
QUALE psicologia

Settembre 2020, Numero 15

A cura di Valeria Verrastro



QUALE psicologia

Semestrale dell'Istituto per lo Studio delle Psicoterapie fondato nel 1992

Organo della Società Italiana di Psicoterapia
e della Società Italiana di Psicoterapia Strategica

Anno 7, Numero 15, Settembre 2020

Direttore Scientifico

Filippo Petruccelli

Comitato Scientifico

*Cristina Cabras, Lorian Castellani, Antonietta Curci,
Francesca Cuzzocrea, Mario Fulchieri, Gulielmo Gulotta,
Irene Petruccelli, Renzo Vianello, Manuel Villegas Besora*

Direttore Responsabile

Filippo Petruccelli

Capo Redattore

Marzia Proietto

Direzione, Redazione e Amministrazione

00185 Roma – Via San Martino della Battaglia, 31
Telefoni: 06 44340019, 328 6068080 – Fax 06 44340017
www.qualepsicologia.it

Autorizzazione del Tribunale di Roma n. 86 del 17 Aprile 2013

ISSN 1972-2338

È consentita la riproduzione dei testi citando la fonte

QUALE psicologia

Numero 15 – Settembre 2020 – Nuova Serie

SOMMARIO

- 4. Internet Addiction Disorder e Internet Gaming Disorder: criticità nosografiche e approcci terapeutici sistemico-strategici family-based**
Internet Addiction Disorder and Internet Gaming Disorder: nosographic problems and family-based systemic-strategic therapeutic approaches
Annunziata Rizzi
- 16. Perfezionismo: dall'origine alle tecniche di risoluzione**
Perfectionism: from the origin to the resolution techniques
Graziana Alecci
- 25. La Malattia di Parkinson: Appropriatelyzza della cura e della riabilitazione oggi**
Parkinson's Disease: Appropriateness of Care and Rehabilitation Today
Valentina La Magna
- 33. Il tempo e la distorsione temporale in ipnosi: applicazioni terapeutiche**
Time and time-distortion in hypnosis: therapeutic applications
Sara Gentili, Paolo Pillon, Lara Vicari
- 48. Criticità e strategie nell'intervento psicoterapeutico: il cambiamento nei pazienti "addicted"**
Criticalities and strategies in psychotherapeutic intervention: change in dependent patients
Moltisanti Ludovica
- 64. "Postspettatorialità. L'esperienza del cinema nell'era digitale" di Mario Tirino. Recensione di libro**
"Post-spectatoriality. The experience of cinema in the digital age" by Mario Tirino. Book Review
Vincenzo Auriemma, Valeria Saladino

Internet Addiction Disorder e Internet Gaming Disorder: criticità nosografiche e approcci terapeutici sistemico-strategici family-based.

Internet Addiction Disorder and Internet Gaming Disorder: nosographic problems and family-based systemic-strategic therapeutic approaches.

Annunziata Rizzi¹

Riassunto

La famiglia svolge un ruolo centrale nel processo di socializzazione ai media poiché i genitori, per primi, forniscono le competenze d'uso e gli stimoli a determinati impieghi delle nuove tecnologie. Un vasto corpus di ricerche ha dimostrato che un buon rapporto e un'efficace comunicazione con i genitori sono fattori protettivi dalle dipendenze in generale e dalla dipendenza da internet in particolare. Viceversa, gli adolescenti con Internet Addiction hanno una scarsa comunicazione con i genitori, una bassa percezione di vicinanza e maggiori probabilità di ricevere rifiuto e feedback negativo. L'intervento familiare è una modalità di trattamento per le dipendenze nell'adolescenza con un ampio corpus di ricerche a supporto della sua efficacia: il coinvolgimento della famiglia facilita il processo di recupero del soggetto dipendente, consente un effetto duraturo dopo le sessioni e risulta più efficace dell'approccio individuale e persino della terapia di gruppo che coinvolge solo gli adolescenti. L'articolo esamina due approcci terapeutici familiari, la Brief Strategic Family Therapy (BSFT) e la Systemic-motivational Therapy (SMT).

Parole chiave

Internet Addiction, Internet Gaming Disorder, Brief Strategic Family Therapy, Systemic-motivational Therapy.

Abstract

The family plays a key role in the process of socialization through the media since parents, first, provide the use skills and the stimuli for certain utilizations of new technologies. A large corpus of research has shown that good relationships and effective communication with parents are protective factors against addictions in general and internet addiction in particular. Conversely, adolescents with Internet Addiction have a poor communication with their parents, a low perception of closeness and a greater chance of receiving rejection and negative feedback. Family intervention is a treatment modality for addictions in adolescence with a large body of research to support its effectiveness: the family involvement facilitates the recovery process of the addicted, it allows a lasting effect after the sessions and is more effective than the individual approach and even than the group therapy that involves only teenagers. This article

reviewed two family therapeutic approaches, the Brief Strategic Family Therapy (BSFT) and the Systemic-Motivational Therapy (SMT).

Key words

Internet Addiction, Internet Gaming Disorder, Brief Strategic Family Therapy, Systemic-motivational therapy

Introduzione

Durante l'adolescenza i media interattivi rappresentano un ambiente fertile per lo svolgimento di compiti di sviluppo normativi come la ricerca di esperienze, l'esplorazione della propria identità, l'acquisizione di autonomia e la connessione con i pari (Rich et al., 2017). Gli adolescenti, tuttavia, possono essere particolarmente a rischio per l'uso dannoso dei media e delle nuove tecnologie a causa della loro limitata capacità di autoregolazione e della loro vulnerabilità alla pressione dei pari (Trumello et al., 2018); inoltre, sono esposti all'uso senza aver sviluppato completamente le loro capacità di pensiero critico e il senso dei confini. Determinare quando l'uso di media interattivi diventi problematico appare, pertanto, più complesso in una fase evolutiva caratterizzata da impulsività, sperimentazione e ricerca di sensazioni e in cui le funzioni esecutive si stanno ancora sviluppando (Rich et al., 2017).

Sebbene l'*Internet Addiction Disorder* sia stato studiato fin dalla metà degli anni '90 del secolo scorso (Goldberg, 1995; Young, 1996), ad oggi non fa parte di alcun sistema diagnostico e non esiste una definizione condivisa del disturbo. Solamente l'*Internet Gaming Disorder* è stato incluso nella Sezione III del DSM V (Manuale diagnostico e statistico per i disturbi mentali quinta edizione, APA, 2013) come condizione che necessita di ulteriori studi e ricerche prima di essere inserita come diagnosi formale.

Il DSM V (2013) propone nove criteri per l'IGD:

- preoccupazione per i giochi su internet;
- sintomi di astinenza;
- tolleranza;
- tentativi falliti di controllare il gioco su internet;
- perdita di interesse per passatempi e divertimenti precedenti;
- uso eccessivo e continuato di giochi su internet nonostante la consapevolezza dei problemi psicosociali;
- ingannare gli altri sulla quantità di gioco;
- utilizzo di giochi su internet per sfuggire o alleviare gli umori negativi;
- perdita di relazioni significative, lavori o altre opportunità a causa dei giochi su internet.

Tuttavia, quando il DSM V afferma che l'*Internet Gaming Disorder* è anche comunemente indicato come *Internet Use Disorder*, *Internet Addiction*, o *Gaming Addiction*, genera confusione perché a livello clinico i sintomi correlati a internet sono associati con l'uso improprio di diversi servizi compresi i social network e i siti pornografici; di conseguenza, la diagnosi di IGD non è rappresentativa dei problemi psichiatrici associati all'uso improprio di internet (Schimmenti et al., 2014). I risultati di alcune ricerche dimostrano che l'IGD sia un comportamento concettualmente diverso

dall'IAD e un'entità nosografica separata; la dipendenza da internet generalizzata e la dipendenza da gioco online, concettualmente inquadrata come dipendenza specifica da internet, dovrebbero essere considerate separatamente poiché i due costrutti non si sovrappongono del tutto (Griffiths & Pontes, 2014, pag. 1). Il Gaming Disorder (online e offline) è stato recentemente incluso nella sezione "Disorders Due to Substance Use or Addictive Behaviours" della versione ICD-11 rilasciata agli Stati membri. Le caratteristiche sono:

- alterato controllo;
- aumentata priorità data ai giochi con conseguente precedenza su altri interessi della vita quotidiana;
- uso continuato nonostante il verificarsi di conseguenze negative.

Per ciò che riguarda l'infanzia e l'adolescenza, Rich, Tsappis e Kavanaugh (2017) hanno proposto la sindrome PIMU, *Problematic Interactive Media Use*, come descrizione unificante che può essere accuratamente applicata a differenti manifestazioni di uso compulsivo di media interattivi. Gli autori identificano quattro presentazioni di PIMU: gaming, social media, pornografia, e information seeking (ricerca di informazioni, una volta conosciuta come "surfing the web"). Il PIMU descrive comportamenti caratterizzati da uso compulsivo, aumento della tolleranza e reazioni negative alla rimozione dall'uso di media interattivi su schermo, che compromettono il funzionamento fisico, mentale, cognitivo e sociale.

Fattori familiari e uso problematico dei media interattivi

La famiglia è il primo luogo in cui i significati, le norme e i valori sull'uso dei media sono socializzati e negoziati. Le dinamiche familiari possono modellare la vulnerabilità ai media e, allo stesso modo, l'uso dei media può influenzare le dinamiche familiari (Paus-Hasebrink et al., 2019). Negli ultimi anni, i fattori genitoriali e familiari nell'insorgenza della dipendenza da media interattivi in adolescenza hanno ottenuto sempre maggiore attenzione da parte dei ricercatori. In particolare, sono stati studiati il conflitto e la coesione, la soddisfazione familiare, la comunicazione e la relazione, gli atteggiamenti parentali riguardo l'uso di internet, gli stili genitoriali, le disfunzioni familiari, l'abitudine di bere e altri comportamenti di abuso e la presenza di disturbi mentali.

Uno studio di Lam et al. (2015) ha esaminato la relazione tra uso problematico di internet (PIU) degli adolescenti e PIU dei genitori e il ruolo dello stress adolescenziale in questa relazione. I risultati suggeriscono che gli adolescenti con livelli di stress da normali a lievi, classificati come utenti moderatamente o gravemente problematici, hanno una probabilità tre volte maggiore di avere genitori con PIU da moderato a grave.

Lam (2016) ha ulteriormente dimostrato un significativo effetto di mediazione della depressione parentale sulla relazione tra dipendenza da internet dei genitori e degli adolescenti.

Schimmenti et al. (2013) hanno esaminato la relazione tra PIU e stili di attaccamento in un campione di tardo-adolescenti. I soggetti con PIU hanno maggiori probabilità di essere maschi e di aver subito esperienze infantili di abuso fisico e sessuale; inoltre, hanno ottenuto punteggi più alti su scale che valutano stili di attaccamento ansioso ed evitante. Pertanto, gli stili di attaccamento insicuri giocano un ruolo rilevante nel PIU e la disorganizzazione dell'attaccamento è un fattore chiave per comprendere i casi più problematici di dipendenza da Internet.

Applicando la teoria interpersonale di Sullivan, Liu e Kuo (2007) hanno esaminato le relazioni tra abuso di internet, ansia sociale e relazioni interpersonali. Gli autori hanno dimostrato che le relazioni interpersonali sono significativamente correlate alla relazione genitore-figlio; le relazioni interpersonali hanno una significativa influenza sull'ansia sociale; la relazione genitore-figlio, le relazioni interpersonali e l'ansia sociale hanno tutte un impatto significativo sulla dipendenza da internet.

Vrucinic e Rodic (2016) hanno studiato la relazione tra due dimensioni del comportamento genitoriale, emotività e controllo, e l'uso problematico di internet. La dimensione dell'emotività, da un lato il calore emotivo e dall'altro la freddezza emotiva, si riferisce alle emozioni che il genitore vive e mostra nell'interazione con il bambino. Genitori emotivamente calorosi accettano i loro figli, fornendo loro supporto, comprensione, attenzione, cura, spiegazioni, incoraggiamento e complimenti; i genitori freddi trascurano, rifiutano, criticano e puniscono i loro figli dimostrandosi ostili nei loro confronti.

La dimensione del controllo si riferisce ai comportamenti che i genitori mettono in atto per interagire con i loro figli al fine di modificarne il comportamento e gli stati interiori. I genitori che aderiscono al controllo rigido, monitorano costantemente il comportamento del bambino per assicurarsi che segua rigorosamente le regole stabilite; genitori con meno controllo monitorano il comportamento del bambino in misura minore, ovvero danno al bambino molta libertà. Le autrici hanno dimostrato che i bambini che si sentono accettati dal padre e dalla madre raggiungono punteggi più bassi nel test sulla dipendenza da internet. La dimensione del controllo psicologico, che coinvolge i tentativi dei genitori di avere il pieno controllo sul comportamento del bambino così come l'enfasi esagerata sul suo cattivo comportamento, si è dimostrata positivamente correlata all'uso problematico di Internet.

Lo studio di Xiuqin et al. (2010) ha confrontato i profili di personalità di un campione di maschi adolescenti con e senza Disturbo da dipendenza da Internet (IAD) valutando anche se l'IAD fosse associato a specifici comportamenti di accudimento dei genitori. I risultati hanno rivelato che gli adolescenti con IAD generalmente valutano le pratiche di educazione materna e paterna carenti di calore emotivo, caratterizzate da coinvolgimento eccessivo, rifiuto e punizione, suggerendo che le famiglie autoritarie e negligenti abbiano maggiori probabilità di favorire la dipendenza da Internet.

Bleakley et al. (2016) hanno esplorato variabili parentali, come monitoraggio, mediazione, qualità delle relazioni e stime del tempo trascorso in internet, per comprendere in che modo il contesto genitoriale e familiare possa essere correlato all'uso problematico di internet da parte degli adolescenti. I risultati mostrano che il monitoraggio e la mediazione, così come una migliore relazione genitori-adolescenti, sono associati a un ridotto uso problematico di internet.

L'obiettivo dello studio di Tajalli e Zarnaghash (2017) è stato determinare se la dipendenza da internet fosse associata a specifici modelli di comunicazione familiare. Sono state identificate quattro tipologie di famiglia: pluralistica (alto orientamento alla conversazione e basso orientamento alla conformità), protettiva (basso orientamento alla conversazione e alto orientamento alla conformità), consensuale (alti livelli in entrambe le dimensioni) e *laissez-faire* (bassi livelli in entrambe le dimensioni), (Fitzpatrick & Ritchie, 1994, cit. in Tajalli & Zarnaghash, 2017, p.160). I bambini con famiglia *laissez-faire* hanno evidenziato più alti livelli di utilizzo di internet mentre nella tipologia pluralista sono stati trovati punteggi più bassi.

Lo studio di Ko et al. (2015) ha verificato che gli adolescenti con scarso funzionamento familiare, non conviventi con la madre o il padre, non curati dai loro genitori, con

frequenti conflitti e un uso consentito di internet per più di 2 ore al giorno, erano più probabilmente dipendenti da internet un anno dopo. Il conflitto inter-parentale era il fattore più predittivo, seguito dal non vivere con la madre e dall'uso consentito di internet per più di due ore.

Lin et al. (2009) hanno dimostrato che le attività familiari e all'aperto con il monitoraggio parentale partecipativo e supportivo riducono la dipendenza da internet.

Yen et al. (2007) hanno esaminato alcune variabili di funzionamento familiare, tra cui percezione di soddisfazione della famiglia, situazione economica, stato del matrimonio dei genitori, frequenza dei conflitti, consumo abituale di alcol e atteggiamento percepito dei caregivers nei confronti dell'uso di sostanze, negli adolescenti con e senza Internet Addiction. Questo studio ha dimostrato che le caratteristiche di elevato conflitto genitore-adolescente, consumo abituale di alcol da parte dei fratelli, atteggiamento positivo percepito dei genitori verso l'uso di sostanze da parte degli adolescenti e basso funzionamento familiare, erano variabili predittive della dipendenza da internet. I risultati hanno rivelato che l'uso di sostanze e la dipendenza da internet negli adolescenti condividono fattori familiari simili per cui anche in quest'ultima problematica dovrebbe essere adottato un approccio preventivo e di intervento basato sulla famiglia.

