicoterapia, in quanto la trovo negli anni la metodologia ottimale per evidenziare gli errori e per facilitare nell’allievo l’apprendimento di modalità più funzionali.

Come da prassi due allievi si prestano a fare il paziente e lo psicoterapeuta. Il resto del gruppo osserva ognuno di loro. Seguono le riflessioni di gruppo su quanto osservato e vissuto (come terapeuta e come paziente). Sintetizzerò in seguito le condizioni che spesso si evidenziano.

L'allievo nel ruolo di terapeuta in genere tende ad accennare al consenso informato e al trattamento dei dati sensibili o all'inizio della seduta (quasi subito dopo la presentazione) o alla fine della seduta (poco prima o subito dopo aver concordato l'eventuale successivo appuntamento, a volte anche dopo essersi alzato).

Il terapeuta allievo parla spesso di "documento da firmare" ma non tratta gli aspetti specifici del consenso informato e del segreto professionale. Le informazioni appaiono sempre molto riduttive. In alcuni casi tale modalità collude con quella del paziente che per sue caratteristiche sminuisce per esempio gli aspetti normativi, di tutela reciproca. In alcune situazioni per esempio l'allievo terapeuta diventa "succube" della modalità "sbrigativa, riduttiva, delegante" del paziente di tali aspetti ("*si si ...dott.ssa va bene, non occorre che mi spieghi, dove devo firmare? Non occorre che legga ... mi fido di lei ...*")

Tra i **rischi principali** si evidenziano:

- 1) "perdere/ sottovalutare" importanti informazioni sul paziente
- 2) "incidere" sulla relazione paziente - terapeuta senza consapevolezza e in modo non funzionali agli obiettivi terapeutici
- 3) "minare" il rapporto di fiducia con il paziente
- 4) non utilizzare quanto accade nel momento del consenso informato (per restituire ad esempio al paziente la modalità disfunzionale o funzionale che utilizza)

I principi deontologici non devono essere solo regole che lo psicologo è tenuto a conoscere e rispettare, non devono essere regole **"distaccate" dal processo terapeutico**: non qualcosa da dover dire o fare ma **come parte INTEGRANTE del percorso di psicoterapia strategica integrata**.

Vengono sintetizzati di seguito **alcuni elementi** non funzionali emersi in più simulate (da cui si deducono alcune modalità che vengono utilizzati dagli allievi terapeuti) e che vanno "attenzionati":

- ✓ Dare i moduli al paziente immediatamente all'inizio della seduta crea per il terapeuta riduzione dell'accoglienza e perdita di importanti informazioni; tale modalità è dettata spesso da ansia da parte del terapeuta; il terapeuta fatica a dare informazioni; il terapeuta pur non volendo "stacca" troppo questo momento dal resto della seduta ancora prima di iniziarla; il terapeuta riesce ad accennare al segreto professionale e al concetto di tutela del paziente
- ✓ Per il paziente avere il foglio stampato in mano sul consenso informato e trattamento dei dati significa provare ansia nel leggere il foglio velocemente con il terapeuta che guarda, sentire di non avere tempo abbastanza, sentire di dover fare in fretta, sentire di non avere scelta(o si firma o non prosegue colloquio), sentire troppa distanza con il terapeuta, osare alcune domande ma con ansia

- ✓ La spiegazione su approccio terapeutico di riferimento appare frettolosa e poco esaustiva (spiegazione a volte richiesta dallo stesso paziente e non spontaneamente riferita)
- ✓ Il terapeuta fatica a fine seduta a chiarire il consenso (parte del consenso informato) e quando il paziente chiede se possibile non avere fattura (si presenta tale situazione in varie simulate) il terapeuta va in difficoltà e chiude con un no piuttosto che aprire la domanda del paziente e avere maggiori informazioni sul paziente e comprensione della sua richiesta. Il terapeuta non si sofferma sulla frequenza delle sedute. Il terapeuta spesso nella prima seduta “fatica” a farsi pagare.

Il momento successivo alle simulate, nel contesto formativo, diventa una fonte e una risorsa importante per la formazione degli allievi e per riconoscere i propri vissuti, i propri limiti e le proprie risorse.

Si parte sempre dagli **aspetti emotivi** di entrambi gli attori delle simulate. A ciò voglio dedicare uno spazio specifico.

In genere l'allievo nel ruolo di terapeuta riferisce di provare: *difficoltà, fastidio, confusione, rigidità, distacco, impotenza, sfiducia in se stesso, senso di obbligo. La soddisfazione di come si conduce questa parte della seduta è molto scarsa e si evidenziano tutti i limiti a riguardo.*

Il terapeuta allievo spesso *dimentica di parlare del consenso informato* (evento non raro) nonostante stia assistendo ad una lezione sulla deontologia!

L'allievo nel ruolo di paziente, dall'altra parte, *sente di perdere il contatto con il terapeuta, rileva uno stacco (queste solo le parole utilizzate) con quanto riferito prima, con il suo vissuto di malessere, con l'empatia che aveva provato prima con il terapeuta; la scarsità di informazioni vengono vissute come difficoltà nel terapeuta, come qualcosa che non si sa bene e quindi non si riferisce, come dubbi.*

La maggior parte degli allievi nei panni dei pazienti non capisce a cosa serve il consenso informato e cosa firmano! La maggior parte riferiscono di essere troppo coinvolti nelle loro emozioni e quasi di non capire quanto viene riferito.

Chi osserva spesso *“soffre” per il paziente assistendo ad una non accoglienza nel momento in cui si agisce il consenso informato...*

Tra tutte le esperienze voglio riportare quelle a seguito della simulata in cui la paziente ha voluto firmare il consenso informato “velocemente” .

In questo caso gli allievi hanno notato che **la modalità del paziente nei confronti del consenso informato era assolutamente corrispondente alla modalità attuata dal paziente nelle sue relazioni che lamentava come problematiche e disfunzionali.**

Non considerando il momento del consenso informato come ulteriore momento ricco di informazioni sul paziente, il terapeuta allievo nella simulata ha perso/sottovalutato importanti informazioni sul paziente; ha rafforzato la modalità disfunzionale del paziente, ha perso una possibilità di “restituzione” al paziente di tale modalità, ha inciso sul rapporto terapeutico.

Tale aspetto si evidenzia tantissimo nelle varie simulate e anche nella pratica clinica: la modalità attuata dal paziente nel momento in cui si agisce il consenso informato appare come un forte indicatore delle modalità comunicative, relazionali, interne del paziente; come una sorta di “eco” del mondo interno e delle sue modalità relazionali funzionali e non.

Gli stessi allievi stimolati a riguardo dal docente hanno individuato nelle norme deontologiche possibili **strumenti di cambiamento**.

Sono tante le simulate sul consenso informato per i minori che hanno creato innumerevoli difficoltà (anche agli psicologi con maggiore esperienza), tensione nei terapeuti, senso di frustrazione, per poi far sperimentare quanto il consenso in queste situazioni può diventare strumento di lavoro e “bussola” (Scribano M., Zurma S. 2017).

Il consenso informato firmato contestualmente da entrambi i genitori per esempio (soprattutto se in separazione conflittuale) diventa una esperienza emozionale correttiva funzionale alle dinamiche familiari. Diventa una fonte di comunicazione ottimale per il minore che assiste ad una situazione in cui i genitori *finalmente* “firmano insieme”. Per i genitori diventa una azione comune che fanno per il bene della figlia: concretamente sono legati da un obiettivo comune.

Anche la “semplice” restituzione in certe situazioni della modalità utilizzata può facilitare un cambiamento nel paziente.

Nella simulata riferita in precedenza gli stessi allievi hanno ipotizzato una **prescrizione ad hoc utilizzando proprio il consenso informato**.

Gli allievi hanno ipotizzato che il terapeuta poteva per esempio prescrivere al paziente di portare a casa il foglio del consenso informato (oppure dedicare un’ampia parte della seduta stessa) per leggerlo in tutte le sue parti e creare una nuova esperienza emozionale correttiva di una relazione (terapeuta-paziente) che inizia a porre le “basi per una relazione di reale fiducia” inserendo elementi di conoscenza, di spazio di ascolto e lettura. La modalità con cui il paziente eseguirà la prescrizione darà al terapeuta ulteriori spunti di lavoro e fonti di ulteriori esperienze emozionali correttive.

5- CONCLUSIONI: L'IMPORTANZA DELLA FORMAZIONE

A conclusione di tale scritto, basato maggiormente sulla mia esperienza professionale come docente, voglio evidenziare l’importanza di una formazione sugli aspetti deontologici non solo volta all’*informazione* delle norme da seguire per non avere sanzioni disciplinari.

Risulta fondamentale che l’allievo comprenda l’importanza della cornice normativa per acquisire una identità professionale personale ma soprattutto “comunitaria”.

Risulta a mio parere rilevante che l’allievo acquisisca *competenze pratiche* per poter attuare le norme.

Le difficoltà che incontrano i professionisti anche più esperti evidenziano i limiti di una formazione che hanno ricevuto – a loro dire - fondata principalmente sulla teoria. Ricordo un gruppo di esperti che si poneva il problema degli appunti presi in seduta sotto l’aspetto della privacy ma non considerava gli effetti, i vissuti, le interpretazioni, le emozioni che il loro prendere appunti poteva

avere sul paziente. Ricordo innumerevoli gruppi che non sapevano concretamente gestire il momento del consenso informato, vissuto da loro sempre e unicamente come un dovere.

Parallelamente a tale lavoro, il professionista può avere la possibilità di utilizzare tutte le norme come *fonte di informazione* per poi “percepirli e agirli” come *strumenti di cambiamento*.

Tale cornice deontologica con questa accezione è presente in tutta la formazione degli psicoterapeuti strategici integrati. Gli allievi sperimentano le norme deontologiche e le loro potenzialità anche nei contesti esperienziali di gruppo e nel loro percorso individuale psicoterapico: da pazienti sentono l’agito del terapeuta in riferimento ai principi deontologici.

Concludo sottolineando che sarebbero sicuramente auspicabili sempre più approfondimenti su tale argomento e sempre più confronto sulle esperienze formative a livello nazionale e non solo.

Le innumerevoli richieste di supervisione su questi aspetti nel momento in cui si esercita la pratica clinica, gli innumerevoli dubbi e le domande sono la prova di tale bisogno formativo nel mondo della psicologia.

Riferimenti bibliografici

Bandler R, Grinder J. (1975) “*I modelli della tecnica ipnotica di Milton H. Erikson*”, Astrolabio

Calvi E. e Gulotta G. (2012), *Il codice deontologico degli psicologi commentato articolo per articolo*, Giuffrè, Roma.

Celia G. (2014), *Il gruppo strategico-integrato. Teoria, metodi e strumenti per una conduzione efficace*, Franco Angeli, Milano.

Celia G. (2016), *La psicoterapia strategico-integrata. L’evoluzione dell’intervento clinico breve*, Franco Angeli, Milano.

De Leo G. (1996) “*Psicologia della responsabilità*”, Laterza.

De Leo G., Pierlorenzi C., Scribano M. (2000), *Psicologia, etica e deontologia. Nodi e problemi della formazione professionale*, Carocci Editore, Roma.

Erickson M. (1983), *La mia voce ti accompagnerà*, Astrolabio, Roma

Gulotta G. (2010), *Lo psicoterapeuta stratega. Metodi ed esempi per risolvere i problemi del paziente*, Franco Angeli, Milano.

Pierlorenzi C., Scribano M (2003), *Il segreto professionale in ambito psicologico: aspetti operativi a confronto* in Rivista di psicologia giuridica n.2-3- edizioni Sapere

Rogers C.R.(2013), *La terapia centrata sul cliente*, Giunti, Firenze.

Scribano M. (2007), *Il segreto professionale nella professione dello psicologo*”, in F. Petruccelli, I. Petruccelli Introduzione alla psicologia giuridica, Franco Angeli, Milano

Scribano M. (2004), *Il codice deontologico degli psicologi*”, in F. Petruccelli, I. Petruccelli Argomenti di psicologia giuridica, Franco Angeli, Milano

COMPLESSO SCOLASTICO
SERAPHICUM



IL SERAFINO



NIDO BILINGUE

SCUOLA INFANZIA BILINGUE

PRIMARIA

SECONDARIA DI PRIMO GRADO

LICEO SCIENTIFICO

LICEO CLASSICO

LICEO MUSICALE E COREUTICO

LICEO LINGUISTICO

LICEO SPORTIVO



CAMBRIDGE ENGLISH
Language Assessment

Open Centre

www.seraphicum.com

Roma • Via del Serafico, 3 • Tel. **06.51.90.102**

SCUP SIS

SCUOLA DI PSICOTERAPIA STRATEGICA INTEGRATA SERAPHICUM



Scuola di Psicoterapia Strategica Integrata Seraphicum è stata ed è riconosciuta dal MIUR Direzione Generale per l'Università, ai sensi del DM n. 509 del 1998, con decreto direttoriale del 31/07/2003.

La Scuola segue il modello di Psicoterapia Strategica Integrata e propone un corso quadriennale di specializzazione post-laurea in Psicoterapia per psicologi e medici.

OBIETTIVI

La scuola ha come obiettivo la formazione teorico-pratica sul metodo di “**Psicoterapia strategica**” nella sua forma più moderna: quella integrata. Questo innovativo metodo di applicazione parte da un presupposto di integrazione e flessibilità. Integra fra loro gli indirizzi metodologici poststrutturalisti di terapia breve con altri approcci di terapia:

- l'approccio di terapia breve focalizzato sul problema
- l'approccio di terapia breve focalizzato sulle soluzioni
- l'approccio narrativo
- l'approccio sistemico-relazionale
- l'approccio analitico
- l'approccio cognitivo-comportamentale

Questa impostazione dà l'opportunità allo psicoterapeuta di scegliere la strategia di lavoro migliore per raggiungere, nella maniera più efficace, la risoluzione dei problemi che i clienti portano ed evita, inoltre, le classiche rigidità di setting (Watzlawick, Nardone, 1997).

Questo modello consente di lavorare con: l'individuo, la coppia, la famiglia, i gruppi e in diversi contesti applicativi (organizzativo, giuridico, educativo, riabilitativo, ecc.).

ISCRIZIONE

I candidati devono inoltrare domanda di ammissione al Direttore della scuola entro il **30 Novembre** con allegato:

- certificato di laurea
- il curriculum didattico e professionale
- tre foto formato tessera
- ricevuta di versamento della quota per iscrizione di € 500,00.

La quota di iscrizione sarà restituita in caso di non ammissione alla scuola.

PROGRAMMA FORMATIVO

Il programma di formazione ha durata quadriennale, per un monte ore complessivo di 2000 ore. Il monte ore è ripartito per ogni anno accademico in 500 ore, di cui:

- **231 ore di teoria;**
- **150 ore di tirocinio in strutture pubbliche e private.**
- **119 ore di formazione teorico-pratiche così suddivise:**
 - 19 ore di gruppo esperienziale**
 - 65 ore di ricerca;**
 - 35 ore di psicoterapia o di supervisione**

SCUP SIS
SCUOLA DI PSICOTERAPIA
STRATEGICA INTEGRATA
SERAPHICUM

Via del Serafico, 3 | 00142 Roma
(zona EUR) - Metro Linea "B"
fermata Laurentina

www.scupsis.org

Segreteria

Tel. (+39) **06 51.90.102**
Fax (+39) **06 51.90.427**
segreteria@scupsis.org
segreteria@seraphicum.com

**ANNO
ACCADEMICO
2019/2020**

DOCENTI ORDINARI

GARANTE SCUPSIS Prof.Sergio Salvatore

professore ordinario di Psicologia Dinamica, presso il Dipartimento di Storia, Società e Studi sull'uomo Università del Salento. Psicologo, specialista in Psicologia Clinica. Psicoterapeuta, formatore e consulente di istituzioni, scuole, strutture sanitarie, organizzazioni. Vice Presidente AIP (Associazione Psicologia Accademica) 2018. Membro del Board on Educational Affairs EFPA 2016-18.