Han et al. (2012) hanno suggerito che l'adolescente con gioco online problematico e una coesione familiare disfunzionale tenda a prestare meno attenzione alla relazione di attaccamento ai genitori. Inoltre, l'adolescente con scarsa coesione familiare può giocare a giochi online come compensazione per i deficit striatali della dopamina derivanti da una relazione affettiva povera con i genitori. I risultati hanno dimostrato che gli adolescenti con problemi di gioco online e coesione familiare disfunzionale mostrano una ridotta attività del caudato, del giro temporale medio e del lobo occipitale in risposta alla stimolazione affettiva e una maggiore attività del frontale medio, parietale inferiore e del cervelletto in risposta a stimolazione di gioco, rispetto ad adolescenti sani con strutture familiari funzionali. Il miglioramento della coesione familiare percepita è associato ad un aumento dell'attività del nucleo caudato in risposta agli stimoli affettivi ed è inversamente correlato ai cambiamenti nel tempo di gioco online e all'attività della corteccia prefrontale dorso-laterale in risposta a stimoli di gioco. Lo studio suggerisce che cambiamenti nel cervello possono essere influenzati da cambiamenti nell'interesse dei genitori o nella coesione familiare. Il nucleo caudato, in particolare, si è attivato in misura maggiore dopo tre settimane di terapia familiare mentre l'attività della corteccia prefrontale dorso-laterale in risposta a segnali di gioco online è stata ridotta dopo il trattamento.

Approcci terapeutici family-based

A causa della mancanza di una diagnosi riconosciuta e condivisa e della difficoltà nel definire i confini tra IAD e IGD, è arduo raggiungere un consenso allargato su come trattare tali disturbi e misurare l'efficacia dei protocolli clinici; nonostante ciò, centri di trattamento sono istituiti a livello globale per servire una popolazione in crescita di individui che hanno problemi legati ai nuovi media (Young, 2013).

Il campo del trattamento dei disturbi da uso di sostanze ha identificato da tempo i fattori familiari in gioco nelle dipendenze e ha evidenziato come cambiamenti duraturi e prevenzione della ricaduta richiedano l'uso di terapie sistemiche piuttosto che un'esclusiva concentrazione sul cambiamento all'interno dell'individuo. Nello specifico, il coinvolgimento dei membri della famiglia migliora significativamente il coinvolgimento del paziente durante la fase di pretrattamento, migliora la compliance

durante il trattamento e produce risultati più stabili a lungo termine. Secondo la teoria dei sistemi familiari, un sistema è diverso dalla somma delle sue parti; pertanto, comprendere le interazioni e i modelli comunicativi tra i membri di una famiglia è obiettivo imperativo per facilitare il cambiamento del sistema. La teoria dei sistemi familiari distingue tra cambiamenti di primo e secondo ordine (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974). Nel cambiamento di primo ordine l'individuo tende a ritornare al vecchio comportamento quando ricollocato nel sistema invariato; di conseguenza, i trattamenti che non affrontano le influenze sistemiche a supporto dei sintomi espongono il paziente a rischio di ricaduta. I cambiamenti di secondo ordine determinano modificazioni durature in un sistema perché riguardano il modo in cui il sistema stesso funziona.

La *Brief Strategic Family Therapy* (BSFT), sviluppata nel Centro di Studi Familiari dell'Università di Miami, si basa sull'assunto che la famiglia ricopra un ruolo critico nello sviluppo, nel mantenimento e nel trattamento dei problemi comportamentali degli adolescenti. La BSFT è risultata efficace nel trattamento di adolescenti con problematiche interpersonali, abuso di sostanze e gaming addiction (Young, 2017). Quando l'adolescente attraversa stress situazionali o problemi familiari, giocare diventa un modo conveniente per sfuggire a vissuti negativi o dannosi (Young, 2017, p.247). Secondo Young l'uso di approcci basati sulla famiglia aiuta un adolescente a navigare nei normali compiti di sviluppo della formazione dell'identità che sono spesso trascurati durante l'utilizzo del gioco come mezzo per affrontare i problemi della vita (Young, 2017, p. 248). La BSFT analizza le interazioni familiari lungo cinque dimensioni (Horigian, Robbins & Szapocznick, 2004):

- *l'organizzazione*: riguarda la leadership, ovvero la “distribuzione dell'autorità e della responsabilità all'interno della famiglia” (ibidem, p. 262), l'organizzazione dei sottosistemi (alleanze, triangolazioni e coalizioni) e la dinamica della comunicazione (chiarezza e specificità);
- *la risonanza*: “la disponibilità o la distanza psicologica ed emotiva fra i membri di una famiglia”, i cui poli di valutazione sono l'invischiamento e il disinteresse (ibidem, p.263);
- *gli stadi di sviluppo*: le famiglie attraversano una serie di *stadi di sviluppo* e il terapeuta deve verificare che il comportamento di ciascun membro sia congruente rispetto a questi stadi per ciò che attiene ai ruoli e alle responsabilità.
- *il paziente designato*: l'adolescente portatore del sintomo di addiction, è il destinatario della negatività della famiglia, ovvero di colpe, accuse, riprovazione, anche se, per un principio omeostatico, permette alla famiglia stessa di mantenere i propri modelli di interazione;
- *la risoluzione del conflitto*: il terapeuta osserverà, infine, quali metodi di risoluzione del conflitto adotta la famiglia (negazione, evitamento, diffusione, emergenza del conflitto senza soluzione, emergenza del conflitto con soluzione) nella consapevolezza che una famiglia ben funzionante debba possedere adeguata flessibilità e capacità di adattare le strategie alla specifica situazione.

Nella BSFT gli interventi sono pratici, centrati sul problema, pianificati con precisione e la strategia segue alcune tappe: “*joining*” (creazione dell'alleanza terapeutica), “*enactment*” (messa in atto delle interazioni oggetto della terapia), *diagnosi interattiva, piano di trattamento e cambiamento ristrutturante* (ibidem, p. 266).

È fondamentale la creazione di una relazione con la famiglia improntata a rispetto, empatia, impegno e riconoscimento della famiglia stessa come “esperto” che collabora con il terapeuta. Nel contesto terapeutico i membri devono interagire nel loro modo abituale: le “*messe in atto*” permettono al terapeuta di osservare come la famiglia si

comporta anche fuori dal setting e sono elementi critici per individuare gli schemi interattivi che reiterandosi riverberano il problema (diagnosi interattiva). Il terapeuta pianifica l'intervento, finalizzato a consentire alla famiglia di adottare modalità interattive adeguate e risolutive delle problematiche, e usa interventi definiti "restructuring". Per ristrutturazione si intende la costruzione di una nuova "cornice" della realtà o la formulazione di una prospettiva differente rispetto a quella nella quale la famiglia opera abitualmente. Nell'ambito specifico dell'*Internet Gaming Disorder*, Young afferma che l'adolescente dipendente può usare il gioco per esplorare e testare idee alternative, credenze e comportamenti; ristrutturare significa comprendere come il ragazzo possa usare il gioco per formare la propria identità, attraverso la creazione di persone e mondi virtuali, e incoraggiare interazioni familiari salutarie lavorando sul presente e sui confini e le alleanze (Young, 2017, p. 251). Già Sherry Turkle (1997), aveva paragonato la relazione tra il giocatore e il suo personaggio ad un *transfert* nel senso psicoanalitico del termine. L'avatar, pertanto, è un elemento di gioco importante: gli adolescenti hanno la tendenza a non distinguere tra sé stessi e gli avatar e considerano il successo nel gioco il loro successo personale. Ciò è correlato all'autoefficacia e all'autostima e alla funzione compensativa degli avatar: gli individui con minore autostima trovano i MMORPG molto attraenti perché forniscono una rapida forma di sollievo dal disagio derivante da sentimenti di bassa autostima e considerano gli avatar come una forma idealizzata e superiore di sé stessi (Blinka & Smahel, 2011). Vari studi hanno, in effetti, confermato una connessione tra la potenziale dipendenza e l'identificazione di un giocatore con il suo avatar e tra bassa autostima, autoefficacia e giochi estensivi (ibidem).

Per formulare gli interventi di ristrutturazione, domande utili da rivolgere al giocatore possono essere: "Quanto tempo spendi personalizzando il tuo personaggio durante sua la creazione?"; "Quanto è importante per te che il tuo personaggio sia unico o sembri diverso dagli altri personaggi?"; "Il tuo personaggio ha molti amici?"; "Provi nuovi ruoli e personalità con i tuoi personaggi?"; "Ti piace inventare storie per i tuoi personaggi?"; "Fai giochi di ruolo con il tuo personaggio?"; "Cosa ti piace del tuo personaggio?" (Young, 2017, p.253).

Nella BSFT il terapeuta agisce sull'organizzazione familiare attraverso gli interventi di *spostamento dei confini* che riorganizzano i rapporti eliminando le alleanze disfunzionali. Il terapeuta, infine, assegna dei compiti che vengono usati sia fuori che durante le sedute terapeutiche come strumento per l'apprendimento di nuove modalità comportamentali e, quindi, per il cambiamento. Se la famiglia riuscirà a riconoscere e soddisfare i bisogni prima proiettati nel gioco, quest'ultimo diverrà via via meno importante e l'adolescente potrà formare la propria identità nel contesto di un normale schema di sviluppo. Quando la famiglia ha raggiunto gli obiettivi del piano di trattamento si avvia la fase di conclusione centrata sul consolidamento dei cambiamenti con riferimento alle strategie funzionali e alle risorse possedute dal sistema.

Steinglass (2008, 2009) ha proposto un modello di trattamento dell'abuso di sostanze, la *Systemic-motivational Therapy (Terapia sistemico-motivazionale, SMT)*, che combina un approccio sistemico-familiare narrativo con tecniche derivate dal colloquio motivazionale. Questo modello può essere efficacemente adattato all'intervento nei casi di *Internet Gaming Disorder* (Day I., 2017).

L'approccio narrativo (White, 1992) sostiene che è possibile agire per il cambiamento esaminando le narrazioni del sistema familiare le quali costituiscono i suoi modi unici di dare significato agli eventi e le sue convinzioni sul mondo. Queste narrazioni spiegano i modelli di interazione della famiglia in base alla sua storia, consentono di individuare le restrizioni che ne limitano la capacità di crescita e chiariscono perché il comportamento

indesiderato continui. La terapia familiare narrativa lavora per riscrivere le storie delle famiglie in modo che possano concepire la loro esperienza e il mondo in modo diverso. La famiglia ristrutturata l'interpretazione di determinati fatti e comportamenti e aumenta la consapevolezza di come il problema venga mantenuto.

Il colloquio motivazionale (Miller & Rollnick, 2013), inteso come una "*conversazione sul cambiamento*", presuppone che le persone abbiano già la possibilità di cambiare al loro interno e considera fondamentale l'elaborazione dell'ambivalenza nei confronti del cambiamento stesso.

La *Systemic-motivational Therapy*, combinando l'approccio narrativo e quello motivazionale, integra l'efficacia del primo nell'agire sul sistema familiare e sulle convinzioni bloccanti che si manifestano a livello delle narrazioni e l'efficacia del secondo nell'agire sull'ambivalenza nei confronti del cambiamento. Il terapeuta, nell'interagire con la famiglia, prende una posizione di "*ricercatore clinico*" che raccoglie dati su come la dipendenza si intersechi con la vita familiare, esplora le convinzioni sul perché la dipendenza sia diventata così centrale e identifica potenziali risorse all'interno della famiglia da applicare in modo costruttivo per una migliore risoluzione del problema (Steinglass, 2009, p.160).

L'SMT comprende tre fasi distinte: valutazione, trattamento a livello familiare, assistenza post-terapia e prevenzione delle ricadute. La valutazione si concentra sull'aiutare i familiari a esaminare le loro attuali opinioni sul problema e sul prepararli ai possibili cambiamenti. Alcune domande aperte possono incoraggiare i vari membri a condividere le ragioni della loro partecipazione e i modi in cui pensano che la consulenza possa aiutare. Ad esempio il consulente potrà chiedere: "Cosa ha fatto venire tutti voi in consulenza oggi?", "In che modo ognuno di voi pensa che la consulenza possa aiutare?", "Quali sono le speranze di ciascuno per la famiglia?", "Come immaginate che la famiglia possa essere diversa tra cinque anni?" (Belmontes, 2018, p.100). Alcune attività possono successivamente aiutare i membri della famiglia a identificare i loro valori e risolvere eventuali dissonanze: collaborare alla stesura di una dichiarazione di missione per la famiglia che includa valori, obiettivi, regole, ruoli, routine e comportamenti; impegnarsi in un progetto di arti creative che crei un elenco di regole della casa (ad esempio le foto possono essere usate per mostrare e rafforzare la famiglia che vive secondo le regole); fare compilare a ciascun membro un elenco dei dieci valori più importanti e la famiglia sceglie poi cinque valori fondamentali. Discutendo i pro e i contro del cambiamento, con la cosiddetta "*tecnica della bilancia decisionale*", la famiglia esplora l'ambivalenza e si prepara a passare dalla fase di contemplazione a quella di azione (Miller & Rollnick, 2013).

Il consulente cerca di far andare la famiglia oltre la semplice definizione del problema incoraggiandola a discutere risorse ed esempi di successo e resilienza passati. Ciò permette alla famiglia di vedere il problema come una questione familiare, di capire come ciascun membro ha contribuito alla sua insorgenza e al mantenimento, di trovare le eccezioni alla narrazione prevalente contrastando la visione per cui le cose non possono cambiare e non cambieranno. In questa fase è possibile formulare ipotesi sul potenziale ruolo di un comportamento problematico nelle strategie familiari di risoluzione dei problemi.

Una modalità di colloquio fondata su quattro categorie di domande consente di riscrivere la narrazione familiare: le domande sulla relativa influenza, le domande sulla storia unica, le domande sulla ridescrizione unica, le domande sulle possibilità uniche.

Queste domande sono finalizzate prioritariamente a reperire le eccezioni alla narrazione disfunzionale, ovvero le situazioni uniche storiche, attuali e future in cui il problema non

ha influenzato e non influenzerà la vita familiare. Le situazioni uniche sono poi trasformate in storie uniche, ridescrizioni uniche e possibilità uniche, ovvero sono inserite in narrazioni dotate di significato alternativo in cui i membri acquisiscono sempre maggiore controllo sul problema. Quindi, il terapeuta e i membri della famiglia co-costruiscono nuovi significati, a partire dalle risposte a queste domande, i quali entrano a far parte dei dilemmi terapeutici.

I dilemmi vengono posti riguardo alla partecipazione della famiglia allo stile di vita problematico (scelta conservatrice) o allo stile di vita contrario al problema (scelta radicale). Se i componenti della famiglia decidono di essere pronti a esplorare un corso radicale, allora ha inizio la riflessione su esperimenti che potrebbero favorire una nuova direzione e modificare uno stile di vita problematico. Il consulente guida la famiglia nell'elaborazione del piano d'azione basato sulle risorse e sui punti di forza disponibili. Questo piano d'azione è concepito come un "esperimento di cambiamento" in cui la famiglia prova nuovi modelli di comportamento e ne valuta l'efficacia in relazione all'obiettivo di risultato precedentemente definito. Successivamente il terapeuta e la famiglia valutano attentamente il risultato degli esperimenti e gli altri eventi accaduti nell'intervallo tra le sedute. A mano a mano che la famiglia va avanti nell'applicazione della nuova formula, l'attivazione del terapeuta diviene sempre meno necessaria finché si conclude la terapia.

Nella fase di post-terapia e di prevenzione della ricaduta, il consulente e la famiglia lavorano per identificare le risorse che aiuteranno a mantenere il cambiamento.

Riassumendo, gli obiettivi delle singole fasi sono nel dettaglio (Steinglass, 2009, p.167):

- 1) Valutazione/Consultazione: prepararsi al cambiamento
 - Definizione e accettazione del problema
 - Risoluzione di almeno il 51% dell'ambivalenza
 - Essere abbastanza sicuri da credere che il cambiamento sarà possibile
- 2) Azione terapeutica
 - Sviluppare un piano
 - Costruire una struttura esterna
 - Implementazione del piano
- 3) Aftercare - mantenere il cambiamento
 - Costruire nuove infrastrutture
 - Sviluppare nuove strategie
 - Imparare come rientrare nuovamente nel ciclo.

Tre componenti sono considerate fondamentali nell'approccio terapeutico (p.171):

- 1) la neutralità del terapeuta, l'uso di un linguaggio non patologizzante, la collaborazione del terapeuta piuttosto che un approccio in cui egli assume la posizione di "esperto" e definisce unilateralmente gli obiettivi del trattamento per la famiglia;
- 2) la capacità di accertare convinzioni sia individuali sia a livello familiare sul ruolo della dipendenza nella vita della famiglia;
- 3) un credibile piano d'azione che sia condiviso da tutta la famiglia per affrontare il comportamento problematico.