Prof. Giovanna Celia (Phd, Psicologa, Psicoterapeuta, Direttore della rivista Psicologia e Psicoterapia Oggi, Presidente del Comitato Scientifico, Prof.ssa presso l'Università degli studi di Foggia)

Prof. Mauro Cozzolino (Prof. di Psicologia Generale e dell' integrazione Mente - Corpo - Università degli Studi di Salerno)

Dr. Paola Matteucci (Psicologa, Psicoterapeuta, Sessuologa Clinica, Terapeuta EMDR, Direttore Scientifico e Docente del Master in Sessuologia Clinica, presso il Centro Italiano Formazione, Ricerca e Clinica in medicina e psicologia di Napoli)

Dr. Sara Velardi (Psicologa forense, Psicoterapeuta)

Dr. Annarita Sidari (Psicologa, Psicoterapeuta)

Dr. Gianpaolo Salvatore (Psichiatra, Psicoterapeuta - Socio Fondatore del Centro Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma)

Dr. Giovanni Saladino (Psichiatra, Psicoterapeuta, Sessuologo Dirigente ASL Caserta)

Dr. Annamaria Casale (Psicologa, Psicoterapeuta)

Dr. Maria Grazia Scribano (Psicologa, Psicoterapeuta - Giudice onorario al Tribunale dei Minorenni di Roma)

Prof. Marco Innamorati (Psicologo, Psicoterapeuta, Professore associato di Psicologia dinamica presso l'Università di Roma "Tor Vergata")

Dr. Simona Abate (Psicologa-Psicoterapeuta, Ospedale Sant. Andrea, Università La Sapienza di Roma)

Dr. Enrico M.Secci (Psicologo, Psicoterapeuta, Co-fondatore e responsabile scientifico per la Collana Psicologia e Psicoterapia dell'Editore Ebookecn)

Prof. Vincenzo Mastronardi (Psichiatra, Criminologo Clinico e Psicopatologo forense- Sapienza Università di Roma, Direttore del Master in Criminologia Scienze investigative e della Sicurezza Unitelma-Sapienza)

Dr. Arianna Specchio (Psicologa-psicoterapeuta)

Dr. Maria Grazia Graziano (Psicologa-psicoterapeuta)

Dr. Marta Podda (Psicologa-psicoterapeuta, Phd)

Dr. Simona Pierini (Psicologa-Psicoterapeuta)

Dr. Flaminia Cappellano (Psicologa-psicoterapeuta)

Dr. Andrea dell'Acqua (Psichiatra)

Dr. Cristina Mazza (Psicologa-psicoterapeuta esperta in psicologia giuridica)

Dr. Giulia Bresolin (Psicologa-psicoterapeuta)

DOCENTI STRAORDINARI

Dr. Richard Hill

(Phd, Psicoterapeuta, Ipnoterapeuta Australia)

Dr. Consuelo C. Casula

(Psicologo, Psicoterapeuta, Presidente ESH- Società Europea Ipnosi)

Prof. Giorgio Nardone

(Psicoterapeuta - Centro di Terapia Strategica di Arezzo)

Prof. Ernest L. Rossi

(Ph. D - Direttore del Milton Erickson Institute of California Central Coast)

Dr. Roxanne Erickson

(Phd, Co-Fondatrice e vice presidente della Milton Erickson Foundation)

Prof. Roger Solomon

(Ph. D, membro anziano dell'EMDR Institute, consulente del Senato USA, della NASA e di varie forze dell'ordine statunitensi, collabora con la Direzione Centrale di Sanità della Polizia di Stato italiana)

Prof. Manuel B. Villegas

(Prof. Titolare Universitario - Università di Barcellona)

Prof. Pompili Maurizio

(Phd, Direttore del Centro di prevenzione del suicidio dell'Ospedale Sant. Andrea, Università la Sapienza di Roma)

Dr. Bart Walsh

(Phd, Direttore dell'Istituto Milton Erickson di Portland, USA)



GENOMICA PSICOSOCIALE: IL PROCESSO CREATIVO A 4 STADI. PRESENTAZIONE DI UN CASO CLINICO

di Mariagrazia Graziano

Abstract

L'articolo si apre con la descrizione della genomica psicosociale e delle dinamiche di guarigione mente-corpo, attraverso una descrizione teorica e pratica del processo creativo a quattro stadi.

Viene, successivamente, presentata la sintesi di un caso clinico in cui è stato applicato il processo creativo a 4 stadi. Al termine vengono presentate riflessioni e conclusioni sul caso in oggetto.

1. La genomica psicosociale ed i quattro stadi del processo creativo dal punto di vista scientifico.

L'espressione genica e la plasticità cerebrale sono la base fisica delle trasformazioni naturali della mente, della coscienza e del comportamento. Le nuove connessioni sinaptiche vengono formate tra i neuroni ogni ora, o due, nel ciclo di base riposo-attività (Rossi E. L. 2004). I modelli neuroscientifici della psicoterapia e dell'ipnosi terapeutica (Rossi et Al., 2010) utilizzano, attraverso un dialogo creativo con i nostri geni, questi periodi di tempo della vita completamente naturali che si sono sviluppati durante milioni di anni di evoluzione. Le ricerche (Van Praag, 2002 et al.) suggeriscono che durante i primi 10 minuti vi sono cambiamenti misurabili di espressione genica e l'attivazione e la crescita di recettori che sono implicati nella comunicazione sinaptica attraverso i neurotrasmettitori. Entro 30 minuti, la grandezza della spina sinaptica aumenta ed i recettori si spostano sulla membrana postsinaptica. Entro un'ora, alcune post-sinapsi si dividono in due, ciò implica una crescita ed un rimodellamento delle pre-sinapsi (Rossi, 2002, 2004, 2007; Rossi e Nimmons, 1991). Si creano nuove reti neuronali, capaci di codificare la memoria, l'apprendimento ed i cambi di comportamento che sono essenziali per la psicoterapia e per molti processi di espressione genica, sintesi proteica e sinaptogenesi attività-dipendenti; alcune di queste "attività" sono esperienze umane collegate ad una forte emotività, esperienze creative, l'arte e la sua fascinazione. Inoltre, in un arco temporale che va da quattro settimane a quattro mesi, si stabilizzano nuove reti neuronali capaci di codificare nuova memoria ed apprendimento (Van Praag, 2002).

I **quattro stadi** rappresentano le fondamenta per una nuova comprensione di ciò che accade tra paziente e terapeuta nei livelli più profondi della comunicazione mente-gene.



Stadio 1: Trasduzione dell'Informazione Mente-Cervello.

Il sistema limbico-ipotalamo-pituitario è correntemente riconosciuto come il principale trasduttore dell'informazione tra il cervello ed il corpo. Le cellule all'interno dell'ipotalamo (trasformano l'informazione da una forma ad un'altra) trasducono gli impulsi neurali del cervello che codificano l'esperienza fenomenologica della "mente" e le emozioni in "molecole messaggere" ormonali del sistema endocrino. Si ritiene che i messaggeri molecolari dei sistemi endocrino, autonomo ed immunitario medino lo stress, le emozioni, la memoria, l'apprendimento, la personalità, il comportamento ed i sintomi (Rossi, 1993, 1996). Quest'ansa di comunicazione è una via a doppio senso attraverso cui la mente può modulare la fisiologia del cervello e del corpo e la biologia può modulare la mente, le emozioni, l'apprendimento ed il comportamento.

Stadio 2: geni primari rapidi nell'Adattamento Creativo.

Una generazione fa si riteneva che i geni fossero semplicemente le unità dell'eredità fisica che venivano trasmesse da una generazione all'altra attraverso la riproduzione sessuale. Oggi, si è a conoscenza che i geni hanno una seconda importante funzione: una classe fondamentale, i Geni Primari Rapidi sono continuamente attivi nella risposta a molecole messaggere ormonali segnalanti la necessità per l'adattamento creativo ad importanti cambiamenti nell'ambiente. I Geni Primari Rapidi funzionano come trasduttori dell'informazione che permettono ai segnali dell'ambiente esterno di regolare i geni nella matrice interna del nucleo della vita stessa.

Stadio 3: Sintesi Proteica nella Memoria, nello Stress e nella Guarigione.

La terza fase nell'ansa di comunicazione mente-gene è il processo della *traslazione genica* che porta alla produzione di nuove proteine. Il dominio del tempo psicologico in minuti ed ore correla il ciclo di base riposo-attività del comportamento umano al processo della comunicazione mente-corpo. Ricerche dettagliate a livello genetico, neuroendocrino e psicosociale suggeriscono che i ritmi ultradiani di circa 90-120 minuti, che spiegano il ciclo di base riposo-attività, (Lloyd e Rossi, 1992) risultano essere di gran lunga più importanti del ciclo circadiano (il ritmo di 24 ore). In tal senso, ultradiano significa ogni ritmo più breve di quello circadiano di 24 ore.



Stadio 4: Molecole Messaggere e Memoria Stato-Indipendente.

Il quarto stadio descrive come le molecole messaggere (quali ormoni, neurotrasmettitori, per citarne alcuni) che hanno la loro origine nella produzione delle proteine più grandi “molecole-madri” nello stadio 3, possono essere immagazzinate nelle cellule del cervello e del corpo come una specie di memoria molecolare. Tali reti neuronali, localizzate nel cervello, sono modulate dal complesso campo di molecole messaggere che possono raggiungere il sistema limbico-ipotalamico-pituitario, nonché altre specifiche aree della corteccia cerebrale. Questo è un nuovo modello di come gli ormoni sessuali, gli ormoni dello stress, le citochine del sistema immunitario e i fattori della crescita possono modulare la mente, le emozioni e viceversa (Rossi et Al., 2010).

Molti dei processi altamente adattivi della regolazione psicobiologica, che manifestano una variabilità naturale quasi periodica circadiana/ultradiana, sono modificabili da stimoli psicosociali e dall’Ipnosi (Rossi, 1982, 1986/1993, 1996). Questo implica che ciò che è stato tradizionalmente chiamato “suggestione ipnotica” potrebbe essere, da una prospettiva cronobiologica, l’accesso e l’utilizzazione di una variabilità quasi periodica dei processi ultradiani e circadiani, a tutti i livelli che rispondono agli stimoli psicosociali. Molti dei fenomeni classici dell’Ipnosi possono essere considerati come manifestazioni estreme e/o preservazioni di processi psicobiologici che rispondono a stimoli psicosociali: ciò che il clinico che usa l’ipnosi chiama “suggestione terapeutica” è ciò che il cronobiologo chiama “sincronizzazione dei processi biologici per mezzo di segnali psicosociali”.

2. La genomica psicosociale dal punto di vista applicativo. Teoria e ricerca del processo creativo.

Uno dei risultati più sorprendenti dell’attuale ricerca nella neuroscienza genomica è che l’esperienza umana a livello psicologico sia così intimamente associata all’espressione genica ad un livello biologico profondo (Chin e Moldin, 2001; Pfaff, Berrettini, Joh e Maxson, 2000). La Genomica psicosociale trova una grande quantità di dati sperimentali nei cosiddetti “clock genes” i quali coordinano la cronobiologia della vita a livello cellulare (Dunlap, 1999). I clock genes stabiliscono i cicli temporali di molti stati psicobiologici comuni di ogni giorno come la sveglia, il sonno, il sogno. I parametri temporali del ciclo espressione genica- sintesi proteica stabiliscono le fasi ed il ritmo di parecchi modelli di comunicazione mente-corpo, della salute e della guarigione. I processi vitali fondamentali del metabolismo, dell’omeostasi, della crescita, dell’energia, del flusso informativo, del comportamento, della memoria e della guarigione in salute ed in malattia sono invariabilmente associati ai ritmi dell’espressione genica e alla sintesi delle



proteine nel quadro temporale circadiano (24 ore) ed ultradiano (meno di 20 ore), (Kleitman e Rossi, 1992; Lloyd e Rossi, 1992, 1993; Rossi, 2002), quest'ultimo definito come ciclo di base riposo-attività di 90-120 minuti di Kleitman.

Stati diversi di comportamento e coscienza- sveglia, sonno, sogno, emozioni, motivazioni, stress- sono tutti associati a modelli diversi di espressione genica correlata allo stato comportamentale. Da questa prospettiva, l'espressione genica correlata allo stato comportamentale è un anello di congiunzione fondamentale tra la psicologia e la biologia. L'espressione genica correlata allo stato comportamentale è essenziale nell'esplorare la psicobiologia profonda della coscienza dell'ipnosi terapeutica. L'ipotesi generale è che l'espressione genica, correlata allo stato comportamentale, può essere modulata con indizi psicosociali e riti culturali quali l'ipnosi terapeutica per facilitare la salute, la performance e la guarigione (Rossi, 2002).

Stadio 1: Preparazione. Espressione dei geni primari rapidi nell'alleanza terapeutica.

Molti stati psicobiologici eccitanti nella vita quotidiana sono associati all'iniziazione dell'espressione dei geni primari rapidi (Rossi, 1996, 2002). L'espressione dei geni primari rapidi inizia con gradi variabili di eccitazione emotiva che, di solito, incomincia durante un colloquio anamnestico, fase iniziale del tipico processo psicoterapeutico (Rossi, 2002).

Dalla prospettiva della genomica psicosociale, in qualsiasi forma di ipnosi terapeutica, c'è molto di più che semplici parole o discorsi. Le lacrime o il dolore tipici in un'intervista iniziale, ad esempio, indicano che i pazienti stanno già accedendo e ripetendo memorie stato-dipendenti e la dinamica emotiva che segnala l'inizio di un'avventura potenzialmente terapeutica. Il compito del paziente, in questo stadio iniziale, è quello di ricevere, accompagnato dal terapeuta, le memorie stato-dipendenti, le emozioni e le esperienze associate ai loro problemi. Il compito del terapeuta, a questo punto, è riconoscere ed agevolare il ciclo creativo naturale ultradiano dell'espressione genica, della neuro-genesi e della guarigione già iniziata. Le elaborazioni euristiche implicite (cioè suggerimenti terapeutici a fine aperto che permettono ai pazienti di creare la propria risposta piuttosto che dare un suggerimento autoritario che tenta di dirigere il paziente in un modo esatto come nella programmazione di un computer) sono impiegate per ottimizzare l'intero processo psicogenomico (Rossi, 2002). Il processo terapeutico può iniziare con una scala del sintomo, delle emozioni o degli atteggiamenti sperimentati dal paziente. Una scala soggettiva da uno a dieci (dove dieci rappresenta il valore peggiore di come il problema sia stato mai vissuto, cinque la media, mentre lo zero rappresenta uno stato completamente soddisfacente) può essere utilizzata per comprendere lo stato empirico del paziente prima, durante e dopo la procedura psicoterapeutica per valutarlo e convalidarlo (Rossi, 2002).

Stadio 2. Incubazione. Espressione Genica Correlata allo Stato Comportamentale.

L'espressione genica correlata allo stato comportamentale modula l'intera gamma degli stati psicobiologici che variano dal riposo all'intensa attività (Lloyd e Rossi, 1992, 1993). L'espressione genica correlata allo stato comportamentale rappresenta un anello di congiunzione fondamentale tra psicologia e biologia ed è essenziale nei rapporti tra inconscio e conscio. In questo stadio, il paziente sperimenta un lieve stato di confusione del ciclo creativo; a livello fenotipico, tale stato è vissuto come periodo di incubazione, meditazione o ricerca interiore dell'origine del proprio problema. Non appena i pazienti iniziano ad esaminare l'origine e la storia dei loro problemi, le dinamiche naturali di variazione Darwiniane sono sperimentate a livelli psicobiologici profondi: quando essi

tentano di richiamare alla memoria i dettagli delle loro esperienze traumatiche, senza rendersene veramente conto, stanno rivivendo il loro passato con nuove variazioni Darwiniane. Va specificato che Darwin (1859) definisce “variazioni casuali” tutti quei “cambiamenti” di cui non sono note le cause; essi avvengono silenziosamente e lentamente. Le variazioni casuali non si producono necessariamente come risposta alle condizioni ambientali anzi, nella maggioranza dei casi, sono inutili o indifferenti.

Compito principale del paziente, in questo stadio, è semplicemente ricevere ed accogliere quello che emerge spontaneamente dal vissuto dei loro problemi. I compiti del terapeuta, invece, durante questo secondo stadio, sono:

- 1) offrire domande terapeutiche indeterminate, aperte, che possano operare come elaborazioni euristiche implicite (domande aperte) per accedere e rivivere la memoria ed il comportamento stato-dipendenti che codificano i sintomi del paziente;
- 2) sostenere il paziente attraverso l'eccitazione, talvolta dolorosa, del loro ciclo naturale ultradiano di creatività, man mano che essi compiono uno sforzo coraggioso per richiamare i problemi del passato.

In questo stadio, è preferibile un ascolto rispettoso del paziente piuttosto che dare suggerimenti. Il richiamo e la ripetizione di memorie traumatiche e problematiche apre la possibilità di ricostruirle e di re-sintetizzarle a livello dell'espressione genica, della sintesi proteica, della neuro-genesi e della guarigione (Rossi, 2001, 2002). Il terapeuta incoraggia l'anamnesi spontanea del paziente, stimolandolo ad avere fiducia nel permettere che memorie dolorose siano rivissute “*solo per un altro po' di tempo*” nella condizione sicura della situazione terapeutica. Questo replay della memoria continua fino a quando il processo, completamente naturale di variazione Darwiniana, non generi nuove possibilità che spostano le implicate dinamiche associative del paziente verso opzioni appropriate per la risoluzione e la guarigione del problema. La guarigione, infatti, ha luogo quando la coscienza del paziente scopre opzioni e possibilità interessanti che reinquadrano il loro passato con nuove intuizioni che generano la ricostruzione terapeutica della memoria, del significato e della identità personale nello stadio 3 del ciclo creativo.

Stadio 3: Illuminazione. Espressione genica attività dipendente e selezione cosciente della novità e della Numinosità.

L'ipotesi di lavoro di base delle neuroscienze consiste nel fatto che le esperienze psicologiche della mente, della memoria, delle emozioni, dell'apprendimento e del comportamento sono decodificate nelle reti neurali del cervello (Gould et al., 1999; Van Praag et al., 1999, 2000). Nel migliore dei casi, l'esperienza del paziente nello stadio 3 può essere espressa con la famosa esclamazione “Ah-ha” o “Eureka” (Sternberg, 2000, 2001). Il compito del paziente è riconoscere coscientemente il potenziale valore del nuovo che appare nello Stadio 3. Altrettanto, il compito del terapeuta è quello di aiutare il paziente a riconoscere ed apprezzare il valore della novità e della numinosità che, di solito, emerge spontaneamente e senza preannuncio dopo il periodo di lotta interna nello stadio 2.

Stadio 4: Convalida e ratifica dell'espressione del gene bersaglio, della neuro-genesi, della risoluzione del problema e della guarigione.

Il richiamo di una memoria della vita quotidiana implica, invariabilmente, un rimescolamento delle vecchie rappresentazioni del passato con le nuove percezioni del presente. Questo rimescolamento di passato e presente, nel richiamo quotidiano, porta a

nuove associazioni che conducono ad un processo naturale Darwiniano di variazione e di scelta cosciente, nel cambiamento e nelle trasformazioni di memoria nel tempo. Il problema nello Stadio 4 del ciclo creativo, tuttavia, è che le nuove intuizioni terapeutiche e risoluzioni del sintomo, sperimentate nello Stadio 3, sono in se stesse fragili. Inoltre potrebbe verificarsi che, talvolta, i nuovi insight inizialmente vengano sperimentati solo momentaneamente nella situazione terapeutica per essere, subito dopo, persi quando i pazienti fuoriescono dalla studio e ritornano alla loro abituali situazioni di vita quotidiana che tendono a rievocare i loro vecchi traumi, sintomi e problemi. Il compito principale del paziente e del terapeuta nello Stadio 4 consiste nel consolidare il lavoro terapeutico dello Stadio 3. Il primo passo in questo processo di consolidamento può essere agevolato dal terapeuta offrendo un suggerimento post-ipnotico, non appena risulta evidente che il paziente ha ben superato lo Stadio 3. Questo passaggio può avvenire quando il paziente inizia a mostrare cambiamenti spontanei nel respiro, nei gesti facciali, nella posizione del corpo e nei minimi movimenti indicanti segni precisi di rientro dalla trance terapeutica. A questo punto, è necessaria una tale suggestione post-ipnotica capace di sostenere il comportamento del paziente ma, anche, la continuazione ed il consolidamento del lavoro terapeutico durante il suo ritmo naturale ultradiano di omeostasi e di adattamento alla vita quotidiana. Mediante l'utilizzo di una *elaborazione euristica implicita* nella forma di domanda aperta (per Es. *“quando la tua mente inconscia sa che può continuare questo lavoro curativo tutto da sola....Ogni volta che è completamente appropriato... e quando la tua mente cosciente sa che può collaborare aiutandoti a riconoscere quei momenti durante tutto il giorno quando è giusto riposarsi.... Ti troverai svegliola sentendoti ripristinato/a, vigile e tanto consapevole quanto ti è necessario per comprendere il significato della tua esperienza qui oggi?”*), (Rossi, 1986/1993, 1996, 2002). Con questa elaborazione euristica implicita nella forma di domanda aperta, il risveglio dalla trance terapeutica è reso secondario al processo curativo che continua ad un livello interiore, implicito, inconsapevole. Contemporaneamente, la mente conscia è focalizzata nella cooperazione imparando a riconoscere quei segnali ultradiani mente-corpo che possono essere utilizzati per rompere il ciclo stressante onde poter agevolare la nostra naturale *“risposta curativa ultradiana”* (Rossi, 1986/1993, 1996, 2002; Rossi e Nimmons, 1990).

Dopo il risveglio del paziente, il processo di consolidamento dei progressi terapeutici può essere favorito esaminando e discutendo le intuizioni e la risoluzione del sintomo con un senso di meraviglia e di riconoscenza, con un vero e proprio rafforzamento positivo del nuovo. La maggior parte delle persone **non sono** consapevoli di come **possono** agevolare e consolidare l'espressione genica, la neuro-genesi, la soluzione dei problemi e la guarigione nella vita giornaliera come pure nella psicoterapia. Questo quarto Stadio del processo creativo richiede cooperazione tra le dinamiche implicite, inconscie dell'espressione dei geni bersaglio (i geni specifici attivati nella memoria, nell'apprendimento e nella guarigione) e le dinamiche esplicite e coscienti di ratificare la realtà del nuovo. Il compito co-creativo del paziente è di riconoscere e valutare il nuovo che appare nello Stadio 3 e quindi pianificare, nello Stadio 4, come il nuovo può essere utilizzato nella vita reale. Il compito co-creativo del terapeuta nello Stadio 4 consiste:

- 1) nell'agevolare le esperienze creative del paziente per convalidare il valore dei loro processi psicoterapeutici;
- 2) nell'aiutare a reinquadrare e re-sintetizzare i sintomi in segnali e i problemi psicologici in risorse interiori (Rossi, 1986/1993, 1996, 2002).

La scala del sintomo può essere utilizzata per convalidare l'esperienza terapeutica e ciò che debba essere fatto nelle sessioni future.

3. Presentazione e sviluppo di un caso clinico con applicazione del Processo Creativo.

3.1 Anamnesi

Nomineremo il paziente del caso riportato come A., giovane uomo di 25 anni, secondogenito di tre fratelli; attualmente vive con la madre ed i suoi due fratelli. Il padre è deceduto nel 2015, a causa di un ictus. A. chiede di poter migliorare la qualità delle sue relazioni interpersonali e sentirsi “*meno inappropriato, meno sballato*”. Dall’età di 6 anni A. soffre di una importante forma di psoriasi reumatoide. La diagnosi, però, arriva solo all’età di 11 anni. A causa della sua malattia, non riesce più a stendere completamente il dito mignolo di entrambe le mani, presenta estese escoriazioni su entrambe le braccia, sulle mani e sulla fronte. A. è un ragazzo molto alto, leggermente in sovrappeso, goffo nei movimenti. Non incrocia mai direttamente il mio sguardo e si definisce tendenzialmente un misantropo. E’, però, un creativo: ama la fotografia, la storia, l’arte e la scrittura e segue vari corsi di “scrittura creativa”, tanto da decidere di volerne fare una professione nel futuro. Attualmente non ha un lavoro stabile: nei mesi estivi, lavora come bagnino di salvataggio mentre, in inverno, si dedica principalmente alla scrittura creativa. Ha pubblicato diverse storie (genere fantasy) ed ha partecipato a vari concorsi on-line di scrittura creativa. Sogna un futuro lontano dal paese in cui vive ora, un lavoro stabile nella pubblica amministrazione e vuole “*stare solo sereno*” (Cit.). Tra i primi obiettivi terapeutici condivisi, abbiamo affrontato il tema della sua bassa autostima, le relazioni amicali, il rapporto conflittuale con la madre, e, solo successivamente, il tema della morte del padre. Ad un esame obiettivo, A. appare lucido e ben orientato ma presenta tratti ossessivi e, talvolta, lievemente persecutori, con una tendenza alla ruminazione mentale. Spesso, tende a procrastinare pur di non assumersi totalmente alcune responsabilità. Il linguaggio è fluido, talvolta si esprime in maniera logorroica. Nella fase iniziale della terapia appare in grossa difficoltà sul piano emotivo: viene travolto dalle emozioni, fa un grosso sforzo per contenersi e non lasciarle mai del tutto trapelare. Difficilmente riesce a piangere, se non quando si parla del padre.

Il percorso terapeutico di A., come anticipato, inizia con l’obiettivo di andare a ricostruire o, per meglio dire, costruire la sua autostima ed, al contempo, provare a “smussare gli angoli” della sua forte tendenza/bisogno di perfezionismo. Negli incontri successivi, si è lavorato molto sul tema delle emozioni, costruendo numerose ed interessanti metafore. A. si descrive come un “*elefante in una cristalleria*” al quale basta un minimo movimento per rompere/distruggere. Il tema dell’inadeguatezza, associato all’incapacità di esprimere le sue emozioni diventano la via preferenziale per avviare il processo creativo.

3.2 Il processo creativo: metafora della “Metastasi Emotiva”.

Il percorso di A. è iniziato circa 6 mesi fa; al momento, A. ha raggiunto una iniziale consapevolezza delle sue modalità relazionali ma sente ancora forte la difficoltà di “sentire” ed esprimere le sue emozioni, tende ancora a chiudersi ed isolarsi nei momenti di difficoltà poiché sente molto forte il giudizio degli altri, specie delle persone per lui significative.

Arriva in terapia, è più silenzioso del solito, lo osservo e provo a leggere i segnali del suo non-verbale, è orientato verso di sé, predisposto ad un dialogo interiore. Non so esattamente se oggi aveva un argomento specifico su cui voleva lavorare, seguo il mio “sentire”, faccio qualche domanda che possa contribuire in A. una condizione favorevole per agevolare lo stato di trance ed il processo creativo prende avvio: il paziente sta accedendo alle sue memorie stato-dipendenti, è rilassato, completamente abbandonato sul divano, le gambe distese e morbide, le braccia lungo il corpo, le mani poggiate sulle gambe. Gli occhi sono chiusi e si nota un lieve battito di ciglia. Il respiro è lento e profondo: è nello stadio 1.

“*Mi sento come se avessi una metastasi emotiva giusto sulla bocca dello stomaco*”, afferma. Rivolgo una domanda per valutare la scala soggettiva del sintomo e provo semplicemente a facilitarlo nel suo dialogo interiore. Dichiaro che percepisce il suo problema in maniera molto intensa e attribuisce un punteggio 8, riferendosi al peso che la “metastasi” esercita sul suo stomaco. E’ come una palla di un materiale molto duro, forse marmo, difficilmente plasmabile. Inizia ad aggrottare la fronte e a stringere vistosamente gli occhi, è palesemente entrato nello stadio 2. Pongo una domanda: gli chiedo in quale parte del corpo sente invece uno stato di maggiore rilassatezza e soprattutto di leggerezza ed inizio a vedere che il suo volto si rilassa per qualche momento. Indica di sentire leggerezza alle gambe e lo invito a concentrarsi per qualche attimo su quella leggerezza, rispetto al peso che dichiarava di sentire sulla bocca dello stomaco; inizia a raccontare. Durante il racconto diventa più rigido, paonazzo e suda vistosamente. Lo accompagno in questa fase invitandolo a concentrarsi sulle sensazioni che sta sperimentando e sottolineando la sua possibilità di giungere ad un cambiamento. Ha bisogno di essere sostenuto ed incoraggiato, gli fornisco dei rinforzi positivi rispetto alla possibilità di cambiamento. Dopo diversi minuti, inizio a notare un cambiamento nella sua mimica facciale: il viso è più disteso, accenna quasi un sorriso, è di nuovo più rilassato, meno rigido, il respiro più regolare e lo invito ad accettare tutto quello che sta avvenendo e a beneficiarne. Suppongo che sia giunto nella fase 3 del processo così gli offro dei rinforzi e provo ad accompagnarlo alla fase successiva. In ultima analisi, gli chiedo quanto sente ancora il peso della “metastasi” sullo stomaco e riferisce di provare un forte senso di sollievo, di maggiore leggerezza: “*la metastasi è molto più piccola ora, molto più leggera, credo 4*” (cit.). Con delle parole di rinforzo che tendono a sottolineare il benessere che ha raggiunto, lo accompagno verso la chiusura della processo creativo. Si conclude così la prima esperienza di A. che impiega un po’ di tempo per ridestarsi; mi complimento con lui per il lavoro fatto e concludo l’incontro. Nelle sedute successive, torniamo sui contenuti emersi, in special modo affrontiamo il tema della “metastasi emotiva”, di quanto sia diminuita e di quanto si senta più libero di vivere e, soprattutto, esprimere determinate emozioni senza sentirsi sempre inadeguato, sbagliato, additato. Il paziente dichiara di aver vissuto qualcosa di davvero particolare e nuovo, ha scoperto che può “aiutarsi” a stare meglio; lo sostengo in questa nuova consapevolezza. Nei mesi successivi, facciamo altri incontri utilizzando il processo creativo e le sensazioni di positività e di benessere trovano nuovamente conferma. Lavoriamo anche sul trauma della morte del padre, riprendendo la metafora della “metastasi emotiva” per affrontare, in particolare, le emozioni di rabbia e delusione e, anche in questo caso, A. riesce a fare un buon percorso dichiarando di provare sensazioni di rabbia e di delusione molto meno intense.