Conclusioni

Gli approcci familiari al trattamento dell'*Internet Gaming Disorder* in adolescenza si basano sull'assunto che il comportamento di addiction sia sintomo di un

disfunzionamento all'interno della famiglia: il gaming può rappresentare una strategia di coping di fronte a dinamiche familiari caratterizzate da pattern relazionali e comunicativi disfunzionali. D'altro canto, considerare la famiglia come sistema in possesso di risorse per il cambiamento, amplifica le possibilità di prevenire il drop-out e di ottenere outcomes positivi più stabili nel tempo.

La *Brief Strategic Family Therapy* (BSFT) e la *Systemic-motivational therapy* (SMT) sono risultati approcci efficaci nel trattamento dell'*Internet Gaming Disorder* in età evolutiva.

Bibliografia

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Belmontes, K.C. (2018). When Family Gets in the Way of Recovery: Motivational Interviewing With Families. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 99–104.

Bleakley, A., Morgan, E. & Romer, D. (2016). The Role of Parents in Problematic Internet Use among US Adolescents. *Media and Communication*, 4, 24-34.

Blinka, L. & Smahel, D. (2011). Addiction to Online Role-Playing Games, in Young K.S. & Abreu C.N.D. (Ed.), *Internet Addiction. A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment*. Hoboken, NJ: JohnWiley & Sons, Inc.

Day, I. (2017). A Family Systems Approach to the Understanding and Treatment of Internet Gaming Disorder. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 25, 264-270.

Goldberg I. (1995), IAD, in Cinti M. E., *Internet Addiction Disorder un fenomeno sociale in espansione*, 6-7.

Horigian, V., Robbins, M. & Szapocznick, J. (2004). Terapia Breve Strategica Familiare. *Rivista Europea di Terapia Breve Strategica e Sistemica*, n. 1.

Han, D. H., Kim, S.M., Lee, Y.S. & Renshaw, P. F. (2012). The effect of family therapy on the changes in the severity of on-line game play and brain activity in adolescents with on-line game addiction. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 202,126–131.

Ko, C.H., Wang, P.W., Liu, T.L., Yen, C.F., Chen, C.S. & Yen, J.Y. (2015). Bidirectional associations between family factors and Internet addiction among adolescents in a prospective investigation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 69, 192-200.

Lam, L.T. (2016). Parental Internet Addictive Behaviour and Internet Addiction in Adolescents: A Mediating Model through Parental Mental Health. *Austin Addict Sci*, 1001.

Lam, L.T. & Wong, E. M. Y. (2015). Stress Moderates the Relationship Between Problematic Internet Use by Parents and Problematic Internet Use by Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 56, 300-306.

Lin, C.H., Lin, S.L. & Wu, C.P. (2009). The Effects Of Parental Monitoring And Leisure Boredom On Adolescents' Internet Addiction, *Adolescence*, 44, 993–1004.

Liu, C.Y. & Kuo, F.Y. (2007). A Study of Internet Addiction through the Lens of the Interpersonal Theory. *Cyberpsychology & Behavior*, 10, 799-804.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change*. New York, NY: Guilford Press.

Rich, M., Tsappis, M. & Kavanaugh, J. R. (2017). Problematic interactive media use among children and adolescents: addiction, compulsion or syndrome? in Young, K.S.,

- Abreu, C.N.D. *Internet Addiction in Children and Adolescents*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Robbins, M. S. & Szapocznik, J. (2000). Brief strategic family therapy. *Juvenile justice bulletin*. Washington DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Schimmenti, A., Caretti, V. & La Barbera, D. (2014). Internet gaming disorder or internet addiction? A plea for conceptual clarity. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 11, 145-146.
- Schimmenti, A., Passanisi, A., Gervasi, A. M., Manzella, S. & Famà, F.I. (2013). Insecure Attachment Attitudes in the Onset of Problematic Internet Use Among Late Adolescents, *Child Psychiatry and Human Development*, 45, 588–595.
- Steinglass, P. (2008). Family systems and motivational interviewing: A systemic-motivational model for treatment of alcohol and other drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 26, 9-29.
- Steinglass, P. (2009). Systemic-motivational therapy for substance abuse disorders: an integrative model. *Journal of Family Therapy*, 31, 155-174.
- Szapocznik, J. & Williams, R. A. (2000). Brief strategic family therapy: Twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 117-134.
- Tajalli, F. & Zarnaghash, M. (2017). Effect of Family Communication Patterns on Internet Addiction. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 5, 159-166.
- Trumello, C., Babore, A., Candelori, C., Morelli, M. & Bianchi, D. (2018). Relationship with parents, emotion regulation, and Callous-Unemotional traits in adolescents' Internet Addiction. *Hindawi Biomed Research International*, 1-11.
- Turkle, S. (1997). *Life on the screen: Identity in the age of the Internet*. New York: Touchstone.
- Vrucinic, Z. & Rodic, M. (2016). The Relationship Between Parental Dimensions And Problematic Internet Use Among Young Adolescents- *Defendologija*, 3, 65-83.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*, New York, NY: Norton. Trad. it. *Change: sulla formazione e la soluzione dei problemi*, Astrolabio, Roma.
- White, M. (1992). *La terapia come narrazione*, Astrolabio, Roma.
- Xiuqin, H., Huimin, Z., Mengchen, L., Jinan, W., Ying, Z. & Ran, T. (2010). Mental Health, Personality, and Parental Rearing Styles of Adolescents with Internet Addiction Disorder, *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13, 401-406.
- Yen, J.Y., Yen, C.F., Chen, C.C., Chen, S.H. & Ko, C.H. (2007.) Family Factors Of Internet Addiction And Substance Use Experience In Taiwanese Adolescents. *Cyberpsychology & Behavior Volume*, 10, 323-329.
- Young, K.S. (1996). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology and Behavior*, 1, 237-244.
- Young, K.S. (2013). Treatment outcomes using CBT-IA with Internet-addicted patients. *Journal of Behavioral Addictions*, 2, 209-215.
- Young, K.S. (2017). *Family therapy for adolescent and childhood internet gaming addiction*. In Young, K. S., Abreu, C. N. D. *Internet Addiction in Children and Adolescents*. New York, NY: Springer Publishing Company.

ⁱ Annunziata Rizzi, Psicologa, Psicoterapeuta ISP

Perfezionismo: dall'origine alle tecniche di risoluzione

Perfectionism: from the origin to the resolution techniques

Grazia Alecci

Riassunto

In questa ricerca è stato analizzato il concetto di perfezionismo partendo dai principali studi presenti nella letteratura scientifica.

In primo luogo è stata messa in evidenza la multidimensionalità del costrutto e sono state differenziate le seguenti tipologie di perfezionismo: nevrotico e normale (Hamachek, 1978); auto imposto, etero imposto e socialmente imposto (Flett & Hewill, 1991); adattivo e disadattivo (Enns et al., 2002).

Sono state prese in considerazione le relazioni tra perfezionismo e altre dimensioni psicologiche come: orientamento verso obiettivi di evitamento o di padronanza, autostima e tratti di personalità; sono stati, inoltre, considerati i possibili esiti di tali relazioni in termini adattivi o disadattivi per la persona.

Si è visto, poi, che il perfezionismo può svilupparsi attraverso quattro modelli di sviluppo: modello delle aspettative sociali, modello della reazione sociale, modello dell'apprendimento sociale e il modello dell'allevamento ansioso, e che in ognuno di essi il contesto familiare svolge un ruolo importante (Flett et al., 2002).

Infine, sono stati attenzionati i possibili risvolti del perfezionismo in ambito clinico, per cui si è visto come il questo può influire su alcuni disturbi psichici e sono state presentate alcune tecniche di intervento utilizzate nell'ambito della psicoterapia ad approccio breve strategico.

Parole chiave:

Perfezionismo, psicoterapia, disturbi psichici, psicopatologia.

Abstract

In this research the perfectionism concept was examined beginning with main studies in scientific literature.

Firstly, multidimensionality of the construct was showed and following types of perfectionism were differentiated: neurotic and normal perfectionism (Hamachek, 1978); self-oriented perfectionism, other-oriented perfectionism and socially prescribed perfectionism (Flett & Hewill, 1991); adaptive and maladaptive perfectionism (Enns et al., 2002).

Relations between perfectionism and other psychological dimensions were considered, such as: orientation towards avoidance or mastery goals, self-esteem and personality traits; furthermore, possible results of these relations were considered in terms of adaptive or maladaptive outcomes.

After that, it was showed that perfectionism could develop through four developmental models: model of social expectations, model of social reaction, model of social learning

and the model of anxious farming, and that in each of them the family environment plays an important role (Flett et al., 2002).

Finally, possible clinic implications of perfectionism were focused, so it was seen how perfectionism could affect some mental disorders and intervention techniques used in strategic psychotherapy were presented.

Key words

Perfectionism, psychotherapy, psychic disorders, psychopathology.

Introduzione: definizioni del costrutto

Il desiderio di migliorare, l'ambizione a realizzare importanti obiettivi e provare a dare il massimo rappresentano dei propositi vincenti per la riuscita della persona in svariati ambiti. La motivazione a fare bene e a migliorare sé stessi può, infatti, fungere da propulsore per lo sviluppo delle proprie potenzialità, per la realizzazione di sé e per il raggiungimento di elevati risultati (Antony & Swinson, 2018).

Quando, però, l'imposizione di standard eccessivamente elevati e rigidi fa sì che il desiderio di migliorare si trasformi in un imperativo che inibisce la creatività e la vitalità, che gli obiettivi diventino così irrealistici e difficili da realizzare da frustrare ogni forma di iniziativa e che il proprio massimo finisca per non essere mai abbastanza, il benessere della persona può essere minacciato.

È possibile, in tal senso, fare richiamo alla distinzione tra “perfezionismo normale” e “perfezionismo nevrotico o negativo”: il primo è caratterizzato da obiettivi realistici e soddisfacenti per la persona, flessibilità e capacità di adattamento; il secondo, invece, è contrassegnato da standard solitamente irraggiungibili e un senso di insoddisfazione frequente (Hamachek, 1978). In questa seconda accezione il perfezionismo implica un forte desiderio di essere perfetti, un eccessivo peso attribuito ai propri errori e il timore di non essere accettati (Burns, 1980).

Negli ultimi anni si tende a mettere in risalto la multidimensionalità e le diverse implicazioni del perfezionismo in quanto lo studio dei comportamenti e dei tratti ad esso associati può trovare applicazione in vari ambiti tra cui quelli inerenti l'educazione, la psicologia clinica e la ricerca (Hill et al., 1997). In riferimento alla multidimensionalità del costrutto, agli inizi degli anni 90' Frost et al. (1990) hanno individuato sei dimensioni che caratterizzano l'essere perfezionisti: l'aver degli standard personali molto elevati, l'eccessivo timore di commettere degli errori, la percezione di elevate aspettative genitoriali, la percezione di una forte critica da parte dei genitori, la messa in dubbio della qualità delle proprie azioni, la preferenza per l'ordine e l'organizzazione.

Hewitt e Flett (1991), invece, hanno individuato tre forme di perfezionismo che differiscono tra loro per l'origine e l'obiettivo degli standard imposti, pertanto, si considerano le seguenti tipologie di perfezionismo: *auto diretto*, che è caratterizzato da rigidi standard che il soggetto impone a sé stesso; *etero diretto*, il quale si esplica nell'esigere l'adeguamento da parte degli altri ai propri standard; e *socialmente imposto*, per il quale la persona ritiene che siano gli altri ad avere aspettative eccessivamente elevate nei suoi confronti e di doverle soddisfare per poter ricevere la loro approvazione.

Il perfezionismo e la relazione con altre dimensioni psicologiche

La letteratura recente ha differenziato due tipologie di perfezionismo: adattivo e disadattivo (Enns et al., 2002). Alcune ricerche si sono, dunque, poste l'obiettivo di individuare le possibili relazioni tra perfezionismo e altre dimensioni psicologiche, nonché i possibili effetti che tali relazioni possono avere in termini sia adattivi che disadattivi.

In tal senso, il perfezionismo sembra influenzare la definizione degli obiettivi della persona e di conseguenza anche le sue prestazioni.

Fletcher & Speirs Neumeister (2012) ritengono, per esempio, che essere perfezionisti può incidere positivamente sulla motivazione. Per indagare la possibile relazione tra le dimensioni del perfezionismo e l'orientamento verso obiettivi di padronanza o di evitamento, Fletcher et al. (2012) hanno realizzato una ricerca in cui sono state misurate e correlate quattro dimensioni del perfezionismo (standard personali, organizzazione, preoccupazione degli errori, dubbi sulle proprie azioni) con le misurazioni inerenti la tendenza ad utilizzare obiettivi di padronanza e la tendenza a prediligere obiettivi di evitamento. I risultati di questa ricerca hanno rilevato che il dubbio circa le proprie azioni correla positivamente con la tendenza a prediligere obiettivi di evitamento; la tendenza all'organizzazione si associa ad un maggiore rifacimento ad obiettivi di padronanza; il timore degli errori e l'aver degli standard personali elevati correlano positivamente con entrambi gli approcci (padronanza ed evitamento) determinando, quindi, effetti sia positivi che negativi.

Tra le dimensioni psicologiche che più si collegano al concetto di perfezionismo si può fare richiamo all'autostima: un giudizio di valore personale che “può derivare da autovalutazioni basate o sulla competenza personale o sul possesso di attributi culturalmente investiti di valore positivo o negativo” (Bandura A., 1997, p. 33). Il modo in cui la persona valuta sé stessa, infatti, non può prescindere dagli standard che si prefigge, per cui, se questi ultimi sono eccessivamente elevati, è possibile sperimentare uno stato di discrepanza che, come descritto da Higgins (1989), deriva dalla differenza tra la rappresentazione di com'è (sé reale), di come vorrebbe essere (sé ideale) e di come dovrebbe essere (sé normativo); tale discrepanza comporta inevitabilmente un coinvolgimento emotivo, più o meno rilevante, che può indurre il soggetto ad agire al fine di ridurre tale stato di tensione, fungendo in tal caso da fattore costruttivo e motivante, oppure, in senso negativo, può incidere sullo sviluppo o sull'intensificazione di un disagio psicologico. In tal senso, facendo richiamo alla distinzione realizzata da Hamachek (1978), una recente ricerca ha mostrato come l'autostima tende ad essere più elevata nelle persone caratterizzate da perfezionismo positivo (o normale) e più bassa in coloro che presentano alti livelli di perfezionismo negativo (o nevrotico); nello specifico, gli autori ritengono che il perfezionismo positivo migliora l'autostima grazie alla sua incidenza positiva sull'accettazione di sé e sul senso di competenza, mentre, il perfezionismo negativo, caratterizzato da una forte critica e senso di insoddisfazione, riduce la percezione di competenza e di stima verso di sé, predisponendo chi ottiene elevati punteggi in tale dimensione ad un maggiore malessere psicologico (Besharat et al., 2011). Un ulteriore ambito di studi, a cui si può fare richiamo, riguarda le ricerche inerenti la relazione tra tratti di personalità e caratteristiche riconducibili al perfezionismo.

A tal proposito, Hill e colleghi (1997) hanno realizzato una ricerca attraverso cui è stata analizzata la relazione tra le diverse forme di perfezionismo individuate da Hewitt e Flett (1991) e i fattori di personalità descritti dal modello dei Big Five (Costa & McCrae, 1992). I risultati di tale ricerca hanno rilevato che ciascuna forma di perfezionismo è

associata ai diversi aspetti della personalità considerati dal suddetto modello. In particolare da essi si evince che il perfezionismo autoimposto appare correlato ad alcune caratteristiche di personalità adattive, quali la determinazione, riconducibile alla forte associazione con la sottodimensione “ricerca dei risultati” del fattore coscienziosità, e la resilienza, espressione della relazione inversa tra questa forma di perfezionismo e la sottodimensione “vulnerabilità” del fattore nevroticismo. Si evince inoltre che il perfezionismo orientato verso gli altri può comportare maggiori difficoltà di adattamento in ambito sociale, in quanto associato negativamente al fattore gradevolezza; ed infine, se ne deduce che quella socialmente imposta sembra essere la forma di perfezionismo maggiormente influente in termini di malessere psicologico poiché risulta essere fortemente associata alla sottodimensione “depressione” del fattore nevroticismo.

Le indagini fin qui considerate, dunque, hanno mostrato che non sempre gli aspetti riconducibili al perfezionismo hanno esiti negativi per l’individuo, anche se esistono pareri discordanti: autori come Owens e Slade (2008), per esempio, ritengono che ogni tipo di perfezionismo può essere considerato “disadattivo” in quanto sono sempre coinvolti aspetti come il timore del fallimento e del giudizio altrui.

Infine, occorre tenere presente che non tutte le situazioni sono in grado di elicitare le convinzioni o i comportamenti perfezionistici allo stesso modo: infatti, la manifestazione di “tratti” perfezionistici risente dell’interazione del soggetto con il contesto e si può, quindi, considerare come una risposta dell’individuo in presenza di determinate circostanze (Antony & Swinson, 2018).

Modelli di sviluppo del perfezionismo e contesto familiare

L’interazione tra individuo e contesto non serve solo a spiegare quali possono essere i fattori e le circostanze in grado di sollecitare le risposte perfezioniste dell’individuo, bensì può servire a comprendere come queste ultime vengono acquisite e si sviluppano.

In tal senso, uno dei principali contesti di sviluppo per ogni persona è senza dubbio quello familiare, infatti, è entro tale contesto che l’individuo acquisisce i principali schemi di comportamento, i valori e gli atteggiamenti che tenderà poi a riproporre anche in altri ambiti.

A tal riguardo alcuni autori hanno considerato l’ambiente familiare e le esperienze genitoriali come fattori particolarmente incidenti sullo processo di formazione del perfezionismo (Enn et al., 2002). In particolare, il perfezionismo è stato ritenuto come il risultato di un processo di apprendimento in cui gioca un ruolo fondamentale lo stile genitoriale. In tal senso, secondo Missildine (1963) i bambini esposti ad uno stile genitoriale più critico e ad aspettative genitoriali più elevate, sviluppano maggiori livelli di perfezionismo, ansia, preoccupazione per le proprie prestazioni e paura di non essere accettati.

Riguardo alle modalità di sviluppo del perfezionismo, Flett et al. (2002) hanno individuato quattro modelli che descrivono come può realizzarsi l’apprendimento di “risposte perfezioniste” all’interno del contesto familiare: il modello delle aspettative sociali, il modello della reazione sociale, il modello dell’apprendimento sociale ed il modello di allevamento ansioso .

In particolare, secondo gli autori, nel modello delle aspettative sociali a determinare l’acquisizione di uno “stile perfezionista” è la subordinazione dell’amore e dell’accettazione al soddisfacimento delle aspettative genitoriali, secondo tale modello, cioè, i bambini imparano che per potere essere amati e accettati occorre “essere perfetti”.

Con il modello della reazione sociale, invece, si considera il perfezionismo come risultato dell'apprendimento di una risposta messa in atto dal bambino per adattarsi in presenza di condizioni familiari difficili. In tal caso gli autori ritengono che sviluppare uno stile perfezionista serve a proteggere il bambino dalla sofferenza emotiva e aumentare la sua percezione di controllo.

Con il modello dell'apprendimento sociale del perfezionismo, che riprende e conferma quanto dimostrato dalle ricerche di Bandura e Kupers (1964), Flett e colleghi (2002) spiegano come i bambini esposti a modelli genitoriali perfezionistici imparano a pretendere da sé stessi prestazioni eccessivamente elevate tramite il processo di modellamento.

E infine, gli autori hanno identificato il modello dell'allevamento ansioso, secondo il quale il perfezionismo, in termini di eccessiva preoccupazione per gli errori, viene acquisito dal bambino mediante la relazione con i genitori, i quali sono, a loro volta, eccessivamente ansiosi e preoccupati dalla possibilità di sbagliare e dalle conseguenze dei propri errori.

L'influenza del contesto familiare e dello stile genitoriale è stato confermato da numerose ricerche. Mitchelson e Burns (1997), per esempio, hanno riscontrato delle relazioni tra il perfezionismo negativo dei bambini e il livello di stress, soddisfazione lavorativa e burnout delle loro madri. In riferimento al ruolo paterno, invece, Abd-El-Fattah & Fakhro (2012) hanno studiato la relazione tra controllo psicologico paterno, perfezionismo e autostima degli adolescenti. I risultati di tale studio mostrano che lo stile paterno incide sulla tipologia di perfezionismo e sui livelli di autostima dei figli; in particolare, è emerso che le aspettative dirette e l'approvazione dello sforzo da parte dei padri determinano lo sviluppo del perfezionismo auto-orientato dei figli; invece, il controllo psicologico incide sulla formazione del perfezionismo socialmente prescritto. Quest'ultimo, inoltre, si associa positivamente alla preoccupazione per gli errori e a bassi livelli di autostima degli adolescenti.

Si può, infine, ritenere che l'influenza del contesto familiare attiene al clima emotivo che lo caratterizza, infatti, mentre la sola presenza di elevate aspettative genitoriali non sembra determinare lo sviluppo degli aspetti disadattivi del perfezionismo, un clima emotivo costernato da un'eccessiva rigidità e colpevolizzazione o, al contrario, estremamente caotico e privo di certezze può determinare una profonda ferita da cui si origina il perfezionismo in termini disadattivi: nel primo caso il dolore psichico blocca la vitalità e l'iniziativa, nel secondo, invece, la mancanza di un ambiente rassicurante genera una forte paura e senso di smarrimento a cui segue una tendenza eccessiva a controllare e prevedere (Giusti & Caputo, 2010).

Il Perfezionismo nella psicopatologia

Il perfezionismo clinico è stato definito come “l'esagerata dipendenza dalla valutazione di sé dal perseguimento di standard personalmente esigenti e autoimposti in almeno un dominio altamente significativo, nonostante ciò implichi conseguenze avverse” (Shafran et al., 2001, citato in Giusto & Caputo, 2010, p. 28).

Esso può compromettere la salute della persona, predisponendola allo sviluppo di diverse psicopatologie (Burns, 1980). Tratti perfezionistici, infatti, si riscontrano in numerosi disturbi come: disturbi d'ansia, disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, disturbi dell'alimentazione, depressione (Limburg et al., 2016).

Pertanto, l'atteggiamento perfezionistico può affiancare le altre limitazioni e difficoltà esperite da coloro che presentano delle psicopatologie, manifestandosi sottoforma di diversi aspetti che incidono sul quadro psicologico a seconda della modalità di funzionamento del disturbo. In tal senso, numerosi studi hanno mostrato come le dimensioni inerenti il perfezionismo intervengono in presenza di determinati disturbi psichici.

Nello specifico, si è visto che nei disturbi d'ansia, come il disturbo di panico, il perfezionismo si manifesta principalmente attraverso la preoccupazione per gli errori ed eccessivi dubbi sulle proprie azioni da cui derivano la tendenza ad evitare le situazioni pericolose ed il bisogno di controllare gli eventi (Antony et al., 1998).

Nel disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, il perfezionismo si esplica tramite un'eccessiva tendenza all'organizzazione e la presenza di elevatissimi standard personali; sono presenti, inoltre, un'intensa preoccupazione per errori e dubbi sulle azioni che alimentano i comportamenti ed i pensieri ossessivi finalizzati al controllo (Halmi et al., 2005). Le caratteristiche del perfezionismo possono essere presenti anche in pazienti con diagnosi di OCD (Frost & Steketee, 1997; Halmi et al. 2005), in questi ultimi, però, rispetto a chi presenta un disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, i livelli di perfezionismo sono più contenuti con la sola eccezione delle aspettative genitoriali che sembrano, invece, incidere maggiormente (Halmi et al, 2005).

Nei disturbi dell'alimentazione, il perfezionismo si evince soprattutto dal modo inflessibile di giudicare sé stessi dal punto di vista fisico, dalla formulazione di obiettivi (in termini di peso) molto rigidi, dall'uso della logica dicotomica del "tutto o niente" che induce la persona a considerare anche i piccoli cedimenti della fame come un fallimento completo, dalla tendenza a ricercare la percezione di controllo attraverso il controllo alimentare ed i comportamenti "compensatori" (Treasure et al., 2008), per cui, come riscontrato anche da Halmi et al.(2005), il perfezionismo può sostenere i tentativi di controllo attuati e l'ossessività del pensiero inerente il cibo ed il peso.

In fine, nella depressione, il perfezionismo agisce da fattore che aumenta la vulnerabilità dei soggetti di fronte a situazioni stressanti (Hewitt & Flett, 1993), in tal caso, la severa valutazione delle proprie prestazioni, legata ad eccessivi standard e al pensiero dicotomico, influenza negativamente l'idea che hanno di sé stessi in termini di autostima e di soddisfazione (Flett et al., 2003).

Perfezionismo e terapia strategica

Come è stato introdotto nei precedenti paragrafi, alcuni aspetti del perfezionismo possono risultare disadattivi e presentarsi in concomitanza con alcuni disturbi psichici.

In tal senso, quando le caratteristiche del perfezionismo diventano compromettenti per il benessere della persona, irrigidendo il suo modo di rapportarsi all'esperienza, si può considerare la riduzione del carattere disadattivo di tali aspetti come un possibile obiettivo da raggiungere mediante la psicoterapia. Per tanto, in un percorso psicoterapeutico potrebbero essere attenzionati il bisogno di ordine e pianificazione strettamente connessi al controllo (Frost et al., 1990), la paura del giudizio altrui (Hewitt & Flett, 1991), la paura del fallimento e dell'errore (Burns,1980).

Tra i modelli di psicoterapia che trattano gli aspetti qui considerati, si può ritenere come particolarmente indicato l'approccio breve strategico, il quale mira a "rendere nuovamente flessibile e dinamico l'approccio che l'individuo ha nei confronti della realtà, rompendo gli schemi concettuali precostituiti e permettendo al paziente di sperimentare

nuove modalità di interazione nell'ambiente in cui l'individuo, quotidianamente, si muove" (Petruccelli & Verrastro, 2012, pp. 10-11).

In tal senso, G. Nardone (2003) ha analizzato e trattato alcune dimensioni critiche (che si possono riscontrare anche in chi adotta uno stile perfezionista) che possono incidere sulla capacità di scelta e di azione compromettendo, così, la qualità di vita.

Nello specifico, secondo l'autore, l'eccessiva tendenza al controllo e all'organizzazione rappresenta la *tentata soluzione* che l'individuo può mettere in atto di fronte alla paura di perdere il controllo o al dubbio riguardo le proprie azioni: tale soluzione diventa però una trappola per la quale "l'eccesso di controllo fa perdere il controllo" (p. 40). In tal senso, l'autore ritiene che l'esagerata tendenza a controllare può avere conseguenze molto spiacevoli come alimentare l'escalation della paura degli attacchi di panico, la messa in atto di comportamenti e pensieri rituali tipici delle sindromi ossessivo-compulsive e, come spiega in un recente testo, bloccare le decisioni o le azioni dell'individuo (Nardone 2019).

Nei casi in cui la tendenza al controllo produce tali effetti, il terapeuta strategico può utilizzare la *prescrizione del sintomo* al fine di "impossessarsi del sintomo e dirigere la sua stessa forza in direzione del suo annullamento" (Nardone, 1993, p. 74)

Una paura che impatta particolarmente sulla gestione delle relazioni sociali è il timore del giudizio altrui, tale paura potrebbe riguardare maggiormente coloro che presentano una forma di perfezionismo eteroimposta, in questo caso, infatti, la persona sperimenta un forte timore di non riuscire a soddisfare le aspettative altrui e di essere per questo giudicata. Secondo Nardone (2003) in questo caso più che di una vera e propria paura si tratterebbe di un'ossessione relativa al giudizio degli altri, in tal senso, tale timore esprime la ferma convinzione di non potere essere accettati ed essa trae la sua origine dalla sbagliata percezione di sé, degli altri e del mondo. Infatti, il soggetto crede di non potere essere mai abbastanza, che gli altri lo giudicheranno e lo rifiuteranno e che il mondo è rischioso. A causa di tali credenze la persona può mettere in atto strategie quali l'evitamento di molte forme di esposizione sociale e la pianificazione ossessiva tesa a controllare eventuali situazioni di rischio, inoltre, possono anche manifestarsi vari sintomi di natura ansiosa e somatizzazioni (Nardone, 2019). In presenza di tali condizioni nel corso del trattamento si può fare uso di diverse *ristrutturazioni* finalizzate a modificare le errate convinzioni del paziente e a far sì che questi possa riconsiderare le "tentate soluzioni" adottate (Nardone, 1993).

In fine, il perfezionismo patologico può essere connotato dal timore di sbagliare: tale paura, nell'ottica strategica e costruttivista, viene spiegata a partire dal significato che il soggetto attribuisce alla scelta o all'azione che teme di sbagliare e dal livello di autoefficacia percepita; tale timore può incidere negativamente sulle esperienze della persona in quanto può determinare una "profezia che si autoavvera" per la quale questi finisce per dare vita a ciò che teme (Nardone, 2019). In tal senso, secondo Nardone (2019), l'intervento terapeutico può avvenire attraverso la "pianificazione" da parte del terapeuta di un'*esperienza di successo* che consenta al paziente di migliorare la propria autoefficacia, ovvero, "condurlo dalla condizione di colui che costruisce ciò che subisce a colui che costruisce ciò che gestisce" (p. 33).

Conclusioni

Con questo lavoro mi sono posta l'obiettivo di ricercare nella letteratura i principali studi

realizzati sul “perfezionismo” per comprenderne le caratteristiche, le modalità di sviluppo, le conseguenze e le possibili modalità di intervento.

Dalla presente ricerca è emerso che il perfezionismo è un costrutto multidimensionale che può avere conseguenze sia positive che negative sull’adattamento della persona e che si sviluppa anche tramite le relazioni tra l’individuo e i propri contesti di vita, in particolare, quello familiare.

Inoltre, dal punto di vista “clinico” si è vista la possibile incidenza del perfezionismo su alcune psicopatologie e sono state considerate alcune tecniche utilizzate nell’ambito della psicoterapia ad approccio breve strategico per ridurre gli effetti disadattivi e aiutare il paziente a migliorare la propria qualità di vita.

Bibliografia

Abd-El-Fattah, S. M., Fakhroo, H. A. (2012). The Relationship among Paternal Psychological Control and Adolescents’ Perfectionism and Self-Esteem: A Partial Least Squares Path Analysis. *Psychology*, 3 (5), 428-439.

Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V., Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1143-1154.

Antony, M. M., Swinson, R. P. (2018). *Nessuno è perfetto. Strategie per superare il perfezionismo*. Trento: Erikson.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy the exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company. Trad. it. *Autoefficacia Teoria e applicazioni*. Trento: Erickson, 2000.

Bandura, A., Kupers, C.J. (1964). Transmission of patterns of self-reinforcement through modeling. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69, 1-9.

Besharat, M., Hosein, G.M., Naghipour, B. (2011). An examination of the relationship between perfectionism and self-esteem in a sample of student athletes. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 30, 1265–1271.

Burns, D. D. (1980). The perfectionist’s script for self defeat. *Psychology Today*, 14 (6), 34-51.

Costa, P.T., McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13(6), 653-665.

Enns, M.W., Cox, B. J., Clara, I. (2002). Adaptive and maladaptive perfectionism: developmental origins and associations with depression proneness. *Personality and Individual Differences*, 33, 921-935.

Fletcher, K. L., Speirs Neumeister, K. L. (2012). Research on perfectionism and achievement motivation: implications for gifted students. *Psychology in the schools*, 49(7), 668-677.

Fletcher, K. L., Shim, S. S., & Wang, C. (2012). Perfectionistic concerns mediate the relationship between psychologically controlling parenting and achievement goal orientations. *Personality and Individual Differences*, 52, 876–881.

Flett, G. L., Besser, A., Davis, R. A., Hewitt, P.L. (2003). Dimensions of perfectionism, Unconditional self-acceptance, and depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 21(2), 119-138.

Flett, G.L., Hewitt, P.L., Oliver, J.M., MacDolnaldS (2002). Perfectionism in children and their parents: a developmental analysis. In: Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (Ed) *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. Washington D.C: American Psychological Association.