4. Conclusioni

Il paziente stesso ha riferito quanto questo tipo di lavoro sia stato di grande utilità, nonostante l’intensità e lo “sforzo” che ha dovuto compiere per giungere a delle nuove consapevolezze e soluzioni più funzionali per lui. Appare piuttosto consapevole di aver acquisito dei nuovi strumenti che sta sperimentando ed “allenando” nel suo quotidiano. Sono nettamente diminuiti i suoi livelli di ruminazione mentale e la sua tendenza a procrastinare le scelte importanti e le azioni da attuare per raggiungere i suoi obiettivi. Oggi è più consapevole e si concede anche di poter sbagliare senza il terrore di “sentirsi sbagliato” ma con la possibilità di poter, in qualche modo, recuperare in tempi più accettabili e senza la necessità di procrastinare. E’ migliorata la qualità delle sue relazioni interpersonali e comincia anche a mettersi più in gioco, riconoscendosi la possibilità di provare ed accettare, eventualmente, anche un rifiuto. E’ gradualmente migliorata la sua autostima. Oggi, appare più sereno e più pronto anche ad affrontare le nuove sfide che la

vita gli pone, con più determinazione e con minor preoccupazione e di tutto ciò ne beneficia notevolmente anche la sua psoriasi.

Riferimenti bibliografici

- Celia, G. (2016), “L’approccio Strategico integrato: l’evoluzione in psicoterapia”, Franco Angeli, Milano.
- Cozzolino, M. (2008), “Le strategie comunicative. Soluzioni per problemi relazionali e professionali” ,Edizioni Carlo Amore, Roma.
- Erickson, M.H., Rossi, E.L., Rossi, S.I. (1979), “Tecniche di suggestione Ipnótica. Introduzione dell’ipnosi clinica e forme di suggestione indiretta”, Astrolabio, Roma.
- Erickson, M.H., Rossi, E.L. (1982), “Ipnoterapia”, Astrolabio, Roma.
- Erickson, M.H. (1983), “La mia voce ti accompagnerà. I racconti didattici di Milton Erickson, a cura di Sidney Rosen”, Astrolabio, Roma.
- Erickson, M.H., Rossi, E.L. (1985), “L’esperienza dell’Ipnosi. Approcci terapeutici agli stati alterati”, Astrolabio, Roma.
- Erickson, M.H. (1988), “La comunicazione Mente-Corpo in Ipnosi. Seminari, dimostrazioni e conferenze di Milton H. Erickson”, volume III, Astrolabio, Roma.
- Nardone, G., Watzlawick, P. (2010), “L’arte del cambiamento. La soluzione dei problemi psicologici personali e interpersonali in tempi brevi”, Tea Edizioni, Milano.
- Rossi, E.L. (2004), “Discorso tra geni. Neuroscienza dell’Ipnosi terapeutica e della psicoterapia”, Editris.
- Rossi, E.L., Rossi, K.L. (2008), “Le nuove neuroscienze della psicoterapia, dell’Ipnosi Terapeutica e della Riabilitazione: un dialogo creativo con i nostri geni”.
- Watzlawick, P., Nardone, G. (a cura di), (1997), “Terapia Breve Strategica”, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Watzlawick, P. (1977), “Il linguaggio del cambiamento. Elementi di comunicazione terapeutica”, Feltrinelli, Milano (2004).



dott. ssa Mariagrazia Graziano

Psicologa –psicoterapeuta ad orientamento strategico integrato ed esperta- master in genomica psicosociale

ABAV

ACCADEMIA DI BELLE ARTI
LORENZO DA VITERBO



*Ministero dell'Istruzione
dell'Università e della Ricerca*

legalmente
riconosciuta
dal Ministero
dell'Istruzione e
dell'Università

arte



**SCULTURA
RESTAURO
PITTURA
GRAFICA
SCENOGRAFIA
CINEMA &
TELEVISIONE**

ACCADEMIA DI BELLE ARTI
LORENZO DA VITERBO

VITERBO
VIA COL MOSCHIN 17

per informazioni
0761*220442

L'APPLICAZIONE DELL'ARTICOLO 14 DEL CODICE DEONTOLOGICO DEGLI PSICOLOGI AL LAVORO TERAPEUTICO NEI CONTESTI DI GRUPPO

di Arianna Specchio e Sara Velardi

Abstract

Il presente lavoro rappresenta una revisione, in chiave strategico integrata, dell'applicazione dell'articolo 14 del codice deontologico degli psicologi al lavoro con i gruppi. La plasticità propria del nostro modello teorico ed epistemologico consente di utilizzare il corpus normativo in maniera strategica, aumentandone ulteriormente le potenzialità. Nel contesto della dinamica di gruppo, non sempre è necessario e utile esplicitare le regole che sottendono le modalità di appartenenza dei partecipanti; tuttavia, affinché l'articolo 14 del nostro Codice deontologico sia rispettato, non è solo necessario sottolineare il diritto di tutti alla riservatezza e l'obbligo di rispettare la privacy di ciascun membro, ma è fondamentale che tra i partecipanti e nei confronti del conduttore si crei un profondo legame di fiducia. Nel contesto gruppale, il ruolo di "catalizzatore etico" spetta al conduttore, che deve necessariamente fare in modo che i partecipanti sentano non solo rispettata la loro privacy, ma che percepiscano un forte senso di appartenenza anche in assenza di regole chiaramente esplicitate.

1 • Il codice deontologico degli psicologi: un'introduzione all'articolo 14

L'articolo 14 del nostro Codice Deontologico recita testualmente: *“Lo psicologo, nel caso di intervento su o attraverso gruppi, è tenuto ad informare, nella fase iniziale, circa le regole che governano tale intervento. E' tenuto altresì ad impegnare, quando necessario, i componenti del gruppo al rispetto del diritto di ciascuno alla riservatezza”*. Nell'adunanza del 27 e 28 giugno 1997, il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi ha approvato l'attuale stesura del Codice Deontologico degli Psicologi italiani abilitati, che in data 17 Gennaio 1998 è stata approvata, mediante referendum, dalla Categoria Professionale degli Psicologi iscritti agli Albi dei 21 Ordini territoriali italiani. Esso è pertanto entrato in vigore dal 16 febbraio 1998 e, sulla base di quanto previsto dalla Legge 56/89, dovrà essere periodicamente aggiornato, al fine di continuare ad esprimere nel tempo quel "sentire comune" che la Comunità degli Psicologi percepisce rispetto a se stessa nell'evoluzione della propria identità professionale complessiva. Nella sua odierna stesura, ad ogni modo, il Codice Deontologico degli Psicologi è costituito da 42 articoli, suddivisi in cinque gruppi tra loro omogenei e riuniti in cinque "Capi": Capo I: "Principi generali", comprendente 21 articoli (dall'1 al 21 compresi); Capo II: "Rapporti con l'utenza e con la committenza", comprendente 11 articoli (dal 22 al 32 compresi); Capo III: "Rapporti con i colleghi", comprendente 6 articoli (dal 33 al 38 compresi); Capo IV: "Rapporti con la società", comprendente 2 articoli (dal 39 al 40 compresi); Capo V: "Norme di attuazione", comprendente 2 articoli (dal 41 al 42 compresi). Il Codice Deontologico, per avere una sua applicabilità e funzionalità, deve sempre rispecchiare in modo sufficientemente fedele i valori e le norme sui quali la comunità scientifica degli psicologi tende a riconoscersi, anche se essi si vengono a modificare nel tempo. E' infatti fondamentale che il Codice non sia in ogni periodo storico coerente con l'identità professionale della

Categoria in modo semplicemente passivo, poiché esso è stato di fatto ritenuto dal legislatore anche come uno strumento attivo e di promozione dei fondamenti sui quali la Categoria costruisce la propria identità. Quattro sono i principi fondamentali ai quali il Codice Deontologico degli Psicologi italiani complessivamente si ispira: meritare la fiducia del cliente; possedere una competenza adeguata a rispondere alla domanda del cliente; usare con giustizia il proprio potere; difendere l'autonomia professionale. In riferimento al primo di questi quattro punti, perché lo psicologo possa ottenere la piena fiducia del proprio paziente è necessario che egli ne garantisca il rispetto e la tutela della privacy. Ovviamente, come specificato nel testo dell'art.14, questo è vero tanto nella pratica clinica individuale, quanto in presenza di individui facenti parte di un gruppo. In questo caso, per gli interventi psicologici rivolti a gruppi di individui si devono considerare, oltre alle regole definite nella relazione professionale "a due", anche quelle regole del contesto gruppale specifico. Dal momento che gli ambiti di intervento con e su i gruppi sono ormai molteplici (gruppi terapeutici, gruppi di formazione, gruppi di dinamica, counseling, ecc.) è pertanto necessario stabilire regole chiare e specifiche che governino l'intervento. Inoltre, è compito dello psicologo conduttore fare in modo che ciascun partecipante sia informato sulle regole legate al diritto alla riservatezza e le osservi rigorosamente, pur non essendo tenuto formalmente al rispetto delle stesse (Calvi e Gulotta, 2012). Nella norma si utilizza l'espressione *su o attraverso gruppi* perché, proprio per l'eterogeneità della materia, il gruppo può essere sia oggetto dell'intervento che strumento attraverso il quale si interviene con finalità diverse, esterne o interne al gruppo stesso. Lo psicologo, inoltre, ha la responsabilità di selezionare i contesti gruppali in cui effettivamente si pone il problema della riservatezza, scartando quelli in cui non sono messe in gioco istanze psicologiche o informazioni personali "sensibili" e quindi che necessitano di tutela. Ad esempio, i partecipanti ad un gruppo terapeutico avranno esigenze del tutto diverse, rispetto alla loro privacy, di quante non ne abbiano i partecipanti ad un gruppo di formazione, soprattutto per quanto attiene al loro investimento emotivo e personale. Dunque, è possibile concludere come sia l'ambito clinico quello in cui è più chiara la necessità di porre le condizioni affinché i componenti del gruppo siano chiamati ad assumere vincoli reciproci, sulle informazioni che circolano e sul loro contenuto. Il rimando dell'art. 14 del Codice Deontologico al tema del "consenso informato" è dunque evidente, soprattutto in riferimento alla chiarezza e specificità delle informazioni che il conduttore del gruppo deve fornire ai partecipanti, per fare in modo che il loro senso di appartenenza sia una leva motivazionale sufficiente a favorire la riservatezza dei contenuti che emergono durante il lavoro. Gli adempimenti richiesti allo psicologo/psicoterapeuta dal D.Lgs. 196/2003 in materia di Privacy prevedono che i dati personali di cui viene in possesso il professionista nello svolgimento dell'attività lavorativa siano custoditi con la massima cura. E' inoltre necessario che lo psicologo faccia sottoscrivere al proprio cliente, all'atto del conferimento dell'incarico professionale, una informativa/dichiarazione autorizzatoria (che esprima cioè il suo consenso) al trattamento sia dei dati personali di tipo generico, sia di quelli considerati "sensibili". Il consenso è validamente prestato solo se è espresso liberamente, in forma specifica e documentata per iscritto, e se sono state date all'interessato (cliente-committente) - per iscritto o verbalmente - le seguenti informazioni (art. 13 del D.Lgs. 196/2003): sulle finalità (per l'espletamento dell'incarico professionale) e modalità del trattamento cui sono destinati i "dati personali"; sulla necessità del conferimento di tutti quei dati che sono indispensabili per l'assolvimento dell'incarico professionale; circa l'ambito professionale di comunicazione o diffusione dei dati stessi; sui diritti dell'interessato (cliente-utente) circa il trattamento dei suoi dati personali: diritti elencati nell'art. 7 del D.Lgs.

196/2003; il nome e l'indirizzo del "responsabile" - ove sia una persona diversa dal libero professionista quale "titolare" dei dati - del trattamento dei dati. Tale procedura non può essere sottovalutata né bypassata nel momento in cui il professionista si trova a lavorare con un gruppo di clienti-pazienti, ai quali è invece fondamentale rimandare la garanzia della tutela della privacy ed il mandato di riservatezza a cui ciascuno di loro è tenuto.

2 • L'applicazione in chiave strategico integrata dell'articolo 14 al lavoro sui gruppi

Così come avviene nel lavoro con il singolo individuo, anche nel setting gruppale il presupposto alla base dell'intervento terapeutico ad orientamento strategico-integrato è che la realtà non sia un costrutto oggettivo e monolitico, ma una dimensione che varia in base alle rappresentazioni ed alle narrazioni che di essa offre il paziente (Nardone, Watzlawick, 1997). Per tale ragione, il percorso terapeutico stesso dovrebbe mirare a rendere funzionale ed egosintonica la realtà che il paziente vive, così da consentirgli il miglior adattamento possibile al mondo circostante. Allo stesso modo, il modello strategico-integrato sostiene che nel lavoro di gruppo sia necessaria la ristrutturazione delle narrazioni, delle rappresentazioni e delle manovre strategiche costruite dal gruppo nel suo percorso, per poter giungere ad un reale cambiamento. Il ruolo del conduttore di gruppo è centrale nell'approccio strategico-integrato ancor più che in altri orientamenti teorici e metodologici, poiché suo è il compito di decodificare la realtà che il gruppo ha costruito, ponendosi in una modalità osservativa ed esplicativa. Avendo sempre ben chiaro l'obiettivo terapeutico che intende perseguire e non colludendo con le richieste dei partecipanti di fornire maggiori indicazioni, il conduttore deve essere in grado di raccogliere tutti gli elementi e gli indizi che il gruppo inconsapevolmente gli fornisce nel *qui ed ora*, di osservare gli stili relazionali e co-costruire con i partecipanti azioni dinamiche che tendano al cambiamento. Perché il gruppo possa essere sufficientemente pronto a lavorare sulle istanze che ritiene significative per la sua evoluzione e per i singoli individui che ne fanno parte, è prima necessario che il conduttore porti a livello di consapevolezza le resistenze, le modalità comunicative e gli schemi intra ed interpersonali di ciascun membro. E', infatti, soprattutto attraverso la narrazione che le persone costruiscono linee guida che consentono loro di esplorare la realtà e di orientare successivamente l'azione (De Leo, 1991); l'osservazione analitica e scrupolosa di tali narrazioni, da parte del terapeuta conduttore, può dunque essere un valido indicatore della fase evolutiva in cui il gruppo si trova. Quando ci trovammo ad essere per la prima volta delle partecipanti ad un gruppo di dinamica, il terapeuta conduttore, che osservava ciascuno di noi senza proferire parola, disse solo: "la dinamica è iniziata". Poi tacque per le seguenti tre ore. Sono trascorsi quattro anni da quell'incredibile momento e, in questo tempo, oltre ad aver appreso molte più nozioni sul funzionamento gruppale, abbiamo avuto la possibilità di sperimentarci come conduttrici, sia nel contesto formativo che in ambito professionale. Il principio di fondo è che per leggere e condurre i gruppi, bisogna farne esperienza diretta (Celia, 2014). Quando si lavora in setting di gruppo, è necessario essere consapevoli delle profonde differenze rispetto al contesto individuale e di quanto il gruppo sia un potente acceleratore dei processi intra ed interpersonali, rendendo quindi il ruolo del conduttore di fondamentale importanza nel tessere le fila per il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Questi ultimi, insieme alle modalità e agli strumenti a disposizione del terapeuta, cambiano a seconda della tipologia di gruppo: di lavoro, di formazione, di terapia, di dinamica. Nel caso della dinamica, il terapeuta conduttore esercita il suo ruolo e fornisce indicazioni diverse ai partecipanti, a seconda della fase emotiva e narrativa in cui il gruppo si trova, nel

processo di costruzione della sua identità (fase fusionale, fase di individuazione e fase di costanza dell'oggetto) (Celia, 2014). L'art. 14 del nostro codice deontologico stabilisce che lo psicologo espliciti ai partecipanti ad un gruppo le regole che sottendono il suo intervento e l'appartenenza al gruppo stesso; tuttavia, nel contesto della dinamica, interpretata in chiave strategico-integrata, l'adempimento di tale dettame passa anche attraverso l'assenza di regole esplicitate. Il conduttore deve essere in grado di passare dal singolo al gruppo, alternando manovre di restituzione, esplorazione e interpretazione, senza preoccuparsi del giudizio dei partecipanti ed evitando di trattare troppi temi contemporaneamente, per evitare il rischio che il gruppo cada in forme di dissonanza cognitiva e non recepisca chiaramente le indicazioni fornite. Decisivo per lo sviluppo potenziale del gruppo è l'utilizzo creativo da parte del terapeuta della sua presenza e la capacità di modificare il suo stile, in base agli obiettivi e i bisogni gruppalì. In un gruppo di dinamica, le uniche regole di processo che il terapeuta può inizialmente preoccuparsi di esplicitare riguardano il tempo e lo spazio, senza fornire nessun altro compito, presentazione o pretesto cognitivo-verbale per indurre i partecipanti a fare gruppo, in modo tale che i movimenti dinamici sorgano spontaneamente e non si forzi l'insight dei singoli (Celia, 2016). Il conduttore è in ascolto attivo, ma non collude con le richieste di aiuto e di riduzione del senso di angoscia che i partecipanti gli inviano, mantenendosi forte dal punto di vista emotivo, saldo ed assertivo. Ovviamente ciò non costituisce una violazione della nostra deontologia professionale, dal momento che le premesse fondamentali per la tutela della privacy dei partecipanti sono esplicitate sin dal primo incontro. Al gruppo vengono rese note le finalità terapeutiche del percorso, le modalità, la durata e i tempi di svolgimento degli incontri. Talvolta, nella nostra pratica professionale, è stato utile far firmare un contratto terapeutico, che definisse formalmente le regole dei contraenti, senza per questo rendersi necessaria l'esplicitazione degli obiettivi e delle strategie utilizzate per conseguirli. Il lavoro in gruppo, sia per il suo conduttore che per i membri che ne fanno parte, richiede molteplici competenze e la capacità di passare rapidamente dall'analisi del sé ad una dimensione più relazionale. Irvin Yalom affermava come spesso la sedia del conduttore sia una "poltrona scomoda" (Yalom, 2005; 2014), ma che nessuna postazione possa offrire scorci migliori sull'animo umano e le sue modalità di funzionamento ed interazione. Il contesto di gruppo consente di sperimentare il proprio sé relazionale e di far emergere, in maniera diretta ed evidente, rappresentazioni di noi stessi che spesso manteniamo ad un livello di inconsapevolezza. Compito del terapeuta sarà monitorare questi flussi emotivi e l'andamento generale del gruppo, utilizzando ogni input presente nell'ambiente, per consentire ai singoli membri ed al contesto globale di acquisire via via più consapevolezza e poter avviare il motore del cambiamento terapeutico. Il principio di utilizzazione, di stampo ericksoniano, che è un altro strumento proprio dell'approccio strategico integrato, diventa così di fondamentale importanza nel lavoro di gruppo, dal momento che consente al terapeuta di indagare ogni aspetto contraddittorio di ciascun membro, sia sul piano individuale che su quello di contesto. L'unico modo perché ciò possa avvenire in maniera efficace e profondamente terapeutica è che il conduttore si metta totalmente in gioco, riflettendo sulla propria emotività, sugli aspetti di risonanza e di dissonanza che sperimenta nel gruppo e proceda in questa direzione per definire gli obiettivi terapeutici che, in ottica strategica, sono essi stessi la guida dell'intervento. Gulotta (2010) definisce questa come una tra le più importanti *skill* del terapeuta strategico, ovvero la sua abilità di stimolare il soggetto e, in questo caso il gruppo, a fissare delle mete, utilizzandole nel contempo come il tracciato su cui ridefinire e rimodulare il percorso terapeutico. Ovviamente, ciò non può avvenire in maniera corretta se il conduttore non formula

delle ipotesi, man mano che la dinamica evolve, non le verifica e non le comunica al gruppo, senza temere di essere troppo diretto o intrusivo, ma aspettandosi che le resistenze che ciascuno metterà in atto facciano parte del processo dinamico stesso. Perché l'articolo 14 del nostro Codice deontologico sia rispettato, non è solo necessario esplicitare il diritto di tutti alla riservatezza e l'obbligo di rispettare la privacy di ciascun membro, ma è fondamentale che tra i partecipanti e nei confronti del conduttore si crei un profondo legame di fiducia. La *compliance* del paziente non può prescindere dal fatto che egli senta di potersi totalmente affidare al terapeuta, al quale è demandata la guida del trattamento e la sua responsabilità sul piano etico. Le modalità con cui il professionista può ottenere che si rinsaldi via via il legame di fiducia con il paziente o con i membri del gruppo che conduce, sono peculiari per ogni approccio. Nello specifico, seguendo le linee guida che Watzlawick fornisce in merito alle caratteristiche del modello strategico integrato nel suo testo "Pragmatica della comunicazione umana" (Watzlawick *et al.*, 1967), lo psicoterapeuta strategico ha a disposizione degli strumenti proprio per creare e rafforzare il legame di fiducia con i suoi pazienti. Tra questi, si possono ricordare: *l'ascolto attivo*, che per il paziente si traduce nell'esperienza emotiva di sentirsi accolto ed accettato incondizionatamente (Rogers, 1975), contribuendo così a creare una relazione terapeutica efficace e ben salda. Secondo Rogers, infatti, l'elemento che determina fino a che punto il contatto sia un'esperienza che facilita o che limita la crescita psicologica del soggetto è la qualità del rapporto personale che egli instaura con il terapeuta. Perché ciò avvenga è necessario che il professionista si ponga in una modalità accogliente, non perdendo mai di vista l'importanza di raccogliere tutti gli elementi presenti nel setting, ma senza porsi con fare indagatore ed intrusivo. Dalla prospettiva dello psicologo, ascoltare attivamente si traduce nell'integrazione delle capacità di ricezione, comprensione e assimilazione con quelle di percepire e osservare l'interlocutore, anche attraverso i messaggi non verbali e para-verbali che egli invia; *l'empatia*, che attiva le potenzialità positive presenti nel paziente, facendolo sentire compreso ed affiancato nel suo percorso di scoperta e crescita personale. Il terapeuta deve essere capace di avvicinarsi al mondo emotivo del paziente, come se gli appartenesse, ma senza perdere di vista il limite del "come se"; *le tecniche di comunicazione suggestiva*, ovvero quell'insieme di tecniche e strategie che, aggirando le rappresentazioni del paziente, fanno in modo che egli costruisca inconsapevolmente nuove percezioni e cognizioni che innescano il cambiamento. Milton Erickson è stato tra i primi terapeuti ad utilizzare la suggestione e la comunicazione ingiuntiva come strumenti terapeutici persuasivi, in grado di provocare nel paziente quella che è stata definita come "esperienza emozionale correttiva" (Erickson, 1983). Ad Erickson e allo studio delle sue tecniche ingiuntive, da parte dell'equipe di Gregory Bateson, Jay Haley e John Weakland, si deve infatti la nascita del modello strategico di terapia breve. Condurre un gruppo, qualunque siano le sue finalità, è molto più che considerarlo una somma di individui. Richiede capacità di ascolto, osservazione e padronanza delle tecniche di intervento e delle strategie comunicative, nonché l'abilità di lavorare contemporaneamente a più livelli. Quando un gruppo è particolarmente resistente o quando si trova in una fase ancora di immaturità, il ruolo dello psicologo che deve condurlo verso il cambiamento è particolarmente complesso, come complesse sono le dinamiche sottostanti i suoi passaggi evolutivi. Nella nostra esperienza personale, sia come partecipanti ad un gruppo di dinamica, sia come conduttrici, presupposto fondamentale per avviare il lavoro è stata la consapevolezza che le informazioni, strettamente personali e fortemente emotive, sarebbero state tutelate e ne sarebbe stata garantita la riservatezza. Benché il codice deontologico non faccia alcuna differenza tra i vari orientamenti teorico-metodologici

cui i professionisti afferiscono, riteniamo che in particolare modo uno psicoterapeuta strategico integrato non debba mai sottovalutare l'importanza del legame di fiducia e della compliance che il paziente è in grado di maturare nei suoi confronti. Ciò non cambia quando si lavora con un gruppo, anzi si amplifica, poiché le persone devono sentirsi reciprocamente legate e rispettate. Questo ruolo di “catalizzatore etico”, soprattutto nella fase conoscitiva e di presentazione, spetta al conduttore del gruppo. Ciascun professionista opera secondo le sue modalità e sulla base del proprio credo personale, ma l'esistenza del codice deontologico consente di uniformare le prestazioni e di adeguarle ad uno standard etico.

Riferimenti bibliografici

Calvi E. e Gulotta G. (2012), *Il codice deontologico degli psicologi commentato articolo per articolo*, Giuffrè, Roma.

Celia G. (2014), *Il gruppo strategico-integrato. Teoria, metodi e strumenti per una conduzione efficace*, Franco Angeli, Milano.

Celia G. (2016), *La psicoterapia strategico-integrata. L'evoluzione dell'intervento clinico breve*, Franco Angeli, Milano.

De Leo, G. (1991), “L'analisi dell'azione e la psicologia applicata ai problemi della devianza e della giustizia”, in *Ricerche di psicologia*, 3, 21-41.

De Leo G., Pierlorenzi C., Scribano M.G. (2000), *Psicologia, etica e deontologia. Nodi e problemi della formazione professionale*, Carocci Editore, Roma.

Erickson M. (1983), *La mia voce ti accompagnerà*, Astrolabio, Roma

Gulotta G. (2010), *Lo psicoterapeuta stratega. Metodi ed esempi per risolvere i problemi del paziente*, Franco Angeli, Milano.

Rogers C.R.(2013), *La terapia centrata sul cliente*, Giunti, Firenze.

Yalom I. (2005), *La cura Schopenhauer*, Neri Pozza, Milano.

Yalom I. (2014), *Il dono della terapia*, Neri Pozza, Milano.

Watzlawick P, Beavin J. H., Jakson D.D. (1976), *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma

Watzlawick P., Nardone, G. (1997), *Terapia breve strategica*, Raffaello Cortina, Milano.

Un ringraziamento speciale va alla dott.ssa Giovanna Celia, guida e mentore del mio percorso personale e professionale, alla quale devo la grande passione per il lavoro con i gruppi.



Dott.ssa Arianna Specchio
Psicologa-Psicoterapeuta



Dott.ssa Sara Velardi
Psicologa-Psicoterapeuta

LA NASCITA DELLA PSICOLOGIA COLLETTIVA: STORIA E TEORIE

di Sara Velardi e Arianna Specchio

Abstract

L'idea di questo articolo nasce e si sviluppa a partire da alcuni fatti importanti di cronaca che ormai da tempo stanno interessando la vicina Francia. In particolare, il riferimento è alle numerose azioni violente caratterizzate da blocchi stradali, scontri con la polizia, vandalismo su opere architettoniche e devastazione di proprietà private e beni pubblici messe in atto dai "Gilet jaunes", un movimento spontaneo di protesta nato sui social network nel maggio del 2018 contro l'aumento dei prezzi del carburante e l'elevato costo della vita. Obiettivo di questo articolo non è di certo discutere sulla legittimità delle richieste avanzate dai francesi piuttosto sulle dinamiche che, apparentemente fuori da ogni logica, sottendono alle modalità storicamente rivoluzionarie di un popolo (e non solo) che, in questo caso, oltre ad aver prodotto centinaia di arresti, hanno causato centinaia di feriti e nel caso più estremo la morte di una persona. In questo articolo troverete una rassegna storica delle teorie collettive più accreditate a cui di seguito si ispirarono grandi menti tra cui il padre della psicoanalisi Sigmund Freud, il primo a teorizzare sulle dinamiche di gruppo. Attraverso una sintesi teorica, abbiamo cercato di rispondere a due quesiti in particolare: <<Ci sono motivazioni profonde che inducono l'individuo a comportarsi nella massa in modo diverso da come si comporterebbe isolatamente? La massa ha sempre carattere negativo?>>

1. LA NASCITA DELLA PSICOLOGIA COLLETTIVA: IL CONTESTO STORICO

La psicologia della folla prende l'avvio da una serie di fenomeni sociali e culturali che interessano, nella seconda metà dell'Ottocento, gran parte dell'Europa. Il processo di industrializzazione, che in alcuni paesi era ancora agli inizi, comincia a diffondersi a macchia d'olio e ad un ritmo sempre più accelerato; l'incremento demografico, che avviene parallelamente allo sviluppo economico ed al progresso scientifico, conduce ad un aumento impressionante della popolazione europea. Lo sviluppo degli insediamenti industriali provoca un massiccio spostamento della mano d'opera: spinti dalla speranza del benessere, i contadini abbandonano le campagne ed emigrano verso i paesi economicamente più avanzati e verso le grandi città. Nasce una nuova classe sociale, il proletariato industriale urbano. Questo è il terreno su cui germogliano nuovi stili di vita non privi di difficoltà: il sogno di un benessere si infrange gradualmente contro una vita durissima, dove i salari non corrispondono alle esigenze economiche di chi, trasferendosi, necessita di nuove abitazioni, di inserimento sociale, di regolazioni legislative che regolino e legittimino la vita di queste persone.