- Frost, R. O., Marten, P. A., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Frost, R.O. & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 291-296.
- Giusti, E., Caputo, O. (2010). *La perfetta imperfezione. Il trattamento delle insoddisfazioni e degli ideali irraggiungibili*. Roma: Sovera Edizioni.
- Halmi, K. A., Tozzi, F., Thornton, M.L., Crow, S., Fichter, M. M., Kaplan, A.S., Keel, P., Klump, K. L., Lilenfeld, L. R., Mitchell, J. E., Plotnicov, K. H., Pollice, C., Rotondo, A., Strober, M., Woodside, D.B., Berrettini, W. H., Kaye, W. H., Bulik, C. M. (2005). The Relation among Perfectionism, Obsessive-Compulsive Personality Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder in Individuals with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 371-374.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of Normal and Neurotic Perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.
- Hewitt, P. L., Caeliana, C.F., Flett, G. L., Sherrya, S. B., Collinsc, L, Flynna, C. A. (2002). Perfectionism in children: associations with depression, anxiety, and anger. *Personality and Individual Differences*, 32, 1949-1961.
- Hewitt, P. L., Flett, G.L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Hewitt, P.L., Flett, G.L. (1993). Dimensions of Perfectionism, Daily Stress, and Depression: A Test of the Specific Vulnerability Hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (1), 58-65.
- Higgins, E. T. (1989). Self-discrepancy theory: What patterns of self-beliefs cause people to suffer?. *Advances in Experimental Social Psychology*, 22, 93-136.
- Hill, R. W., McLutine, K., Barcharach, V. (1997) Perfectionism and Big Five Factors. *Journal of social behavior and personality*, 12 (1), 257-270.
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, S. M., Egan, S. J. (2016). The Relationship Between Perfectionism and Psychopathology: A Meta-Analysis. *Journal of clinical psychology*, 37(10), 1301-1326.
- Missildine, W. H. (1963). *Your inner child of the past*. New York; Simon & Schster. Trad. it. a cura di Nobili M. *Il bambino che sei stato: un metodo per la conoscenza di sé*. Trento: Erickson, 1996.
- Mitchelson, J.K., Burns, L. R. (1998). Career mothers and perfectionisms: stress at work and at home. *Personality and Individual Difference*, 25, 477-485.
- Nardone, G. (2003). *Non c'è notte che non veda giorno. La terapia in tempi brevi per gli attacchi di panico*. Milano: Ponte alle Grazie.
- Nardone, G. (2019). *La Paura delle Decisioni. Come costruire il coraggio di scegliere per sé e per gli altri*, Milano: Ponte alle Grazie.
- Nardone, G. (1993). *Paura, panico, fobie. La terapia in tempi brevi*. Firenze: Ponte alle Grazie.
- Owens, R.G., Slade, P.D. (2008). So perfect it's positively harmful? Reflections on the adaptiveness and maldaptiveness of positive and negative perfectionism. *Behavior Modification*, 32, 938-937.
- Petrucelli F., Verrastro V. (2012). *La relazione d'aiuto nella psicoterapia strategica*, Milano: Franco Angeli.
- Treasure, J., Schmidt, U., Van Furth, E. (2008). *I disturbi dell'alimentazione*. Bologna: Il Mulino.

La Malattia di Parkinson: Appropriatelyzza della cura e della riabilitazione oggi

Parkinson's Disease: Appropriateness of Care and Rehabilitation Today

Valentina La Magnaⁱ

Riassunto

La malattia di Parkinson affligge in Italia circa 230.000 individui, causando disturbi di carattere motorio e complicazioni di natura psichiatrica come depressione, disturbi d'ansia, psicosi e disturbi del controllo degli impulsi. Vista la particolarità della patologia, l'individuo colpito dalla patologia e la propria famiglia vengono investiti da un carico emotivo particolarmente rilevante.

Lo psicologo-psicoterapeuta, dovrebbe operare allo scopo di arginare i molteplici bisogni in un'ottica multidisciplinare, occupandosi di valutare e certificare il bisogno, favorire l'aderenza alla cura ed al trattamento sia farmacologico che riabilitativo, modulare gli obiettivi terapeutici e riabilitativi in base all'evoluzione della patologia e proporre training di riabilitazione cognitiva unitamente a colloqui di sostegno psicologico finalizzati, per quanto possibile, all'accettazione della patologia ed al successivo adattamento. Lo psicoterapeuta opera allo scopo di aiutare a gestire le emozioni legate alla perdita, alla sofferenza ed al cambiamento, sia del soggetto malato che della propria famiglia.

Parole chiave

Malattia di Parkinson, neuropsicologia, riabilitazione cognitiva, sostegno, adattamento

Abstract

Parkinson's disease afflicts about 230,000 individuals in Italy, causing motor disorders and psychiatric complications such as depression, anxiety disorders, psychosis and impulse control disorders. For the particularity of the pathology, the individual affected by the pathology and his family are invested by a particularly relevant emotional load.

The psychologist-psychotherapist should operate in order to stem the multiple needs from a multidisciplinary perspective, taking care of assessing and certifying the need, promoting adherence to both pharmacological and rehabilitative treatment and treatment, modulating the therapeutic and rehabilitation objectives based on the evolution of the pathology and propose cognitive rehabilitation training together with psychological support interviews aimed, as far as possible, at the acceptance of the pathology and subsequent adaptation. The psychotherapist works in order to help manage the emotions related to the loss, suffering and change, both of the sick person and of his family.

Key Words

Parkinson's disease, neuropsychology, cognitive rehabilitation, support, adaptation

Clinica della patologia

È stato stimato che in Italia le persone affette da Malattia di Parkinson siano circa 230.000; la prevalenza della malattia è pari all'1-2% della popolazione sopra i 60 anni e al 3-5% della popolazione sopra gli 85 anni (Ministero della Salute).

Tremore, bradicinesia, rigidità ed alterazioni posturali (con disturbi dell'equilibrio) sono i quattro segni clinici fondamentali del parkinsonismo. La diagnosi clinica, spesso non viene subito emessa, anche perché l'esordio clinico può essere caratterizzato da sintomi non specifici, come astenia generalizzata, tensione muscolare, dolori o crampi; distonie focali; riduzione della destrezza manuale; inquietudine motoria; sintomi sensitivi (per es. dolore o parestesie delle estremità); e aspetti psichiatrici, come ansia e depressione (Coffey & Cummings 2001). La malattia si manifesta in genere nella settima e ottava decade di vita, l'esordio prima della quinta decade è un fenomeno molto raro (Tanner et al., 1997).

La Malattia di Parkinson (di seguito MP) tende ad essere più frequente negli uomini (Schoenberg et al 1985) e si accompagna spesso, anche nelle fasi precoci, al lieve deficit delle funzioni cognitive così come a disturbi dell'affettività (segnatamente la depressione). La demenza conclamata, nelle fasi iniziali della malattia non è mai presente, il deficit cognitivo, in queste prime fasi di sviluppo della patologia è in genere di grado lieve e piuttosto circoscritto, spesso a carico delle funzioni esecutive (pianificazione, ragionamento, capacità di astrazione, concettualizzazione, flessibilità cognitiva), delle funzioni visuospaziali e della memoria (Bondi & Tröster, 1997). La modificazione dell'attività noradrenergica può, nelle fasi iniziali dell'evento morboso, portare bradifrenia, ossia rallentamento della velocità di processazione del pensiero e della informazione.

Rispetto al deficit di memoria, si rileva come questo si caratterizzi soprattutto per l'alterazione del richiamo delle informazioni (ciò è provato da prestazioni migliori nei test di riconoscimento a scapito delle prove di richiamo, si osserva una ridotta capacità di apprendere e ricordare nuove informazioni). La memoria remota, soprattutto nelle fasi iniziali è solitamente conservata, se ne osserva l'alterazione principalmente nei pazienti MP con demenza e con Disturbo neurocognitivo maggiore.

La capacità attentiva per consegne semplici (ad es. digit span) è in genere conservata, i compiti più complessi invece, che coinvolgono la memoria operativa, evidenziano maggiormente i deficit, in ogni caso le difficoltà aumentano man mano che la malattia progredisce nel tempo, nei pazienti affetti da MP infatti, l'esecuzione di compiti anche con aiuto esterno può essere difficoltosa.

Per quanto riguarda il linguaggio, funzioni quali la ripetizione, la comprensione ed il riconoscimento di parole sono in genere risparmiate. Si può osservare però ipofonia e disartria, più raramente si presentano parafasie. Alcuni studi hanno messo in evidenza lieve deficit alle prove di fluency verbale, la presenza di deficit di questo tipo, soprattutto nelle fasi precoci della patologia pare essere un fattore predittivo del successivo sviluppo di demenza

I deficit esecutivi sono rilevati principalmente rispetto all'esecuzione di compiti che richiedono azioni spontanee ovvero eseguite in modo autonomo, così come l'esecuzione di compiti in cui è necessario processare le strategie. (Coffey & Cummings 2001).

Criteri diagnostici per l'individuazione della patologia

I criteri diagnostici per la definizione della demenza nella malattia di Parkinson sono definiti nel DSM 5 ove la patologia viene indicata come Disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a morbo di Parkinson, i criteri diagnostici sono i seguenti:

- A. Sono soddisfatti i criteri per il disturbo neurocognitivo maggiore o lieve.
- B. L'anomalia si verifica nel contesto di conclamato morbo di Parkinson.
- C. C'è esordio insidioso e graduale progressione della compromissione.
- D. Il disturbo neurocognitivo non è attribuibile a un'altra condizione medica e non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale.

Il probabile disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a morbo di Parkinson deve essere diagnosticato se sono soddisfatti sia 1 sia 2. Il possibile disturbo neurocognitivo maggiore o lieve dovuto a morbo di Parkinson dovrebbe essere diagnosticato se si verificano 1 o 2:

1. Non vi è alcuna evidenza di eziologia mista (cioè assenza di un'altra malattia neurodegenerativa o cerebrovascolare o di un'altra malattia o condizione neurologica, mentale o sistemica che sia probabile che contribuisca al declino cognitivo).
2. Il morbo di Parkinson precede chiaramente l'esordio del disturbo neurocognitivo.

La caratteristica principale del disturbo neurocognitivo (DNC) maggiore o lieve dovuto a morbo di Parkinson è proprio il declino cognitivo che segue l'esordio del morbo di Parkinson. L'alterazione delle funzioni cognitive deve correlare con la conclamata diagnosi di morbo di Parkinson (Criterio B). Le alterazioni devono essersi sviluppate in modo graduale (Criterio C). Il DNC viene considerato come potenzialmente dovuto a morbo di Parkinson, quando non vi sono chiare evidenze di un'altra patologia che potrebbe portare al declino cognitivo e quando il morbo di Parkinson precede in modo inequivocabile la manifestazione del DNC.

Apatia, umore depresso, umore ansioso, allucinazioni, deliri, cambiamenti di personalità, disturbo comportamentale del sonno REM ed eccessiva sonnolenza diurna sono segni e sintomi frequenti. (DSM 5, 2014).

Complicazioni di natura psichiatrica correlate alla malattia

Spesso gli individui affetti da MP manifestano condizioni psichiatriche che risultano essere invalidanti allo stesso modo, se non più, delle manifestazioni motorie. Tali condizioni sono spesso la conseguenza della stessa condizione morbosa, altre volte risultano essere complicazioni della terapia farmacologica impiegata per trattare i disturbi motori. La prevalenza dei disturbi psichiatrici nei pazienti con MP varia dal 12 al 90% (Poletti & Bonuccelli, 2011).

– Depressione

La deflessione del tono dell'umore che viene riscontrata nei pazienti con MP, può precedere l'esordio della patologia. A livello comportamentale, comporta ritardo psicomotorio, deficit di memoria, pessimismo, irrazionalità ed ideazione suicidaria

senza reali comportamenti suicidari (Poletti & Bonuccelli, 2011). La sintomatologia della depressione negli individui affetti da Parkinson è differente rispetto a quella tipica della depressione primaria. I malati di MP sperimentano in misura minore sensi di colpa e di auto rimprovero, in misura maggiore invece preoccupazioni rispetto al proprio stato di salute, maggiore tristezza ed irritabilità. Le fluttuazioni del tono dell'umore spesso accompagnano l'andamento della patologia e le fluttuazioni motorie di tipo "on-off", tipicamente connesse all'effetto della terapia dopaminergica. Si assiste prevalentemente al calo dell'umore nello stato di off (fase in cui non vi è risposta al farmaco per cui compaiono in maniera evidente i sintomi della patologia), ed al miglioramento negli stati di "on" (momento in cui viene sperimentata la condizione di autonomia piena o comunque sufficiente). La depressione nella MP non è una reazione reattiva allo stato morbosissimo, ha base biologica che risulta dalla deficitaria trasmissione serotoninergica, noradrenergica e dopaminergica.

La depressione si associa al deterioramento cognitivo, in particolare ai deficit mnemonici di codifica e richiamo dell'informazione.

L'apatia, ovvero la perdita di interesse e motivazione all'azione è correlata alla depressione solo in alcuni casi, spesso è presente in maniera indipendente, il grado di apatia è comunque correlato alla gravità del disturbo ed alla severità dei disturbi motori.

– Disturbi d'ansia

I disturbi d'ansia sono l'ansia generalizzata, il panico e la fobia sociale, si manifestano nel 40% dei soggetti affetti da MP, spesso in comorbilità con la depressione (Coffey & Cummings 2001).

Anche in questo caso, così come già detto per la depressione, questi disturbi possono essere associati alle fluttuazioni di tipo "on-off" connesse alla durata dell'effetto della terapia dopaminergica, i sintomi sono più accentuati durante le fasi "off".

– Psicosi

I sintomi di psicosi sono abbastanza frequenti, essendo presenti nel 40% dei pazienti con MP. Sono stati classificati sei tipi di disturbo psicotico del Parkinson (Coffey & Cummings 2001):

1. Allucinazioni con critica conservata
2. Psicosi indotta da farmaci (deliri, allucinazioni, disturbi del pensiero) senza offuscamento della coscienza ma perdita parziale o totale della critica
3. Delirio
4. Psicosi simil schizofrenica non correlata ai farmaci
5. Schizofrenia antecedente la malattia di Parkinson
6. Altre psicosi.

Evidenze scientifiche mettono in luce come i disturbi psicotici avvengono nel corso del trattamento dopaminergico ovvero quando si è in presenza anche di demenza.

Le allucinazioni sono di tipo visivo e in gran parte dei casi hanno come oggetto insetti o piccoli animali. Qualche volta possono essere visioni di persone, per lo più si tratta di visioni fugaci, rare sono le allucinazioni complesse o strutturate.

Il delirio paranoide, di gelosia o autopersecutorio, può essere presente anche se meno frequente rispetto alle allucinazioni, l'insorgenza di tali fenomeni è la risultante dell'interazione tra alcune caratteristiche cliniche e la terapia.

– Disturbi del controllo degli impulsi

È stata osservata una frequenza crescente del fenomeno dei disturbi del controllo

degli impulsi ovvero disordini del comportamento la cui caratteristica è rappresentata dall'impossibilità del soggetto affetto di resistere a stimoli compulsivi, tali comportamenti disfunzionali compromettono il benessere individuale e sociale. Rientrano tra i DCI il gioco d'azzardo patologico, l'iperfagia, il binge eating, l'ipersessualità, una complicanza della terapia dopaminergica è il "punding", ovvero un comportamento stereotipato, caratterizzato dal maneggiare, mettere in ordine e catalogare in maniera improduttiva oggetti o piccoli strumenti meccanici, spesso le attività motorie sono legate al precedente lavoro o hobby del soggetto che lo mette in atto, quando si tenta di far interrompere la pratica si osserva marcata irritabilità (Poletti & Bonuccelli, 2011).

Aspetti psicologici e considerazioni sull'intervento terapeutico

L'approccio alla malattia di Parkinson dovrebbe essere multidimensionale, intervenendo sull'individuo nella propria globalità e complessità. L'intervento terapeutico dovrebbe essere concordato sinergicamente, grazie al contributo di tutti i componenti dell'equipe multidisciplinare, medico di medicina generale, neurologo, psicologo-psicoterapeuta, fisiokinesiterapista, assistente sociale, sono chiamati, ciascuno con le proprie competenze e rispetto al proprio ambito di professionalità, a portare il proprio contributo alla stesura di un progetto che possa costituire realmente la tela sulla quale poter dipingere l'intervento specifico per quella realtà individuale e/o familiare.

L'intervento psicoterapeutico si dipana in varie direzioni, innanzitutto individuare e certificare le situazioni particolarmente problematiche (i casi in cui la malattia viene accompagnata da deficit cognitivi, deliri o allucinazioni, depressione ecc), favorire l'aderenza alla cura ed al trattamento sia farmacologico che riabilitativo, modulare gli obiettivi terapeutici e riabilitativi in base all'evoluzione della patologia e proporre training di riabilitazione cognitiva unitamente a colloqui di sostegno psicologico allo scopo di favorire, per quanto possibile, l'accettazione della patologia ed il successivo adattamento. Lo psicoterapeuta opera allo scopo di aiutare a gestire le emozioni legate alla perdita, alla sofferenza ed al cambiamento, sia del soggetto malato che della propria famiglia, l'intervento infatti è rivolto sia al paziente che ai propri familiari.

La valutazione neuropsicologica è uno strumento fondamentale nella presa in carico di un individuo affetto da MP, attraverso specifici strumenti psicometrici viene condotta la valutazione rispetto alle aree cognitive, emotiva, psichica, fisiologica e motoria allo scopo di individuare aree deficitarie e punti di forza su cui poter fare leva.

Quando una famiglia entra in contatto con un servizio di psicologia, dopo che un familiare abbia ricevuto la diagnosi di Malattia di Parkinson, può presentare svariati atteggiamenti, l'incontro può essere improntato alla collaborazione, al sostegno, ma anche al rifiuto o alla sfida.

L'intervento dello psicologo-psicoterapeuta diventa parte della "storia" di chi lo riceve, l'operatore entra a far parte della rete dell'utente e l'utente entra in quella dei servizi.

La decisione di ricorrere ad un professionista della cura non viene vissuta in modo facile, talvolta la richiesta si configura come una "ferita" all'ideale familiare di condivisione e solidarietà interna.

Vivere con la malattia di Parkinson comporta il dover fronteggiare molti cambiamenti nello stile di vita, tanto per il soggetto affetto dalla patologia, quanto per i caregiver, ovvero le persone che stanno accanto al paziente offrendogli cure ed attenzioni.

Generalmente colui che si prende cura dell'ammalato è una sola persona (nella maggior parte dei casi di sesso femminile), per lo più sono i coniugi ad occuparsi dei propri partner, a seguire si possono trovare i figli. Bisogna tenere in considerazione che tra i caregiver più anziani molti hanno a loro volta problemi di salute. Per i caregiver, le azioni concrete che soddisfano i bisogni dell'assistito sono molteplici, soprattutto quando la malattia è in uno stadio avanzato. Azioni apparentemente banali come vestire, preparare cibi, acquistare alimenti, farmaci o ausili sono accompagnate da un carico emotivo rilevante. L'incontro con il caregiver pertanto è fondamentale, e dovrebbe essere parte integrante dell'intervento, serve ad accogliere e ad analizzare la domanda sia esplicita che implicita, a mettere in evidenza le problematiche da affrontare, a fare emergere le aspettative rispetto all'intervento, a stilare un programma assistenziale che assuma senso per quella e non altre realtà familiari. Altro compito dello psicologo è pertanto quello di valutare il carico assistenziale dei caregiver.

Lo psicologo, molto spesso si trova di fronte non solo all'utente affetto dalla patologia in questione ed al suo caregiver ma anche alla intera famiglia che in qualche modo viene anch'essa colpita dalla malattia e che reagisce organizzandosi e riaggiustandosi a seconda delle richieste e della evoluzione della stessa patologia dovendo fare i conti con il decadimento fisico e psichico del parente malato.

Il soggetto malato entra in breve tempo in una rete di servizi, progettare l'intervento in tale fase ed in tale contesto è fondamentale poiché è proprio in questo momento che vengono scambiate parecchie informazioni. Prendendo contatto con il professionista, l'utente (o il suo caregiver), riceve spiegazioni in merito alle prestazioni che potrebbe ottenere, comincia a conoscere le organizzazioni che erogano i servizi, si fa una idea di coloro che lavorano all'interno delle istituzioni, allo stesso tempo fornisce informazioni su di sé, sul proprio lavoro, sulla rete familiare, sullo stile di vita che finora lo ha contraddistinto.

Il binomio famiglia-servizi può assumere connotazioni ogni volta diverse, tale diversità è dettata dalla qualità delle relazioni familiari e dal significato che la malattia assume all'interno della famiglia stessa. La patologia mette a dura prova le relazioni familiari, può amplificare dinamiche di inclusione-esclusione tra i conviventi, solitamente queste dinamiche si esplicitano nell'assunzione di compiti di cura ovvero attraverso il rifiuto degli stessi. Il "luogo" della malattia quindi non può più essere considerato solo l'individuo ma diventa l'ambito familiare.

Per paziente e familiari accettare la realtà non è facile, l'individuo affetto dalla patologia in primis, soprattutto all'esordio della malattia stessa si rende conto che qualcosa non funziona nel controllo del proprio corpo ed anche per chi gli vive accanto non è facile comprendere cosa realmente stia accadendo. L'accettazione della malattia arriva in genere, dopo un periodo che può essere anche piuttosto lungo, periodo in cui malato e familiari spesso con fatica raggiungono una serena rassegnazione abbandonando a poco a poco la collera e la depressione. In questo arco temporale lo psicologo ha il compito di analizzare la richiesta, programmando e valutando gli eventuali effetti dell'intervento, sostenendo ed accompagnando il nucleo familiare ad accettare questo grave disagio affinché si possano trovare insieme alla famiglia stessa le soluzioni più adeguate a lenire le problematiche. A tale riguardo bisogna sottolineare come il buon esito di un intervento non si esaurisca solo nella mera buona esecuzione della prestazione, ma anche e soprattutto nella percezione, da parte degli utenti di essere realmente aiutati e supportati. Alla luce di quanto detto pertanto, si ritiene opportuno progettare l'intervento considerando la patologia come qualcosa che coinvolge l'intera rete familiare da cui prende alcuni suoi significati basilari.

I vari interventi che lo psicologo può mettere in atto sono quelli che seguono la metodologia del lavoro di rete e l'approccio della *Community care*, il cui significato si è modificato negli anni arrivando oggi a considerare i seguenti principi basilari:

la priorità assoluta per la vita a casa ed in famiglia rispetto alla cura istituzionale, l'obbligo di seguire il principio della normalizzazione e dell'integrazione nell'ambiente meno restrittivo possibile, evitando soluzioni separate, speciali, segreganti e limitanti delle libertà personali, la preferenza per ciò che è piccolo, ristretto, rispetto a ciò che è grande, la preferenza per ciò che è locale, legato direttamente al territorio più immediato di vita della persona in difficoltà, rispetto a ciò che è lontano.

Questi principi e metodi di lavoro della *Community care* sono gli ideali per sviluppare degli interventi a favore delle famiglie con individui in situazione di handicap e specificamente affetti da Malattia di Parkinson.

E' importante che lo psicoterapeuta, dando supporto ai componenti della famiglia non lo faccia solo e soltanto seguendo il tradizionale modello medico malattia-diagnosi-terapia ma riesca invece a guardare oltre pensando al "qui e ora" muovendosi affinché le risorse a sua disposizione possano essere potenziate, facendo piuttosto riferimento al concetto di Qualità della Vita formulato in relazione al modello bio-psico-sociale secondo la più recente e moderna classificazione dell'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute), stabilita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità OMS 2001.

La relazione di aiuto, una volta iniziata, in genere dura a lungo, generalmente si interrompe a causa della morte dell'assistito o con il suo ingresso presso una struttura protetta. L'intervento psicoterapeutico non può pertanto prescindere dalla trattazione dello scorrere del tempo e della fine dell'esistenza, in condizioni cliniche, nelle quali il tema della progressiva perdita di parti di sé è pervasivo ed è insito l'epilogo della morte. In questi casi lo psicoterapeuta ha il compito di accompagnare la persona potendo diventare una preziosa risorsa per non cedere alla disperazione. La progettualità a breve termine impone una costante, continua e progressiva ri-organizzazione del sé in cui, riprendendo la metafora sopra utilizzata, il paziente aggiunge ogni giorno sfumature di colore differenti alla tela della propria vita.

Tutte le relazioni che durano nel tempo sono contraddistinte da aspetti positivi ed aspetti negativi, possono esservi fraintendimenti, incomprensioni e successivi chiarimenti, la famiglia potrebbe sentirsi sostenuta quindi più o meno capita ed aiutata, così anche lo psicologo potrebbe sentirsi utile ed efficace, viceversa potrebbero verificarsi situazioni in cui la famiglia potrebbe sentirsi non compresa nel profondo del proprio bisogno tentando di squalificare l'intervento. In tali occasioni si rende necessario entrare ancora di più in empatia con i soggetti sofferenti per cogliere la domanda tenuta nascosta e manifestata attraverso il disappunto.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione. DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Bondi, MW. & Tröster AI., (1997). Parkinson's disease: neurobehavioral consequences of basal ganglia dysfunction, *Handbook of Neuropsychology and Aging*, Nussbaum PD. New York, Plenum 216-245.

Coffey, CE, & Cummings, JL. (2000). *Textbook of geriatric Neuropsychiatry*, second edition. Washington DC and London, England: American Psychiatric Press. Trad it.:

Manuale di Neuropsichiatria Geriatrica, Seconda Edizione, Roma: CIC Edizioni Internazionali.

Organizzazione Mondiale della Sanità (2002). *ICF Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute*. Trento: Erikson.

Poletti, M. & Bonuccelli, U. (2011) Disturbi psicopatologici nella malattia di Parkinson, *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 17, 13-21.

Schoenberg, BS., Anderson, DW., Haerer, AF., et al. (1985). Prevalence of Parkinson's disease in the biracial population of Copiah County, Mississippi, *Neurology*, 35, 841-845.

Tanner, CM., Hubble, JP. & Chan, P. (1997). Epidemiology and genetics of Parkinson's disease. In *Movement disorders: Neurologic Principles and Practice*. New York: McGraw-Hill Company, 137-152.

ⁱ Valentina La Magna, Psicologa, Psicoterapeuta ISP

Il tempo e la distorsione temporale in ipnosi: applicazioni terapeutiche

Time and time-distortion in hypnosis: therapeutic applications

Gentili Sara, Pillon Paolo, Vicari Lara

Riassunto

Il tempo può essere un'esperienza molto soggettiva e fa parte della vita di ogni essere umano. Ogni persona si confronta quotidianamente con il tempo reale e cronologico riconoscendo (o non riconoscendo) in esso una parte del suo tempo percepito. Talvolta questo tempo sembra allungarsi o restringersi in base alla situazione ed emozione vissuta. Attraverso la trance ipnotica si può ottenere un allungamento o una restrizione del tempo percepito distorcendone la durata e l'intensità a fini terapeutici. Molti studi sono emersi in passato da M.H. Erickson a Cooper fino ai giorni nostri, che ci permettono di approfondire tale capacità prettamente umana in relazione all'uso dell'ipnosi, non solo a fini clinici ma anche per migliorare semplicemente il "tempo" della nostra vita alleviandola dalla sofferenza e dalle difficoltà.

Parole chiave

Tempo, distorsione temporale, ipnosi

Abstract

Time can be a very subjective experience and is part of the life of every human being. Each person is confronted daily with real and chronological time, recognizing (or not recognizing) in it a part of his perceived time. Sometimes this time seems to lengthen or shrink based on the situation and emotion experienced. Through hypnotic trance it is possible to obtain an extension or a restriction of the perceived time distorting its duration and intensity for therapeutic purposes. Many studies have emerged in the past from M.H. Erickson to Cooper to the present day that allow us to deepen this purely human capacity in relation to the use of hypnosis not only for clinical purposes but also to simply improve the "time" of our life by alleviating it from suffering and difficulties.

Keywords

Time, time-distortion, hypnosis

Introduzione

Dal punto di vista etimologico, il termine “tempo”, dal latino “tempus”, è una parola riconducibile alla radice indoeuropea tem- (taglio, sezione), da cui i termini greci *τεμνω* (separo) e *τεμενος* (recinto), che comprendono i significati di fase, periodo, intervallo. Comunemente e sinteticamente, il tempo è la dimensione attraverso cui gli eventi vengono ordinati e messi in relazione tra loro. È bene affermare che non esiste un'unica dimensione temporale, bensì una distinzione tra “tempo esterno” e “tempo interno”. In psicoterapia è molto importante riconoscere, accogliere e gestire tale differenziazione, per fare e dire “la cosa giusta al momento giusto”. Tuttavia, questo varia rispetto alle aspettative ed ai bisogni del paziente, al tempo che il terapeuta reputa utile, alle tempistiche proprie dell'approccio psicoterapeutico.

Proprio perché la percezione dello scorrere del tempo può variare da individuo a individuo, risulta molto interessante il fenomeno della distorsione temporale.

Interessanti sono gli studi e le ricerche riguardo l'uso terapeutico della distorsione temporale indotta mediante l'ipnosi, che evidenziano l'efficacia dell'utilizzo di questa tecnica, come ad esempio in casi di disordini alimentari, nel controllo del dolore, nella gestione di un vecchio trauma, in casi di blocco della performance, per l'apprendimento motorio, in condizioni di amnesia, in caso di sintomi ossessivi come pensieri intrusivi. Inoltre agire in qualche modo sulla “Time Line” delle persone consente di lavorare sui ricordi passati e su come si immagina possano svolgersi gli eventi futuri.

Il fenomeno della distorsione temporale in stato di ipnosi non costituisce di per sé una forma di psicoterapia: è piuttosto un metodo mediante il quale è possibile accedere alla dimensione intrapsichica ed esperienziale del soggetto.

La finalità del presente articolo è dunque quella di illustrare come, a partire dagli studi sulla percezione dello scorrere tempo, sia possibile, in psicoterapia, utilizzare l'ipnosi per distorcere tale percezione a scopo terapeutico, analizzando, nello specifico, la differenza tra tempo interno e tempo esterno, il fenomeno della distorsione temporale durante lo stato di trance e riportando casi clinici che ne hanno dimostrato l'efficacia terapeutica.

Il tempo (tempo, tempo interno, tempo esterno)

Il concetto del Tempo affascina l'essere umano da secoli. Da Sant'Agostino a Kant, da J. W. Dunne a Bergson, il tempo sembra sfuggire nella ricerca di una definizione concreta nella sua interezza. Sfugge sì il tempo ma non gli studi che si sono succeduti a tal riguardo, espressione di una sete di conoscenza paradossalmente senza tempo. Nello specifico, il tempo può essere definito come “l'intuizione e la rappresentazione della modalità secondo la quale i singoli eventi si susseguono e sono in rapporto l'uno con l'altro (per cui essi avvengono prima, dopo o durante altri eventi), vista volta a volta come fattore che trascina ineluttabilmente l'evoluzione delle cose (lo scorrere del tempo) o come scansione ciclica e periodica dell'eternità” (Treccani, 2020). Come affermato da Carlo Rovelli, fisico e stagista italiano, ognuno di noi dovrebbe cambiare la propria immagine del tempo, visualizzandolo non come un unico orologio che batte in un unico tempo bensì come tanti, unici orologi, ognuno con un tempo differente.

In conseguenza di ciò, il tempo è un coro di tanti orologi con tempi e modalità differenti. Il tempo è visto quindi come dimensione multidisciplinare e multifunzionale, nella quale si concepisce e si misura il trascorrere degli eventi. A tal ragione è possibile differenziare il tempo nel tempo, ossia due forme così intese: un tempo cronologico e un tempo

soggettivo. Il tempo cronologico corrisponde allo scorrere del tempo segnato dalle lancette dell'orologio, statico nella sua scansione ma dinamico nella sua evoluzione, sempre uguale ma al contempo sempre diverso. Il tempo soggettivo, invece, fa riferimento al tempo così come noi lo percepiamo, gli diamo forma e significato, costituendo un orizzonte temporale unico in base a come lo sentiamo, vediamo e distinguiamo.

A tal proposito, lo psicologo francese P. Fraisse, affermava la possibilità di dispiegare le prospettive temporali solo quando l'essere umano diveniva capace di concepire un avvenire come il risultato di una sua creazione, in rapporto e in conseguenza della sua storia personale (Fraisse, 1957).

Il tempo soggettivo quindi cambia da individuo a individuo, in relazione a molteplici fattori: culturali, sociali, educativi. La concezione del tempo di un bambino non potrà mai essere uguale a quella di un adulto, anche perché studi di cronobiologia umana hanno evidenziato la presenza di una pluralità di ritmi interni, che offrono a ciascuno di noi la possibilità di sperimentare il tempo, influenzandone inevitabilmente il senso soggettivo e individuale (Luce, 1971; Fraisse, 1974).