L'insoddisfazione produce fermenti di idee e favorisce la diffusione di una visione socialista di questa nuova classe; nasce il sindacato a tutela dei nuovi lavoratori e con esso i primi scioperi come forme di protesta. Nasce così il movimento operaio, frutto dello scontento dei lavoratori e dall'appoggio degli anarchici che spingono ad agire attraverso forme di lotta tumultuose ma ancora disorganizzate; il socialismo che si propaga è informale e guidato dall'immediatezza della sommossa, quasi un socialismo da strada. I tumulti che nascono, sono seguiti da uno sciopero fatto di violenze, saccheggi, distruzione di aziende, incendi; fermare questi tumulti è difficile, nell'intero paese serpeggia la rabbia dei lavoratori, intenzionati a distruggere tutto quello che incontrano. Armati e decisi, gli operai saccheggiano campagne e ricorrono a pistole e dinamite. L'esercito e la guardia nazionale non riescono a far fronte ai vari focolai che si diffondono. I governi corrono ai ripari per arginare il dilagare dei fenomeni, adottando strategie repressive, alternate a permessi e concessioni

a tutela dei lavoratori. Nascono leggi che vietano il diritto di associazione e di diffusione di idee rivoluzionarie, contemporaneamente ad agevolazioni fiscali e consensi tra i dirigenti più illuminati. La scelta che si propone ai vari governi, sulla linea da adottare per queste nuove emergenze, è difficile e contraddittoria: da una parte, la consapevolezza dell'effettiva condizione disumana di lavoro degli operai, della loro povertà, spinge a comprendere e suffragare queste nuove forme di protesta, dall'altra i governi non comprendono il modo violento con cui questi disagi vengono denunciati, restano inspiegabili ed irrazionali le forme eccessive di queste proteste. Le altre classi sociali, la borghesia e i grossi proprietari terrieri, sentono minare il loro potere da una folla che ha tirato fuori la rabbia e il coraggio di combattere per una vita migliore. Ma non è solo su questa pressione sociale che la psicologia collettiva poggia le sue radici. Uno dei primi tentativi di analizzare in termini psicologici e sociali le rivolte e gli omicidi collettivi era già stato fatto, nel 1888, da Hippolyte Taine. Egli aveva pubblicato su una rivista di antropologia criminale un saggio dal titolo *Les crimes des foules e Les orgines de la France contemporaine*(1), nei volumi dedicati alla storia della rivoluzione francese in cui già aveva affrontato l'aspetto illogico e delinquenziale dei movimenti rivoluzionari, analizzando dal punto di vista psicologico la violenza di questi fenomeni, ritenendoli dannosi ma delineandoli in modo più ridimensionato rispetto al momento storico. Tuttavia, la pubblicazione, nel 1895, di *Psychologie des foules*(2) di Gustave Le Bon provocò il vivace risentimento di uno studioso italiano, Scipio Sighele che, quattro anni prima, nel suo libro *La folla delinquente*(3), aveva espresso concetti assai simili a quelli del francese. Fu Enrico Ferri, validissimo oratore e penalista mantovano, vicino allo stile di Lombroso, a coniare il termine di psicologia collettiva per indicare "l'anello di congiunzione" tra la psicologia <<che studia l'individuo>> e la sociologia <<che studia una società intera >>. Ferri sosteneva che ci fosse un'analogia tra le regole tacite dei fenomeni di certi raggruppamenti di individui, regole simili, ma non identiche a quelle della sociologia e che questa regolamentazione variasse a seconda che i gruppi fossero un'unione temporanea e casuale, oppure stabile e continuativa di persone. In questo modo la psicologia collettiva trova la sua area di osservazione in tutte le riunioni di uomini, più o meno casuali; le strade che offrono occasioni di incontri, i mercati, le borse, i teatri, i comizi, le assemblee, i collegi, le scuole, le caserme, le prigioni ecc.. Lo studio di questi fenomeni permette una infinita gamma di applicazioni pratiche. Emerge il bisogno, da parte degli studiosi di approfondire in maniera scientifica il fenomeno delle folle ed i relativi comportamenti, con il tentativo di comprenderli e dare un contenimento alle manifestazioni eccessive. È convinzione diffusa tra gli scienziati sociali di fine Ottocento che le loro "scoperte" debbano essere utilizzate per risolvere i problemi della società a loro contemporanea(4). È questa la prioritaria finalità della nascita della psicologia della folla: offrire spiegazioni e strumenti a chi detiene il potere del governo in casi di disordini o fenomeni violenti delle folle, al fine di poter gestire i conflitti, sottovalutando in fondo la capacità dei governanti del momento nel controllare efficacemente questi fenomeni.

2. SCIPIO SIGHELE

*La folla è sempre come un cumulo di
polvere asciutta:
se accostate la miccia
lo scoppio non può mancare*(5).

Sighele è ritenuto uno dei capostipiti della riflessione sulla psicologia collettiva. In *La folla delinquente* (6), l'Autore affronta la tematica dell'analisi delle caratteristiche del contesto in cui avviene il fenomeno, dal punto di vista strutturale, ambientale e individuale che determina il fenomeno stesso da analizzare. La prima distinzione fondamentale si fonda sulla natura dell'aggregato. Sighele distingue le forme collettive omogenee e organiche, composte di elementi

sostanzialmente simili e uniti in maniera stabile, dagli aggregati eterogenei e inorganici, che formano l'oggetto specifico della psicologia collettiva. Sighele individua nella folla la centralità dello studio delle regole che muovono la psicologia collettiva. << *La folla è un aggregato di individui per eccellenza eterogeneo, giacché composto d'individui di ogni età, di ogni sesso, d'ogni classe e condizione sociale, d'ogni moralità, d'ogni cultura, e per eccellenza inorganico giacché si forma senza precedente accordo, d'improvviso, istantaneamente* >>(7). Nell'analisi psicologica dell'autore, la folla è la situazione in cui individui che si trovano occasionalmente insieme sotto l'impulso di una stessa idea o di un medesimo sentimento, costituiscono un aggregato che è simile al prodotto delle loro passioni più che esserne la semplice somma. La folla inoltre ha la caratteristica di adattarsi e cambiare rapidamente da una situazione disorganizzata ed incoerente, ad una situazione più tipicamente organizzata. È appunto questa la caratteristica innovativa della folla: la sua capacità di organizzarsi tempestivamente in una struttura e in un fenomeno, quasi avesse realmente una volontà collettiva, nonostante la situazione di aggregazione sia casuale, << [...] *una unicità d'azione e di scopo in mezzo all'infinita varietà dei suoi movimenti e sentiamo una nota sola – se posso dir così – tra la discordanza delle mille voci* >>(8). L'interpretazione proposta da Sighele si incentra sul meccanismo di suggestionabilità. Riprendendo sostanzialmente le teorie del Sergi (1889) e dell'Espinas (1878), egli sostiene che la psiche umana è dotata di una ricettività riflessiva, ossia della predisposizione a << *ricevere le impressioni che vengono dal di fuori* >> e a << *manifestare l'attività eccitata secondo le impressioni ricevute* >>(9). Alcuni tra questi atteggiamenti sono riconducibili ad un linguaggio universale, come tra le vespe, gli uccelli, i quali reagiscono nello stesso modo di fronte ad una situazione che provoca emozioni, suggestivamente, utilizzando i sensi quali la vista e l'udito, prima ancora di conoscere i motivi che scatenano la reazione, nello stesso modo che noi non possiamo spingere lo sguardo nel fondo di un precipizio senza provare la vertigine che ci attira. È quindi legge fondamentale che << *la rappresentazione di uno stato emozionale provoca la nascita di questo identico stato in colui che ne è testimone* >>(10). L'imitazione e la suggestione costituiscono la spiegazione del diffondersi delle passioni condivise, ma rimane tuttavia senza risposte il motivo per cui le folle compiano azioni criminose. L'autore sostiene che, in questa situazione, non sia sufficiente il criterio della suggestionabilità: per spingere degli individui a diventare assassini è necessario che ci sia la presenza di altri fattori. La folla si rafforza più nel male che nel bene, poiché << *le facoltà buone dei singoli, anziché sommarsi, si elidono* >>(11). Nelle manifestazioni criminose dei gruppi emergono infatti le facoltà medie, che sono condivise dalla folla ed appartengono alla maggioranza. Le parti migliori del carattere dell'individuo, nei fenomeni della folla sembra quasi che si annullino, per adeguarsi a quelli più elementari posseduti da tutti i componenti. Prevale pertanto nella folla l'espressione e il prevalere di sentimenti primordiali, che tirano fuori la predisposizione a compiere atti violenti, qualora il contesto e la situazione li favoriscano: <<...*L'occasione ha dunque nella moltitudine la terribilità dell'irreparabile* >> (12). La suggestione spinge l'individuo ad esibire lo stesso atteggiamento del gruppo, finendo così per determinare realmente in quell'individuo le stesse emozioni che mostra. Di conseguenza l'autore rintraccia nella suggestionabilità, nella predisposizione strutturale, nella casualità del momento e nella collera reale gli altri fattori che spiegano la criminalità della folla. Aggiunge a ciò un ultimo fattore che esaspera e intensifica tale fenomeno: la forza del numero. Per Sighele è una legge psicologica di indiscutibile verità che l'intensità di un'emozione cresce in proporzione diretta del numero delle persone che risentono questa emozione nello stesso luogo e contemporaneamente. Ciò che non verrà tradotto e inteso dai singoli in modo esatto, porterà ad esaltare in modo incoerente le emozioni e i sentimenti del gruppo, producendo un veloce passaggio all'atto e quindi ogni grido, ogni rumore, ogni atto, appunto perché non inteso o non interpretato esattamente, produrrà un effetto forse più grave di quello che realmente doveva produrre; ogni individuo sentirà la sua immaginazione esaltarsi, diventerà facile a tutte le suggestioni e passerà

dall'idea all'atto con una celerità spaventevole. In una folla, il fraintendimento e l'interpretazione da parte del singolo delle emozioni della situazione supererà la suggestionabilità. Per esempio, il discorso di un oratore che tenti di ricondurre la calma in una folla già esasperata, può avere una conseguenza opposta a quella propostasi, giacché i lontani non intendono le parole e vedono soltanto i gesti dell'oratore, ai quali danno – per un naturale fenomeno psicologico – l'interpretazione che essi preferiscono(13). Con questa osservazione, Sighele mette in luce come le parole e il contenuto di un discorso, abbiano in una folla assai meno potere di quanto non ne abbiano i gesti, ossia quella che oggi definiamo comunicazione non verbale. E, proprio la comunicazione non verbale, offrirebbe, data la sua imprecisione rispetto al linguaggio verbale, la possibilità di attribuzioni di significati prettamente personali. Egli aggiungerà che è il movente l'elemento prioritario che spinge il collettivo ad agire. Gli atti criminali di una folla possono avere delle motivazioni reali e oggettive che spingono gli individui ad agire in modo violento. Egli propone l'esempio di comportamenti di violenza di gruppi americani che, attraverso il linciaggio e la violenza, hanno compensato le ingiustizie subite. Anche se criminosi, questi atti sono scaturiti da un sentimento profondamente morale. In questi casi barbara è soltanto la forma.

3. LE BON

<< la folla è un gregge che non può fare a meno di un padrone >>(14).

La caratteristica di Le Bon è quella di avere dato priorità al sentimento rispetto alla razionalità: *<<le società sono guidate soprattutto da logiche di tipo affettivo e mistico e la logica razionale non è in grado di influenzarle né tanto meno di trasformarle >>(15).* Un'altra caratteristica delle opere di Le Bon è il principio della contrapposizione tra individuo e società, dove primeggia l'individuo, con le sue potenzialità ed energie, creatività e spirito di iniziativa *<< appassionata idolatria dell'individuo considerato come valore in se stesso >>(16).* Nonostante queste caratteristiche positive, l'individuo si trova a dover accumulare nella folla un patrimonio ereditario comune, fatto di emozioni, valori, credenze ed interessi, che egli chiama l'anima della razza. Secondo Le Bon, la folla è un aggregato umano in cui si crea un'anima collettiva, dove le idee e la specificità di ciascun individuo si annullano. Non rappresenta quindi un solo gruppo di persone riunite in modo casuale, ma migliaia di individui separati, in preda a sentimenti violenti di carattere nazionale che possono assumere in quel momento le caratteristiche della folla psicologica. Attraverso l'osservazione e l'analisi dei fenomeni psichici, egli descrive, utilizzando una metodologia scientifica derivatagli dalla sua matrice positivista, le sue idee. Sostiene che le folle abbiano una unità mentale che trasforma radicalmente l'individuo, facendone emergere gli aspetti primitivi ed irrazionali di sé nella perdita di controllo dei propri schemi sociali. Ciò non risulta sempre negativo poiché può accadere che la folla determini nell'individuo anche un effetto moralizzatore. Generalmente però la folla opera una specie di trasformazione radicale, capace di evidenziare gli aspetti più distruttivi delle persone attraverso tre meccanismi che l'autore sottolinea. L'individuo nella massa avverte un senso di impotenza invincibile, in quanto il suo senso di responsabilità si azzera a vantaggio del volere della folla: egli così diventa quasi un numero nella massa, aderendo alla volontà collettiva. Le emozioni e i sentimenti della folla si divulgano tra gli individui, attraverso il contagio, quasi come la diffusione di una malattia infettiva. La suggestione svolge un ruolo decisivo nell'accettare acriticamente gli imperativi e le decisioni della folla. *<<Osservazioni attente sembrano provare che l'individuo immerso da qualche tempo nel mezzo di una folla attiva cada, grazie agli effluvi che dalla folla si sprigionano o per altre cause ancora ignote, in uno stato particolare assai simile a quello dell'ipnotizzato nelle mani dell'ipnotizzatore >>(17).* L'individuo nella massa non è più consapevole di quello che fa; l'influenza di una suggestione lo porterà a compiere certi atti con

irresistibile impeto. L'impeto risulta ancora più irresistibile nella massa poiché la suggestione essendo identica per tutti gli individui, aumenta enormemente essendo esercitata reciprocamente. Per Le Bon l'esistenza di una massa anonima rappresenta un segno di regresso nella società moderna a causa del comportamento guidato dall'istinto e dall'emotività piuttosto che dalla logica e dalla ragione. Senza ragione autonoma, l'uomo regredisce allo stadio animale e in natura gli esseri della stessa specie si somigliano tutti l'uno all'altro: così nella massa l'uomo si fa "animale" e i suoi istinti primitivi lo rendono praticamente identico a chi si trova a condividere con lui questa esperienza di gruppo. Se le masse sono l'esito di un processo involutivo della coscienza e della ragione è quasi scontato pensare che esse debbano essere controllate e instradate su una giusta via da un capo che abbia conservato una forte individualità. Questo fu per l'appunto l'atteggiamento di Mussolini, che così si esprime sulla folla: <<la massa per me non è altro che un gregge di pecore finché non è organizzata. Non sono affatto contro di essa, soltanto nego che possa organizzarsi da se>>(18). Quello di Mussolini era un pensiero perfettamente aderente a quello di Le Bon che riteneva necessario mettere un capo alla guida delle masse. Per l'autore la psicologia delle folle può dunque rappresentare uno strumento per controllare le masse, evitando che siano le masse a controllare chi governa. L'uomo inserito nella massa, secondo Le Bon, ha bisogno di illusioni, passioni, è animato dalla volontà di credere ed è il capo a dover colmare con nuove speranze e illusioni questa sete di speranza. Per fare ciò, il capo deve essere trasformato in una vera e propria divinità terrena, sottratto anche al solo dubbio dell'errore e dello sbaglio, fatto oggetto di vera e propria idolatria utilizzando tutte le strategie messe a disposizione dalla propaganda. L'onnipotenza del capo fa da sfondo al desiderio da parte della massa di sottrarsi alla responsabilità della propria libertà e la conseguenza del proprio libero volere nelle mani del capo è il prezzo che la massa è disposta a pagare per poter riversare addosso a qualcun altro le proprie colpe e i propri errori. Secondo Le Bon, il meneur (19) deve fare ricorso al mito, che per la sua particolare natura è capace di catturare l'emotività delle folle e di sottrarsi ad una verifica razionale. Il mito non necessita di alcuna coerenza logica, poiché si basa esclusivamente sulle fantasie e sulle necessità degli uomini e funziona quanto più è in grado di rappresentare le esigenze di riscatto e le aspirazioni della folla. C'è ancora un altro aspetto centrale nel rapporto con le masse che Le Bon seppe benissimo individuare nella "psicologia delle folle": far sentire le masse partecipi della potenza e dei progetti del capo, fornire loro l'impressione di poter magicamente assorbire la forza, di vedersi riconosciuto un ruolo.