L'uomo è evidentemente una creatura con una pluralità di tempi interni, in molteplici contesti e relazioni. Tra la molteplicità di relazioni possibili spicca, contestualmente, il tempo della terapia: la psicoterapia infatti non è un momento interno a un unico continuum temporale, ma un tempo separato da tutti gli altri.

Lo stesso Milton Erickson, pioniere dell'Ipnosi, affermava con acutezza l'impossibilità dell'esistenza di un tempo e di un modo assoluto, riconoscendo tre livelli del suo paziente: uno come persona, uno come paziente e uno come presentatore di un problema. Secondo Erickson è la chiarezza nel riconoscere questi aspetti che aiuta i terapeuti ad "abbreviare la durata della visita, e vi permette di dare al paziente l'idea che il tempo che gli avete assegnato sarà il tempo giusto, desiderato, adeguato" (Erickson, 1987).

Tempo quindi non statico, ma modulato sul paziente, che crea una dinamicità priva di scadenze, anche durante una seduta ipnotica: "dovete dare al paziente la sensazione che gli darete tutto il tempo che vuole, tutto il tempo di cui ha bisogno, tutto il tempo necessario" (Erickson, 1985).

Risulta chiaro, quindi, che la relazione terapeutica ha i suoi tempi di nascita, di maturazione, di sviluppo e di crescita; tempi non forzati ma modellati, in un tempo che fluisce con naturalezza. Lavorando e modificando questi tempi e le variabili emotive a essi associate, la coppia terapeutica opera e mette in atto il cambiamento. Il rapporto tra terapeuta e paziente va perciò considerato espressione di una interconnessione di ritmi interni e di orizzonti temporali, una corrispondenza autentica che si svolge nel qui ed ora. Ogni episodio ha cioè il suo tempo separato, quanto a percezione, orizzonte e prevalenza temporale. Anche le emozioni e i vissuti emotivi particolarmente intensi possono dare vita ad una percezione del tempo profondamente soggettiva, variabile e diversificata. La distorsione del tempo in ipnosi ne è un esempio peculiare, ricco di approfondimenti e casi clinici.

La distorsione temporale come strumento nell'ipnosi

La percezione dello scorrere del tempo può variare quindi da individuo a individuo e risulterà ora molto interessante approfondire il fenomeno della distorsione temporale.

In termini matematici si parla di distorsione temporale quando il valore numerico del rapporto tra durata percepita/tempo cronologico è significativamente più grande o più

piccolo di 1 (Cooper & Erickson, 2002). Il fenomeno della distorsione temporale si verifica spesso anche nella vita quotidiana: quando ci annoiamo e ci sembra che il tempo non passi mai, durante un sogno in cui in pochi minuti ci sembra di vivere giornate intere, durante una situazione di pericolo e di fuga in cui lo scorrere del tempo appare rallentato mentre i pensieri sembrano correre velocissimi o nei momenti piacevoli in cui il tempo sembra scorrere più velocemente. Le emozioni giocano un ruolo cruciale poi nello sperimentare il trascorrere del tempo influenzandone la sua distorsione. In ambito clinico possiamo immaginare come può essere diversamente percepito il tempo “soggettivo” a seconda che la persona possa soffrire di disturbi depressivi, dello spettro della schizofrenia, dello spettro dell'autismo, del sonno-veglia, da deficit di attenzione/iperattività o di disturbi correlati a sostanze.

Alcuni studi dello psichiatra psicoterapeuta statunitense Milton Erickson nacquero dall'intuizione che il tempo potesse essere distorto deliberatamente in psicoterapia, in particolare mediante l'uso dell'ipnosi (Erickson & Rossi, 1984). Erickson usava spesso ad esempio delle suggestioni post ipnotiche di distorsione temporale per modificare i comportamenti disfunzionali dei pazienti. La percezione soggettiva del tempo in stato di trance ipnotica è alquanto diversa rispetto a quella sperimentata nel normale stato di coscienza e l'ipnosi può essere quindi utilizzata per far vivere ai pazienti esperienze di allungamento o di condensazione temporale. In uno stato di trance ipnotica della durata cronologica di pochi minuti una persona potrà sperimentare la percezione di trascorrere giorni interi. Viceversa, una durata cronologica più estesa di un accadimento potrà esser vissuta in trance percependola con un tempo molto più breve. Negli studi clinici di Erickson possiamo trovare, inoltre, modalità di riorientamento del tempo, allungamento/espansione del tempo o restrizione/contrazione del tempo, suggestioni postipnotiche amnesiche e analgesiche, fissazioni del tempo e molte altre tipologie di distorsioni temporali a fini terapeutici. Nella maggior parte dei casi, possiamo affermare che la distorsione temporale viene riportata normalmente come una sottostima dell'intervallo di tempo in ipnosi.

Per spiegare questa riduzione della percezione dello scorrere del tempo alcuni studi (Naish, 2007) hanno ipotizzato principalmente due cause che si influenzano a vicenda: l'assorbimento immaginativo dato dai suggerimenti ipnotici e l'effetto dell'amnesia ipnotica. Secondo tali ipotesi, la durata percepita dipende in parte dagli stimoli percepiti, archiviati ed elaborati durante un intervallo di tempo. L'amnesia può essere sia suggerita o verificarsi spontaneamente, senza tuttavia darci delle spiegazioni plausibili sull'effetto e il grado della distorsione temporale. Il totale “assorbimento” in stato di ipnosi e di trance crea una distrazione nel percepire gli eventi nello scorrere del tempo e quindi anche l'attenzione viene rivolta verso l'interno, lasciando minor disponibilità a monitorare il passare del tempo. Ecco che il giudizio temporale della persona inizia ad avere delle lacune e dei vuoti di riferimento. Anche l'effetto Flow (Csikszentmihalyi, 1997) si può paragonare ad un particolare stato di trance simile a quando ci si sente totalmente immersi nel flusso di una attività piacevole nella quale il tempo sembra scorrere senza accorgersene. Questo lo aveva rilevato in parte anche J.H. Shultz nella pratica costante del Training Autogeno (che è di derivazione ipnotica), dove la persona acquisisce indirettamente una capacità di autoipnosi attraverso una concentrazione orientata e focalizzata. Tuttavia nel training autogeno la parola stessa “Autogeno” enfatizza che tale realizzazione si deve generare da sé (implicando la differenziazione tra le tecniche autoipnotiche ed eteroipnotiche). La distorsione temporale nel Training autogeno sembra emergere in via spontanea, senza suggerimenti esterni o interni (Schultz, 2004).

Nella prossima parte verranno citati brevemente alcuni usi della distorsione temporale e delle suggestioni basate sulla percezione del tempo da parte di M.H. Erickson.

Erickson racconta (Erickson & Rossi, 1984) come le persone diano un significato diverso al tempo e come la percezione del tempo in ipnosi sia alquanto diversa da quella sperimentata nel normale stato di coscienza. Durante le sedute (che potevano durare anche più ore) le persone riferivano di essere state in quello stato di ipnosi quantificandolo in pochi minuti o poco più. Queste esperienze, insieme ad altre studiate da Linn Cooper, fecero sorgere la questione su come utilizzare questo fenomeno a livello terapeutico. Il tempo in stato di trance può passare molto rapidamente ma possiamo anche chiederci, per fare una veloce riflessione su questi temi, quanto è lungo il tempo ad esempio quando siamo addormentati?

In una seduta sperimentale, Erickson permise di richiamare alla mente ricordi alla persona, così che essa potesse vedere le cose a rallentatore, prescrivendole allo stesso tempo di descriverle con un tempo molto minore e quindi dando un comando paradossale. Questa suggestione contraddittoria permise alla persona di descrivere situazioni traumatiche facendole seguire molto rapidamente come fossero al rallentatore. Ciò permise a Erickson di ottenere ricordi che erano stati completamente rimossi con sequenze di 10 o 20 secondi al massimo, affinché la persona non si sentisse appesantita dal materiale traumatico che la condizionava gravemente da molti anni.

Sempre Erickson, in un altro caso clinico, insegna alla persona sistematicamente a capire la distorsione temporale e, in particolare, l'espressione del tempo come esperienza soggettiva. Alla persona venne prescritta una dieta nella quale il consumo del pasto sarebbe avvenuto in uno stato di distorsione temporale; in particolar modo il tempo sarebbe sembrato dilatato e allungato così tanto da darle l'impressione, al termine di ciascuna porzione di cibo, che il gusto e il suo livello percettivo di fame fossero completamente saturati, come se avesse mangiato per ore e con piena soddisfazione. Questo caso di disturbo alimentare portò questa persona, che era in sovrappeso, a dimagrire di 55 kg nel giro di 9 mesi, consentendole di riappropriarsi del senso del gusto e dell'odorato, dandole un maggior piacere soggettivo del cibo stesso (ibidem, pp.216)). Erickson si avvale della suggestione e dell'amnesia post ipnotica come strumenti di distorsione temporale. L'autore racconta di persone che sviluppavano spontaneamente una persistente amnesia nel sostenere anche compiti gravosi (ad esempio esami universitari e relazioni orali davanti a un vasto pubblico). Queste persone erano in stato di trance senza manifestare comportamenti alterati, e sviluppavano successivamente un'amnesia totale sulle performance vissute. In ipnosi non si può dire alla mente inconscia ciò che essa dovrebbe fare, ma solo il modo in cui farlo perché questo altrimenti significherebbe rendere tale compito cosciente (e risulterebbe quindi anche un compito inutile visto che la nostra mente inconscia sa già, e molto meglio di noi, quello che noi sappiamo).

Erickson usò la distorsione ipnotica del tempo in svariati modi nei suoi casi clinici. Insegnò il controllo del dolore ad un paziente che soffriva di dolori continui ogni 20-30 minuti che duravano circa 5-10 minuti, sia di giorno che di notte. Attraverso la distorsione temporale, la persona imparò in trance ad avere un'amnesia per tutti gli attacchi di dolore passati e ad avere un'impressione temporale che questi episodi dolorosi durassero 10/20 secondi invece che i soliti 5-10 minuti. Questo utilizzo della distorsione temporale attraverso le suggestioni ipnotiche e post-ipnotiche permise quindi di entrare in trance ogni qualvolta fossero emersi gli attacchi di dolore e di poterne uscire senza la consapevolezza di essere stata in ipnosi e di aver sentito il dolore (ibidem, pp.285).

In modo simile Erickson trattò una persona che a causa di un carcinoma esperiva dolori acuti e continui. Sfruttando il riorientamento dell'attenzione nei confronti degli stati dolorosi ricorrenti, che sembravano di carattere continuo e senza fine, riuscì a riorientare il valore soggettivo del tempo, utilizzando una fissazione dell'attenzione sulla lancetta dei minuti di un orologio mentre la persona aspettava l'attacco di dolore successivo. La persona riuscì così a differenziare la fase di anticipazione e quella di dolore come due esperienze separate e acquisì la capacità di capire l'aspetto della distorsione temporale attraverso un allungamento e un'espansione dell'esperienza soggettiva del tempo. Erickson spiegò che l'esperienza del dolore poteva essere liberata attraverso l'anestesia, l'analgesia oppure l'amnesia. Attraverso quest'ultima il dolore poteva essere dimenticato immediatamente permettendo alla persona di non restare in un'attesa angosciante dell'esperienza dolorosa provata cosicché ogni esperienza sarebbe stata inaspettata e transitoria (e questo permise alla stessa di non poter dare una vera durata temporale dell'esperienza dolorosa).

La contrazione (chiamata anche condensazione) del tempo soggettivo è quindi altro aspetto importante della distorsione temporale usata e impiegata in ipnosi ai fini terapeutici desiderati, come se fossero realtà già raggiunte e quindi un orientamento nel futuro.

Erickson utilizzò per parecchi anni questo tipo di tecnica, sfruttando un principio generale secondo cui una pratica volta alla perfezione e quindi la conseguente azione tende poi a continuare (consapevoli che le azioni sono figlie della speranza e delle aspettative della persona che le mette in pratica). Ecco che per creare una situazione terapeutica dove il paziente risponda in modo efficace ai fini terapeutici desiderati (come se fossero realtà già raggiunte) si può usare una tecnica di orientamento nel futuro, che è l'esatto inverso di quella della regressione dell'età. Questa forma di pseudo-orientamento nel tempo porta la persona a realizzare e a far sua una visione che, anche se distaccata e in parte oggettiva, è pure sempre soggettiva: essa riguarda infatti qualcosa che la persona stessa pensa di aver realizzato senza la consapevolezza che tali esperienze sono forme espressive di speranze e desideri personali (Erickson & Rossi, 1896, pp. 449). In questi stati sonnambulici profondi, la persona viene disorientata e poi riorientata oppure proiettata nel tempo in qualche data futura.

Erickson inoltre usò spesso i truismi che utilizzano il tempo e questo permetteva, qualora si richiedeva un particolare comportamento, che potesse essere moderato dal tempo stesso (Erickson et al, 1979). Ad esempio non si potrebbe mai dire al paziente "il suo mal di testa se n'è andato" ma lo si può trasformare in uno truismo dicendo "tra poco il suo mal di testa passerà" e che potrebbe trattarsi di secondi, minuti, ore o anche giorni. Quindi il fattore temporale permette alla persona di utilizzare le proprie associazioni e la propria esperienza per renderli poi veri perché, probabilmente ciò accadrà quando la persona sarà pronta, lasciando al suo inconscio il tempo necessario perché ciò accada. Anche nel somministrare le suggestioni, egli teneva sempre conto di concedere un periodo di tempo indefinito, perché l'inconscio potesse essere pronto a realizzarle, quindi dava un tempo indefinito e questo era un espediente molto utile per evitare i fallimenti. Se la suggestione non viene eseguita immediatamente infatti ciò non viene registrato come un fallimento. Concedere un tempo per le suggestioni evita quindi una possibile resistenza, permettendo di scoprire queste capacità lentamente quando vuole la persona e non a sentirla obbligata a farlo istantaneamente (Erickson & Rossi, 1984). Inoltre attraverso la distorsione del tempo si possono recuperare ricordi dimenticati, risolvere amnesie specifiche, dare suggestioni con varie risposte possibili e quindi utilizzarla sia come condensazione che

estensione e farla agire alla persona stessa, che trova il modo di usarla nel suo miglior modo possibile e utile utilizzando le sue stesse risorse.

Applicazione della distorsione temporale: studi sperimentali ed esiti terapeutici

La ricerca sperimentale, l'analisi e lo studio dettagliato di molteplici casi clinici sono stati fondamentali per valutare l'efficacia e l'efficienza dell'utilizzo deliberato della distorsione del tempo in psicoterapia mediante l'uso dell'ipnosi.

Nello studio di questo fenomeno, come in molti ambiti della psicologia del resto, una difficoltà ben nota è stata sin da principio riuscire a dimostrare empiricamente la modificazione dell'esperienza individuale, in quanto fenomeno soggettivo.

Ad oggi, la comprensione dell'esperienza soggettiva da un punto di vista empirico è possibile in buona parte grazie all'utilizzo di tecniche di neuroimaging: metodi come la tomografia ad emissione di positroni (PET) e la risonanza magnetica funzionale (fMRI) rivelano quali aree del cervello sono particolarmente attive durante specifici compiti mentali. Gli studi di imaging cerebrale mostrano che sono coinvolti gli stessi circuiti: sebbene la distorsione temporale in ipnosi può influenzarne anche altri, i circuiti associati alla modificazione della percezione tempo appartengono al sistema ritenuto responsabile della determinazione del contenuto della coscienza; per questo motivo l'ipnosi viene definita come "uno stato di coscienza alterato". La corteccia cingolata anteriore (ACC) è coinvolta nel determinare il contenuto della coscienza e risulta particolarmente sensibile al timing (Naish, 2007).

Le tecniche di neuro-imaging mostrano che l'ipnosi ha un impatto sull'ACC e che le persone che sono in grado di lasciarsi andare, abbandonando il controllo della realtà compiono errori nella temporizzazione (Naish, 2007); questo accade anche in patologie come la schizofrenia, il disturbo di Parkinson o in disturbi dissociativi (Jamieson & Gruzelier, 2001), in cui si altera sia la capacità di formulare accurati giudizi sul tempo, sia la natura dello stato di coscienza.

Studi sull'orientamento dell'attenzione mediante tecniche di registrazione EEG (Gruzelier et al. 2002b), localizzano l'attività cerebrale durante l'ipnosi non specificatamente sul cingolato, identificando risposte localizzate più in generale su tutta la corteccia.