4. GABRIEL TARDE: L'IMITAZIONE COME FONDAMENTO DI OGNI AGGREGAZIONE.

Fra i fondatori della psicologia collettiva, viene stimato, soprattutto per i suoi studi sulla folla, il francese Gabriel Tarde. Egli sosteneva che i fenomeni della massa nascevano soprattutto dalla legge dell'imitazione, caratteristica principale del meccanismo che permette la riproduzione dei valori della società, dello Stato, del progresso. L'autore sosteneva che i principi relazionali tra i singoli nella massa si sviluppavano sulla base dell'imitazione (che costituirebbe la causa prima di ogni similitudine tra gli uomini, il fondamento su cui si aggregano i gruppi sociali), dell'opposizione e dell'adattamento. Ne "L'opinione e la folla"(20), l'autore descrive la folla come <<il gruppo sociale del passato; dopo la famiglia è il più vecchio di tutti i gruppi sociali[...]>>(21). Un agglomerato di individui diventa folla soltanto quando un evento nuovo concentra gli sguardi e gli spiriti, un pericolo imprevisto, un'indignazione subitanea orienta i loro cuori verso uno stesso desiderio. Una classificazione delle folle, sia che siano spinte da credenze o da desideri, si può ipotizzare analizzando il loro modo di essere in riferimento all'aspetto di passività o attività. L'autore sostiene che le folle abbiano, a questo proposito, quattro modalità di comportamenti. Le folle *aspettanti*, che attendono l'inizio dello spettacolo o l'arrivo del condannato possono essere più

pazienti o impazienti del singolo nella stessa situazione, in quanto dominate collettivamente dalla curiosità dell'evento. Le *folle attente* sono quelle che << *premono attorno alla cattedra di un predicatore o di un professore, ad una tribuna, ad un palco di saltimbanchi, o davanti ad una scena dove si recita un dramma patetico*>>(22). Anche in questo caso la caratteristica è simile: l'attenzione o il disinteresse generale sono più potenti che non quelle del singolo nella stessa situazione che attende l'evento da solo. Il numero delle persone gioca in questo caso un ruolo assai importante: può impedire l'ascolto del discorso o indurre i presenti addirittura ad inventare la scena che la folla ha impedito di vedere. Le *folle manifestanti* si distinguono per due caratteri specifici: un simbolismo << *notevolmente espressivo*>> unito a << *una grande povertà d'immaginazione nell'invenzione di questi simboli che sono sempre gli stessi e ripetuti a sazietà*>>(23). I sentimenti della folla si esprimono sempre nello stesso modo: bandiere e stendardi, statue e reliquie, canti ed evviva. Le *folle agenti* sono quelle in cui avviene in modo più ridotto la possibilità di realizzare e di creare: << *per qualche magro Albero della Libertà che hanno piantato, quante foreste incendiate, palazzi saccheggiati, castelli demoliti. Per un prigioniero popolare che esse hanno talvolta liberato, quanti linciaggi, quante prigioni forzate dalle moltitudini americane, o rivoluzionarie, per massacrare dei prigionieri odiati, invidiati o temuti!*>>(24). Le folle per Tarde, quindi, risultano molto più prolifiche che nocive al dispiegarsi della sociabilità. L'elemento criminalità e violenza da sempre osservato prevalentemente dagli studiosi, il più delle volte non permette di cogliere comunque la funzione positiva sociale operata dalla folla. Gli atti violenti e criminali delle folle non hanno l'obiettivo di aspirare al potere o al possesso: generalmente sono dettati dalla volontà di fare giustizia, dal senso di vendetta per un sopruso. Questa scelta gli consente di esprimersi con maggiore libertà. Le folle sono viste da Tarde non solo come attrici di violenza e criminalità ma anche come oggetti d'inganno, vittime della manipolazione. Per quanto le sue affermazioni facciano pensare ad una visione più ottimistica delle folle, l'Autore privilegia comunque l'individuo, sostenendo che le folle sono un impedimento al progresso umano.

5. TROTTER E MCDUGALL

McDougall e William Trotter furono i sostenitori più efficaci dell'interpretazione dei fenomeni della psicologia collettiva e della massa. Questa psicologia, fino agli anni venti, fondava su teorie istintivistiche, con riferimenti biologicizzanti. Negli anni successivi la prima guerra mondiale, con il diffondersi del behaviorismo, si cominciò a guardare all'intenzionalità dell'individuo nella massa. Ma ancora nel 1917 John Dewey – aprendo i lavori dell'American Psychological Association – dichiarava che la psicologia sociale come scienza aveva nella dottrina degli istinti il suo fondamento (Allport 1968). Le opere di McDougall (1908) e di Trotter (1916) ebbero quindi all'epoca un notevole successo. Trotter sosteneva che il comportamento dell'individuo fosse determinato da un processo istintuale, come in tutti gli altri animali(25); un istinto gregario (“gregariousness”), che negli uomini e nelle altre specie animali risulti innato. Tale gregarità, nel senso della teoria della libido, è un'ulteriore espressione della tendenza, di origine lipidica, di tutti gli esseri viventi della stessa specie a riunirsi in unità via via più ampie. Per Trotter l'aggregarsi della folla è il principio regolatore di ogni fenomeno gruppale, anche per la società nel suo insieme. Ciò è dovuto al bisogno dell'individuo di relazionarsi, non tollerando la solitudine, anche dal punto di vista fisico, per cui è suggestionato dal richiamo del branco e disposto a diventare gregario rispetto ad un capo o ad una folla. Nell'istinto gregario di Trotter non c'è posto per il capo, quest'ultimo si limita ad aggiungersi al gregge, ad avere con lui una connessione casuale; al gregge manca dunque il pastore. Il pensiero di McDougall si differenzia da quello di Trotter per cui, la parte istintuale dell'individuo è l'energia che alimenta un comportamento razionale, intelligente, che mira ad uno scopo. Nei suoi ultimi testi, soprattutto in seguito alle critiche che gli furono mosse dai comportamentismi, McDougall, non utilizzò più il termine istinto ma quello di propensione. Nel suo libro *The Group Mind* (26) – nel

caso più semplice la massa (group) non possiede alcuna organizzazione o ne possiede una che difficilmente può mantenere questo nome. Una simile massa viene da lui considerata come folla (crowd). Affinché venga a costituirsi una folla, è necessario secondo l'autore, che i membri abbiano qualcosa in comune, un interesse in comune per un oggetto, un orientamento affine del sentimento in una data situazione e, entro una certa misura, la capacità di influire gli uni sugli altri. Più i tratti comuni sono marcati, più è facile che si formi una massa psicologica a partire dai singoli e tanto maggior spicco avranno le manifestazioni di una "psiche collettiva". Il fenomeno più notevole e a un tempo più importante della formazione di una massa è l'esaltazione, prodotta in ogni singolo, dell'affettività. McDougall ritiene che nella massa gli affetti umani acquistano proporzioni che raramente si ritrovano in altre condizioni; i membri della massa, sentendosi incorporati in essa, vivono in maniera sregolata le loro passioni, perdendo il senso della loro identità. Questo, secondo McDougall, è dovuto a ciò che egli chiama il contagio del sentimento. È un fatto che i segni percepiti di uno stato affettivo evocano automaticamente nella persona che li percepisce il medesimo affetto. Tale costrizione automatica diviene tanto più forte quanto maggiore è il numero delle persone in cui il medesimo affetto risulta simultaneamente osservabile. Scompare il modo di essere specifico del singolo e questi si lascia scivolare nel medesimo affetto. In tal modo però accresce l'eccitazione degli altri, che avevano influito su di lui; è così che il carico affettivo del singolo viene potenziato da un'induzione reciproca. Nella massa l'individuo compie o approva cose da cui si terrebbe lontano nelle condizioni di vita normali. McDougall non si oppone all'enunciato dell'inibizione collettiva dell'intelligenza nella massa. Una massa "disorganizzata" secondo McDougall è "oltremodo eccitabile, impulsiva, violenta, volubile, incoerente, irresoluta e al tempo stesso estrema nelle proprie azioni, accessibile alle sole passioni più rozze e ai soli sentimenti più elementari; straordinariamente soggetta alla suggestione, superficiale nel deliberare, avventata nei giudizi, capace di assimilare solo le forme di ragionamento più semplici e più rudimentali; facile da raggiungere e da governare, priva di autocoscienza, di rispetto di se e di senso della responsabilità, e pronta a lasciarsi trascinare dalla consapevolezza della propria forza. <<[...] nei casi peggiori, più che di esseri umani, la sua condotta è quella di un animale selvaggio>>(27). Sempre in *The Group Mind* sostiene: <<la partecipazione alla vita di gruppo degrada l'individuo, rende i suoi processi mentali simili a quelli della folla, la cui brutalità, inconsistenza, e irragionevole impulsività sono state il tema di tanti scrittori; tuttavia soltanto con la partecipazione alla vita di gruppo l'uomo può diventare completamente umano, soltanto così può sollevarsi al di sopra del selvaggio>>(28). La soluzione di questo paradosso risiede nell'organizzazione del gruppo; così McDougall contrappone al comportamento della massa disorganizzata, quello della massa altamente organizzata. L'organizzazione controlla le tendenze degradanti e nei casi migliori, rende la vita di gruppo un aiuto, grazie al quale l'uomo può sollevarsi un poco al di sopra degli animali. Le condizioni che consentono al gruppo di divenire un gruppo organizzato, secondo McDougall, sono cinque. La prima condizione alla base cioè di tutto il resto, è una certa continuità di esistenza della massa. La continuità può essere materiale o formale; il primo caso si ha quando le medesime persone rimangono alla massa per un tempo abbastanza lungo, il secondo quando nella massa si creano alcune posizioni che vengono assegnate a persone che si succedono l'una all'altra. Una seconda condizione è che nella mente della massa dei membri del gruppo si sia formata una certa idea adeguata del gruppo, della sua natura, delle sue funzioni e capacità. Una terza condizione, forse non assolutamente essenziale, è l'interazione (specialmente nella forma di conflitto e di rivalità) del gruppo con altri gruppi simili, animati da differenti ideali e scopi, e dominati da differenti tradizioni e costumi. In un quarto luogo, è necessaria l'esistenza nelle menti dei membri del gruppo, di un corpo di tradizioni, costumi e abitudini che determinano le relazioni dei membri fra di loro e con il gruppo come un tutto. La quinta, che la massa sia articolata in modo che le prestazioni spettanti ai singoli risultino specializzate e differenziate. Secondo McDougall, attraverso queste "principal

conditions”, le persone riunite in un gruppo, possono sviluppare una capacità di pensiero comparabile a quella dell’individuo isolato. L’autore pertanto, contrariamente a Trotter, ha fede in un processo di evoluzione e di crescita della folla, sostenendo la possibilità di superare e mutare una mente di gruppo meno affettiva ma sostenuta dalle relazioni tra i membri del gruppo. In *The Group Mind*, quindi, McDougall, attenua notevolmente la sua interpretazione istintivistica, collegando maggiormente i fenomeni collettivi alle situazioni sociali in cui essi si svolgono. Tuttavia la sua teoria incontrò opposizioni e critiche.

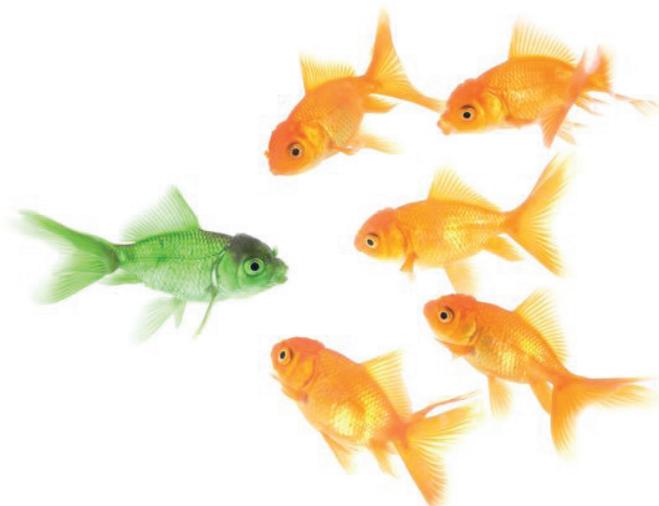
8. SIGMUND FREUD: PSICOLOGIA DELLE MASSE E ANALISI DELL’IO (29)

Nel 1915, profondamente turbato dallo scoppio del conflitto, Freud cerca di interpretare la guerra che sta sconvolgendo l’Europa con gli strumenti del suo apparato teorico, e propone in *“Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte”* che il comportamento della società moderna sia analogo, a questo proposito, a quello dei popoli primitivi: l’azione vietata ai singoli diviene lecita quando si fa opera collettiva. E’ nel 1921 che Freud pubblica il saggio dal titolo *Psicologia delle masse e analisi dell’Io*(30), che più degli altri affronta da vicino il tema dei fenomeni collettivi. La psicologia delle masse di Freud è considerata il punto di partenza di ogni riflessione sulla psicologia collettiva orientata psicoanaliticamente. Freud cerca di chiarire la psicologia delle masse attraverso il concetto di libido, concetto che trae dalla teoria dell’affettività, intesa come energia, grandezza quantitativa non misurabile, pulsioni attinenti a tutto ciò che è riassumibile nel concetto di “amore” che racchiude non solo l’amore per l’altro sesso, ma anche l’amore per se stessi, per i genitori, per i bambini e l’amore per gli uomini in generale. A differenza di autori quali Bernheim (31), che riteneva la suggestionabilità un principio a se stante ed esplicativo di fenomeni complessi, egli ritiene che la suggestione sia solo una possibile manifestazione di ciò che rappresenta l’essenza della psiche sia collettiva che individuale, cioè i legami emotivi. Infatti la massa, egli sostiene, è tenuta insieme da qualche potenza e questa potenza è eros; e il singolo rinuncia al proprio modo di essere e si lascia suggestionare dagli altri perché ha bisogno di stare in armonia con loro, cioè fa ciò per amor loro. L’interpretazione freudiana prende le mosse dal libro <<meritabilmente famoso>>(32) di Le Bon: *Psychologie des foules* pubblicato nel 1895, col quale in parte concorda. Tuttavia Le Bon sostiene che la suggestionabilità sia un fenomeno di tipo ipnotico, caratterizzato da tratti di primitivismo, orda primordiale, in cui tutte le emozioni e sentimenti vengono esasperati. E dello stesso avviso sembrava essere uno dei principali teorici di tale fenomeno, Bernheim. Egli riteneva che la suggestionabilità fosse un fenomeno generale e comune dell’uomo e che quindi le fondamentali differenze di comportamento tra gli esseri umani dipendessero dai differenti gradi di suggestionabilità; era anche convinto che l’ipnosi, che secondo Charcot era un fenomeno specifico e anormale, costituisse una forma particolare di suggestione. Ed è proprio in *Psicologia delle masse e analisi dell’Io* che Freud rigetta definitivamente la teoria di Bernheim secondo cui tutti i fenomeni ipnotici possono essere riferiti al fattore della suggestione e adotta la teoria alternativa che la suggestione è una manifestazione parziale dello stato di ipnosi, che viene spiegato da Freud anche attraverso il paragone con lo stato di innamoramento. Non può essere in dubbio che l’ipnotizzatore, come l’oggetto amato, <<ha preso il posto dell’ideale dell’Io del soggetto>>(33). Secondo Freud questo fenomeno rappresenta l’elemento essenziale del rapporto suggestivo; nei termini della teoria della libido, la traslazione suggestiva può essere interpretata come una concentrazione della stessa sulla persona del suggestionatore. A questo punto è necessario considerare il processo dell’Idealizzazione, che consiste nel fenomeno per il quale l’oggetto della libido s’impone come assoluto, con la conseguenza che tutti i suoi comportamenti sono considerati perfetti. Così l’Io si fa piccolo di fronte al suo amore e la libido narcisistica si impoverisce a favore della libido oggettuale; si annulla così la funzione del Super-Io al quale è, normalmente, rivolta gran parte della libido

narcisistica. L'uomo diventa indifferente all'ideale che si era costruito di sé; per lui esiste ormai un solo imperativo, proveniente dalla persona amata che ha preso il posto del Super-Io. L'ipnotizzatore è il solo essere degno di attenzione per l'ipnotizzato; le funzioni critiche sono abolite: tutto ciò che l'ipnotizzatore chiede o afferma si realizza allucinatoriamente; le funzioni del Super-Io sono assunte, quindi, dall'ipnotizzatore. Il rapporto ipnotico consisterebbe, quindi, in un totale abbandono amoroso nel quale, tuttavia, i fini sessuali sono del tutto assenti. L'efficacia di questo rapporto, sempre secondo Freud, dipenderebbe dal fatto che l'ipnotizzatore risveglierebbe nel soggetto un elemento appartenente alla sua realtà arcaica: l'esistenza di un essere onnipotente, amato e contemporaneamente odiato, alla cui autorità non è possibile sfuggire e di fronte al quale si impone, nel soggetto, un comportamento passivo e masochistico. Ammesso, di conseguenza, che l'essenza dello stato di ipnosi consista in questo distacco dal mondo reale e dalla concentrazione della libido sulla persona dell'ipnotizzatore, è possibile chiedersi se il distacco e la soppressione che ne derivano, siano da considerarsi assoluti. Freud osservava che durante l'ipnosi il soggetto comunque continuava a rendersi conto della realtà; egli aveva il senso più o meno vago dell'artificialità della situazione; inoltre il Super-Io non risultava del tutto annientato. Da qui la conseguenza che lo stesso rapporto suggestivo, in quanto accompagnato da una tale consapevolezza del carattere artificioso della situazione, non ha sul comportamento individuale, in quella sfera che potrebbe essere impropriamente definita reale, gli stessi effetti che potrebbero avere l'innamoramento (da ricordare è il fatto che nell'accecamento amoroso il soggetto può diventare facilmente e senza rimorsi un criminale) o l'appartenenza ad una folla.

L'intento dell'autore è di giungere a una spiegazione del perché l'individuo nella massa subisca una profonda trasformazione psichica, fenomeno che si considera cruciale nella psicologia collettiva. Il problema centrale è dunque quello di capire e interpretare questo mutamento individuale: quello che interessa non è tanto la massa, nei suoi comportamenti e nei suoi meccanismi, ma il motivo per cui l'individuo a essa soggiace. Freud è qui – più che mai – uno psicologo clinico che si interessa a quegli aspetti della psicologia di massa << che presentano un interesse particolare per l'esplorazione psicoanalitica del profondo >>. Dalla psicologia collettiva, infatti, egli prenderà lo spunto per approfondire la sua indagine della psiche individuale. Freud non ritiene che nella situazione collettiva compaiano caratteristiche e pulsioni diverse da quelle che preesistono nell'individuo e nega l'originalità e la irriducibilità dei fenomeni che i suoi predecessori hanno definito come suggestionabilità e come istinto gregario. Le spiegazioni di Le Bon e di McDougall, sostanzialmente incentrate sul meccanismo della suggestione, non lo soddisfano poiché per Freud la suggestione non è un fenomeno primario e irriducibile. La spiegazione che egli propone, alla luce della psicoanalisi, è fondata sull'affermazione che i legami affettivi costituiscono l'essenza della psicologia collettiva. Si tratterebbe di una struttura libidica correlata, basata sul fatto che i singoli individui assumono a loro Ideale dell'Io lo stesso oggetto (il capo) e, di conseguenza si identificano gli uni con gli altri. Freud ritiene che l'interpretazione leboniana non tenga abbastanza conto del ruolo giocato dal capo all'interno della massa. Per Le Bon, inoltre, il legame con il capo si fonda soprattutto sulle caratteristiche di quest'ultimo, sul suo prestigio personale. È sottovalutata, in tal modo, l'importanza del legame emotivo che lega i seguaci al capo. Per Freud, al contrario, i legami affettivi sono la base su cui si fonda l'aggregazione, a riprova di questa sua tesi, egli porta l'esempio di due particolari tipi di masse, la Chiesa e l'Esercito. Queste masse, che egli definisce artificiali perché basate su <<una certa coercizione esterna >>, sembrano particolarmente indicative poiché <<in queste masse altamente organizzate, e in tal modo protette dalla disgregazione, sono riconoscibili talune relazioni che altrove risultano assai meno esplicite >>(34). Esse, inoltre, sono basate sostanzialmente sulla medesima illusione, quella per cui <<esiste un capo supremo, nella Chiesa cattolica il Cristo, nell'Esercito il comandante in capo, che ama di amore

uguale tutti i singoli componenti. Tutto risulta subordinato a tale illusione; se venisse lasciata cadere, Chiesa ed Esercito non tarderebbero a disgregarsi nella misura consentita dalla coercizione esterna>>(35). Sul legame che unisce ogni singolo al capo si basa anche l'unione dei singoli tra di loro e tale <<sentimento vincolante in due direzioni>> è l'origine esplicativa dell'<<assenza di libertà del singolo>>. La figura di capo, o di un ideale che esercita tale funzione, costituisce quindi l'oggetto libidico fondante l'intera struttura. Se il capo viene a mancare, se il rapporto con lui si interrompe per qualche motivo, scompaiono in generale anche i legami che uniscono i seguaci tra loro: <<la massa si disperde come una "lacrima di Batavia" cui sia stata tagliata la punta>>(36). Sull'origine di questi complessi legami, Freud avanza due diverse ipotesi che si integrano tra loro; innanzitutto egli ricostruisce il processo a livello ontogenetico, riferendolo alla storia individuale, per poi addentrarsi in una spiegazione filogenetica basata sul ricorso alla darwiniana orda primigenia. A livello ontogenetico, nella primissima infanzia, il sentimento sociale subentra in una fase tarda, nel momento in cui l'arrivo di un altro bambino sembra mettere in pericolo il legame affettivo con i genitori. È allora che, non potendo più avere per sé tutto il loro amore, essere privilegiato, il bambino pretende almeno di essere amato nella stessa misura dell'altro e trasforma in identificazione l'iniziale sentimento di gelosia. In pratica, per non perdere tutto, il bambino rinuncia ad una parte, purché questa parte sia uguale per tutti. Il sentimento sociale quindi, nell'interpretazione freudiana, altro non è che una pulsione inibita alla meta: esso nasce dall'impossibilità di soddisfare una pulsione d'amore in maniera diretta e costituisce in un certo senso un compromesso che consente alla pulsione di trovare un soddisfacimento, se pur attenuato. Ma se l'invidia originaria è per Freud una spiegazione soddisfacente dell'istinto gregario, è a livello filogenetico che egli trova le radici della psicologia della massa. Egli assume la descrizione offerta da Le Bon circa le caratteristiche regressive della psicologia dell'uomo in folla : <<La psicologia della massa, così come la conosciamo dalle descrizioni frequentemente menzionate – la scomparsa della personalità singola cosciente, l'orientarsi di pensieri e sentimenti nelle medesime direzioni, il predominio dell'affettività e dello psichismo inconscio, la tendenza all'attuazione immediata delle intenzioni via via che affiorano – tutto ciò corrisponde ad uno stato di regressione a un'attività psichica primitiva in tutto analoga a quelle che vorremmo attribuire all'orda primordiale. La massa ci appare quindi come una reincarnazione dell'orda originaria>>. Al contrario di Le Bon, Freud non si limita a prendere atto delle notevoli somiglianze tra folla e orda, ma sul processo di regressione fonda la sua interpretazione della psicologia collettiva.



Note al testo

1. Taine, H. (1875-93) *Les origines de la France contemporaine*, Hachette, Paris
2. Le Bon, G. (1895) *Psychologie des foules*, Paris Alcan, trad. it *Psicologia delle folle*, Milano Longanesi, 1980.
3. Sighele, S. (1891) *la folla delinquente*, Marsilio edit., Venezia, 1985
4. Nye, R. A. (1975) *The Origins of Crows Psychology*, Sage, London
5. Sighele, S. (1981) *la folla delinquente*, Marsilio edit., Venezia, 1985, p.62
6. Ibid.
7. Sighele, S. (1891) *La folla delinquente*, Marsilio edit., Venezia, 1985 p. 19.
8. Sighele, S. (1981) *la folla delinquente*, Marsilio edit., Venezia, 1985. pag. 31-32
9. Ibid. p. 42
10. Ibid. p. 52
11. Ibid. pag. 57
12. Ibid. pag. 62
13. Ibid. p. 72-73
14. Le Bon, G. (1895) *Psychologie des foules*, Paris Alcan, trad. it. *Psicologia delle folle*, Milano Longanesi, 1980, p.152
15. Le Bon, G. (1911) *Psychologie politique et defense sociale*, Alcan, Paris, p.21
16. Miotto, 1937, cit. in Melograni, 1980, p. 18
17. Le Bon, G. (1895) *Psychologie des foules*, Paris, Alcan, trad. it. *Psicologia delle folle*, Milano Longanesi, 1980, p.54
18. Le Bon G. (1987), *Aphorismes du Temps presents*, Pari
19. Traduzione italiana: capo
20. Tarde, G. (1901) *L'opinion et la foule*, Alcan edit. , Paris.
21. Ibid. p. 11
22. Tarde, G. (1901) *L'opinion et la foule*, Alcan edit. , Paris p.40
23. Ibid. p. 42
24. Ibid. p. 44

25. Trotter, W. (1916) *Instincts of the Herd in Peace and War*, Mc Millan edit. , New York
26. Mc Dougall, W. (1920) *The Group Mind*, Putnam's. , New York
27. Ibid.
28. Mc Dougall, W. (1920) *The Group Mind*, Putnam's Son edit. , New York
29. Freud, S. (1921) *Massenpsychologie und Ich-Analyse*, trad. it. *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*, Torini Boringhieri, 1999.
30. Freud, S. (1921) *Massenpsychologie und Ich-Analyse*, trad. it. *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*, Torini Boringhieri, 1999.
31. Freud si riferisce nella lezione 27 di *Introduzione alla Psicoanalisi (1916-17)*, Boringhieri edit. Torino, 1975, p. 595.

Riferimenti bibliografici

- Aebischer V., Oberlé D., (1990) *Il gruppo in psicologia sociale*, Borla, Roma 1994.
- Agosta F., (1988) *Pensare in Gruppo. Gruppo e Funzione analitica*.
- Bion W.R., (1977) *Il cambiamento catastrofico*, Loescher, Torino 1981
- Bion W.R., (1962) *Una Storia del pensiero*, In *analisi degli schizofrenici e metodo analitico*, Arnaldo, Roma 1970
- Bleger J., (1970) *Il gruppo come istituzione e il gruppo nelle istituzioni*, In AA.VV. *L'istituzione e le istituzioni*, Borla, Roma 1991
- Bracher K.D., (1985) *Zeit der Ideologien*, trad.it. *Il novecento secolo delle ideologie*, Laterza edit. , Roma
- Canetti E., (1960) *Masse und Macht*, Hamburg Classen Verlag, trad. it. *Masse e potere*, Adelphi edit. , Milano 1995
- Cruciani P., (1983). *Sighele, Le Bon, Trotter e McDougall: Le fonti di Psicologia delle masse*. In C. Neri (a cura di) *Prospettive della ricerca psicoanalitica di gruppo*, Kappa, Roma 1983
- De Risio S., *Dinamiche individuo-gruppo*. *Rivista italiana di gruppo-analisi*
- Egidi Bairati V., (1975) *Psicoanalisi e interpretazioni della società*, Loescher edit. , Torino
- Ellenberger, H.F. (1970) *The Discovery of the Unconscious*, New York Basic Book, trad. It. *La scoperta dell'inconscio*, Torino Boringhieri, 1972
- Freud, S. (1930) *Das Umbehagen in der Kultur*, trad. it. *Il disegno della cultura*, Boringhieri edit. , Torino 1971
- Freud, S. (1920) *Gutachten über die elektrische Behandlung der Kriegsneurotiker*, trad.it. *Promemoria sul trattamento elettrico dei nevrotici di guerra*, Torino, Boringhieri 1977
- Freud, S. (1920) *Jenseits des Lustprinzips*, trad. it. *Al di là del principio di piacere*, Torino, Boringhieri 1977
- Freud, S. *Massenpsychologie und Ich-Analyse*, trad.it. *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*, Torino Boringhieri 1977

- Freud, S. (1915-1917) Vorlesungen zur Einfuhrung in die Psychoanalyse, trad.it. Introduzione alla psicoanalisi: prima e seconda serie di lezioni, Torino Boringhieri, 1969
- Freud, S. (1916) Verganglichkeit, trad.it. Caducità, Roma Editori Riuniti, 1982
- Hinshe lwood, R.D. (1987) Cosa accade nei gruppi? Cortina, Milano 1989
- Hoffmann, L.E. (1981) War, revolution and psycho-analysis-Freudian thought begins to groupple with social reality, Journal of the History of the Behavioural Sciences
- Jaques, E. (1970) Contributo a una discussione su Psicologia delle masse e analisi dell'Io. Lavoro creatività e giustizia sociale, Boringhieri, edit. , Torino 1990
- Kernberg O.(1985), Mondo interno e realtà esterna, Raffaello Cortina, Milano.
- Kernberg O. (1999) Le relazioni nei gruppi. Ideologia, conflitto e leadership, Raffaello Cortina, Milano.
- Laplanche, J. , Pontalis, J.B. (1967) Vocaboulaire de la Psychanalyse, Paris PUF, trad.it. Enciclopedia della psicoanalisi, Bari Laterza, 1968
- Le Bon, G. Aphorismes du temps presents Paris 1987
- Le Bon, G. (1892) L'homme et les sociétés; leur origins et leur histoire, Rotschild edit. , Paris
- Le Bon, G. (1895) Psychologie des foules, Paris Alcan, trad.it. Psicologia delle folle, Milano Longanesi, 1980
- Lis, A. , Stella, S., Zavattini, G.C. (1999) Manuale di psicologia dinamica, Il Mulino edit. Bologna
- McDougall, W. (1908) Introduction to Social Psychology, Methuen edit. , London
- McDougall, W. (1920) The Group Mind, Putnam's Son edit. , New York
- Minguzzi, G. Dinamica psicologica dei gruppi sociali, Il Mulino; Bologna 1973
- Moreno, J.L. Principi di sociometria, di psicoterapia di gruppo e sociodramma, Etas Kompas, Milano, 1964



- Mucchi Faina, A. (1983) L'abbraccio della folla. Cento anni di psicologia collettiva, Il Mulino edit. Bologna
- Mucchielli, R. : La dinamica di gruppo, Elle-Di-Ci, Torino, 1972
- Mucchi Faina, A. (2002) Psicologia collettiva: Storia e problemi, Carocci edit., Roma
- Neri, C. (1995) Gruppo, Borla edit., Roma 2001
- Neri, C. (1990) Fusionalità: Scritti di psicoanalisi clinica, Borla Roma
- Ortega y Gasset, J. (1930) La rebelión de las masas, Madrid Ed. de la Revista de Occidente, trad. it. La ribellione della massa, Bologna, Il Mulino, 1974
- Pages, M. : Le vie affective des groupes, Dounod, Paris, 1968
- Pratt, J.H. , <<The Tuberculosis Class: An Experiment in Home Treatment>>, Proceedings, N.Y. Conference, Hosp. Soc. Serv, 1917
- Redl, F. (1942) Group, emotion and leadership. Psychiatry. V
- Riccio, D. (1987) Presentazione e <<Lecture Bioniane>> Gruppo e funzione analitica
- Schutzenberger, A.A. – Sauret, H.J :Il corpo e il gruppo, Astrolabio, Roma 1978
- Scilligo, P. : La dinamica di gruppo, SEI, Torino 1973
- Sighele, S. 1891 La folla delinquente, Marsilio edito., Venezia 1985
- Sighele, S. 1903 L'intelligenza della folla, Bocca edit., Torino 1922
- Trotter, W. (1916) Instincts of Herd in Peace and War, McMillan edit., New York
- Vegetti Finzi, S. (1999) Freud e la nascita della psicoanalisi, Mondadori edit., Milano
- Wolf , A. – Schwartz, E.K. : Psychoanalysis in Groups, New York, Grune and Stratton, 1962



**PSICOLOGIA CLINICA
PSICOTERAPIA OGGI**