Una serie di studi condotti da John Gruzelier e Tobias Egner (Naish, 2007), insieme a quelli riportati da Naish, St. Jean e collaboratori, evidenziano come la suscettibilità moduli l'effetto della distorsione temporale in ipnosi.

Sebbene soggetti con buona suscettibilità ipnotica siano in grado di produrre più facilmente fenomeni di distorsione temporale in ipnosi, molteplici studi evidenziano come sia fondamentale una fase di addestramento preliminare all'uso deliberato in psicoterapia ai fini clinici. Risultano fondamentali una buona conoscenza e fiducia nell'ipnosi e del fenomeno in questione, una buona alleanza terapeutica insieme alla motivazione a mettersi in gioco in tecniche non ordinarie.

Secondo gli studi di Cooper ed Erickson (Cooper & Erickson, 2002), in generale, l'allenamento alla distorsione temporale richiede da 3 a 20 ore, meglio se diviso in sessioni quotidiane più il tempo necessario all'allenamento all'ipnosi in sé. Con il giusto apprendimento, il fenomeno risulterebbe utilizzabile con la maggior parte delle persone. Quest'ultima parte del presente articolo, si pone dunque l'obiettivo di illustrare, a scopo esemplificativo e per una migliore comprensione, alcuni esperimenti e casi clinici.

Studi Sperimentali

Differenti ricerche e studi sperimentali si sono posti l'obiettivo di verificare se la distorsione temporale in ipnosi potesse essere impiegata per migliorare specifiche prestazioni.

In uno studio, (Herbert & Krauss, 1974) gli autori hanno voluto verificare l'ipotesi dell'utilizzo della distorsione temporale in compiti mnesici, come l'apprendimento con richiamo libero, ossia la capacità di ricordare quante più parole apprese in una lista. È stato scelto questo tipo di performance perché spesso il tempo cronologico e il tempo necessario allo svolgimento del compito non corrispondevano: le persone necessitano di più tempo di quello che gli viene dato, poiché è necessario un tempo fisso per apprendere una certa quantità di materiale. Gli autori hanno ipotizzato che il tempo necessario all'apprendimento potesse essere distorto in stato di ipnosi, modificando la percezione dello scorrere del tempo cronologico, migliorando così la prestazione.

I partecipanti sono stati suddivisi in 8 gruppi: il gruppo 1 era quello sperimentale, i restanti gruppi di controllo.

Ai partecipanti del gruppo 1 mentre erano ipnotizzati, lo sperimentatore ha fornito spiegazioni sulle divergenze tra tempo cronologico e vissuto soggettivo, con degli esempi di come questo sia osservabile anche nella vita quotidiana e come sia possibile ottenere una distorsione del tempo in stato di ipnosi.

Successivamente è stata consegnata la lista di parole stimolo e gli è stato detto che avrebbero avuto 10 minuti per impararle; alla fine di quel lasso di tempo sarebbe stato chiesto di loro di ripeterne quante più possibile riuscissero a ricordarne.

Al segnale, ai soggetti è stato chiesto di aprire gli occhi e iniziare a leggere le parole; ad ogni intervallo di 18 secondi lo sperimentatore annunciava che era trascorso un minuto. Dopo 180 secondi l'elenco è stato tolto ai partecipanti dicendo loro che erano trascorsi 10 minuti.

I partecipanti del gruppo di controllo hanno avuto condizioni differenti a seconda del gruppo: 10 minuti di tempo effettivo e non tre, somministrazione in stato di veglia, somministrazione di un farmaco che aumenta le prestazioni mnemoniche e di apprendimento che in verità era un placebo ecc.

I risultati hanno evidenziato come la prestazione dei soggetti del gruppo 1 era maggiore a quella di coloro che avevano avuto 3 minuti di tempo effettivo per l'apprendimento ma non in stato di ipnosi o senza informazioni/ suggerimenti preliminari, uguale a quelle dei partecipanti che avevano avuto 10 minuti di tempo effettivo per l'apprendimento senza avere le condizioni sperimentali del gruppo di controllo.

Risultati simili sono stati riscontrati precedentemente durante gli studi di Erickson e Cooper (Cooper & Erickson, 2002) in cui veniva testata la capacità dei soggetti di usare il pensiero o l'attività mentale creativa durante la distorsione temporale in ipnosi.

Più specificatamente per quanto riguarda la capacità di sfruttare il pensiero per risolvere un problema, i compiti richiesti riguardavano la risoluzione di problemi che non coinvolgono la matematica relativi a domande specifiche, preparazione e consegna di brevi lezioni o la composizione di storie e la risoluzione di problemi matematici.

Ai soggetti veniva dato un tempo reale di 20 secondi ad esempio (il tempo variava a seconda del compito specifico) e gli veniva suggerito che di solito le persone impiegano 20 minuti per svolgere quello specifico compito. Dai risultati emerse come a compito completato e a tempo cronologico trascorso le persone stimavano di aver svolto il compito nel tempo suggerito quando invece erano riuscite a portarlo a conclusione in un tempo significativamente più breve.

Per quanto riguarda l'attività creativa invece, un esempio è l'esperimento in cui vennero messe a confronto le capacità di disegnare nello stato di risveglio e quella di progettare nello stato di trance, al fine di testare l'ipotesi che l'abilità mentale creativa possa essere facilitata in condizione di distorsione temporale.

Nella condizione di controllo, al soggetto venne chiesto di disegnare due volte un vestito in stato di veglia: in entrambe le occasioni, la persona si alzò dopo mezz'ora dal tavolo senza aver disegnato nulla, riferendo che fosse tempo sprecato poiché non gli veniva in mente nulla fuorché immagini di foto viste su giornali, riviste ecc.

Nella condizione sperimentale, il compito assegnato era lo stesso solo che la persona era in stato di trance.

Le istruzioni preliminari erano uguali in tutte le attività, ed erano le seguenti: "Quando ti do il segnale di partenza dicendo "Adesso", progetterai un vestito. Avrai tutto il tempo che ti serve".

Il tempo assegnato variava da dieci secondi a un secondo, il tempo personale suggerito era identificato con la frase: "Avrai tutto il tempo che ti serve". Questo compito è stato assegnato sei volte. Il soggetto è stato svegliato immediatamente dopo il completamento di ogni attività e le è stato chiesto di disegnare un vestito e di descriverlo brevemente.

Come detto, sono state assegnate 6 diverse attività con differenti tempistiche:

- Attività 1 - Tempo assegnato: dieci secondi. Durata apparente: un'ora.
- Attività 2 - Tempo assegnato: dieci secondi. Durata apparente: un'ora.
- Attività 3 - Tempo assegnato: cinque secondi. Durata apparente: diverse ore.
- Attività 4 - Tempo assegnato: un secondo. Durata apparente: un'ora e mezza.
- Attività 5 - Tempo assegnato: un secondo. Durata apparente: un'ora e mezza.
- Attività 6 - Tempo assegnato: dieci secondi. Durata apparente: un'ora.

La persona dopo essere stata svegliata ha chiesto di disegnare gli abiti e svolse il compito in circa 15 minuti senza alcuna esitazione. Non vi era dubbio che avesse già in mente l'idea dell'abito finito, il design, ed erano disegni di abiti nuovi, originali.

Le è stato chiesto anche di descrivere la differenza tra l'esperienza in stato di veglia e quella in trance, e riferì che da sveglia si era seduta lì per molto tempo, anche fuori dalla condizione sperimentale, senza riuscir mai a tirar fuori qualcosa di veramente originale mentre in trance aveva molte idee ed erano chiare tanto da avere in mente l'idea del progetto finale che dopo ha messo su carta, percependo di avere molto tempo a disposizione per questo compito.

Questo ed altri esempi suggeriscono che la distorsione temporale può essere efficacemente usata per stimolare l'attività creativa in un campo in cui il soggetto è abile, permetto un riordino delle idee e dell'esperienza passata.

Esiti terapeutici

Quest'ultima sezione riguarda l'esposizione di un caso clinico in cui l'uso della distorsione temporale in terapia è stato efficace quando altri metodi sono risultati fallimentari (Cooper & Erickson, 1982).

- Amnesia isterica

La paziente era una donna di 30 anni che soffriva di episodi ricorrenti di amnesia isterica e disorientamento personale generale.

La signora, madre di due bambini, vedova sposata due volte, aveva iniziato ad avere questi episodi da circa 6 anni, 2 anni prima del suo secondo matrimonio. Durante

l'ultimo episodio per cui era stata ricoverata in ospedale, riferiva di non ricordare il suo nome, non riconosceva suo marito e i suoi figli e ricordava solo la data 1934 come significativa. Lamentava forti mal di testa. Dopo tre settimane di ricovero, come per gli episodi precedenti, ebbe un'improvvisa e spontanea guarigione, lasciando frettolosamente l'ospedale, spaventata per l'accaduto. Nei suoi resoconti post-amnesia, riferiva che quando si risvegliava in ospedale, l'ultima cosa che ricordava era di aver visto un camion oppure che sarebbe dovuta andare in un negozio a comprare un giornale.

Fu provata su di lei la trance ipnotica risultando collaboratrice, riuscendo a regredire a periodi felici negli ultimi otto anni, senza mai riuscire ad andare più indietro nel suo passato. Un giorno, in presenza del terapeuta, vide dalla finestra un camion del latte "Borden" e sviluppò subito un'amnesia di 3 giorni. Quando si riprese, durante un colloquio, vide sulla scrivania del terapeuta un calendario pubblicitario del latte Borden, posizionato lì appositamente. Si verificò un'altra amnesia di tre giorni. Più avanti le venne chiesto di copiare un annuncio pubblicitario del latte Borden ed ebbe una terza amnesia di tre giorni. Dopo 3 mesi in cui non si ottenevano progressi, si decise di ricorrere alla distorsione temporale mediante ipnosi. Con il pretesto di condividere con lei le ricerche e i lavori sperimentali, le vennero fornite informazioni, spiegati concetti e procedure sulla distorsione del tempo, sia in stato di veglia che in trance, al fine di evitare qualsiasi forma di difesa o resistenza al trattamento. Quando fu ritenuta preparata sufficientemente, le venne proposto di partecipare ad un esperimento come quelli che le erano stati raccontati, e la signora accettò di buon grado.

Il giorno successivo fu mandata in trance profonda e istruita come segue:

"Hai fatto molte volte un viaggio in macchina e ti è sempre piaciuto molto, riuscendo a vedere differenti scene, in modo molto naturale. Questa volta non sarà un giro in macchina, sarà qualcosa di diverso: ti darò molto più tempo di quanto te ne occorra per questo esperimento; avrai a disposizione 20 secondi di tempo cronologico, ma nel tuo tempo speciale, quei 20 secondi saranno lunghi tanto quanto ti occorre per portare a termine il tuo compito. Può essere un minuto, un giorno, una settimana, un mese o addirittura anni. E ti prenderai tutto il tempo che ti serve. Non ti dirò ancora qual è il tuo compito. Non appena annuirai per mostrare che sei pronta, farò partire il cronometro, ti darò il segnale di inizio adesso, e velocemente nominerò il compito e tu inizierai, fin da principio e fino alla fine, non importa quanto sia lontano nel tempo. Pronta? Va bene, ascolta attentamente il clic del cronometro, il mio segnale di inizio e il compito da svolgere. Adesso, dall'infanzia ad oggi, ricorda!!"

La reazione della signora fu una forte emozione di sorpresa, un sussulto, un marcato rilassamento fisico ed un'espressione facciale quasi congelata.

Venti secondi dopo le fu fornito il segnale di fine, dicendole stop, chiedendole se fosse pronta e se avrebbe riferito quanto vissuto. La signora annuì.

Per le successive ore seguì un forte sfogo dei suoi ricordi traumatici, dettagliati come se li avesse vissuti da poco, commentandoli e connettendoli con gli eventi vissuti in epoche successive della sua vita.

Segue parte del suo racconto:

"Il mio vestito è rosa. È il mio compleanno, sono seduta nel seggiolone. Mangerò la mia torta. Mio padre mi bacia. È caduto in terra. Questo è quel che è successo: mio padre è morto per arresto cardiaco. Avevo tre anni".

"Vestito rosa, quando mia figlia Deborah voleva un abito rosa per il suo compleanno, ho avuto un'amnesia e sono andata in ospedale".

“Sono sul treno, mia mamma mi parla, ci sono dei begli alberi, ci sono anche le mucche. Mia mamma tossisce. È malata. Il suo fazzoletto è tutto rosso (emorragia polmonare). Ho paura. Mamma è molto malata. Quando Elaine, la mia seconda figlia, ha avuto un sanguinamento dal naso, ho avuto un'altra amnesia e un altro ricovero in ospedale”.

“Mi fanno male le mani, mi farà del male. Non riesco a scappare. Sono così stanca e assetata, continua a farlo, mi ucciderà, vorrei che arrivasse qualcuno”. Quest'ultimo è l'inizio di un lungo racconto di quando un uomo di nome Borden la legò mani e piedi ad un letto per tre giorni e la violentò più volte.

Un altro racconto fu quello della nascita del bambino, frutto dello stupro, nato morto nel 1934, del suo vivido resoconto della scena del parto, del dolore provato.

“Ecco quando tutto dentro di me è morto. Non potrei sopportare di ricordare”

Altri racconti riguardano l'infedeltà del marito e la scoperta di una lettera di una sua amante connessa con una amnesia avvenuta in occasione dell'arrivo di una lettera di una ex fidanzata al suo attuale marito; il suicidio di una delle ragazze in ospedale quando era ricoverata per partorire, ritrovata appesa ad un lampadario e l'amnesia avuta quando una delle figlie addobbò un lampadario di casa con della carta crespa per Natale; la morte inspiegabile del suo terzo figlio mentre giaceva a letto una notte e l'amnesia mentre leggeva una storia simile.

Tutti questi episodi vennero descritti dalla signora in modo molto vivido nel tempo presente.

Ci vollero delle ore prima che la signora terminasse i suoi racconti del passato; furono confermati come reali successivamente.

La risposta terapeutica a questa catarsi fu positiva: ci furono in seguito altri brevi episodi amnesici, ma fu in grado di riprendersi rapidamente e di individuare lo stimolo, correlandolo ad un trauma vissuto non elaborato o non elaborato a sufficienza in terapia. Con il tempo gli stimoli precipitanti perdevano il loro effetto, come fu per il caso del latte Borden, che fu in grado di acquistare senza conseguenze negative. Poco il marito lasciò la signora, la quale rispose divorziando, assicurandosi un lavoro ed il giusto sostegno per le figlie.

La terapia si interruppe dopo che ebbe trovato un impiego ad eccezione di qualche incontro separato da lunghi intervalli di tempo.

Due anni dopo la terapia, la signora era riuscita ad ottenere una buona qualità di vita a livello personale, sociale ed economico.

Quel che è accaduto in quei 20 secondi di trance ipnotica, è senz'altro frutto anche del lavoro preparatorio a cui è stata sottoposta la signora. La sua narrazione successiva fu un insieme di reminiscenze passate narrate vividamente e di esperienze di un passato recente: questo suggerisce che in quel breve lasso di tempo la signora sia riuscita quasi a riscrivere la sua vita, a metterla in ordine e poterla finalmente vedere in una prospettiva differente.

Questo caso clinico mostra come una tecnica peculiare come la distorsione temporale possa portare ad un successo terapeutico a scapito di fallimenti di altri metodi in terapia.

– Fidati di me

Il seguente caso clinico (Cooper & Erickson, 1982) riguarda un complesso problema psichiatrico in cui il progresso terapeutico era estremamente lento e difficile fino a quando non è stata utilizzata la distorsione temporale. Il paziente, un ragazzo sui 25 anni, riferiva molteplici sintomi: paure ossessive di essere omosessuale, invalidanti e frequenti mal di testa, estremamente pauroso e timido, anedonia, agorafobia,

claustrofobia. Aveva paura di guardare le donne perché un pensiero intrusivo gli ricordava che si sarebbero trasformate in creature mostruose inspiegabilmente e questo lo portava ad aver timore nel guardarle. Questa serie di sintomi si erano sviluppati rapidamente in circa 18 mesi, al ritorno dal servizio militare, e non riusciva ad attribuirli a nessuna causa specifica: si erano semplicemente sviluppati in maniera così veloce ed angosciante da non riuscire a ricordarne neppure l'inizio preciso e l'ordine cronologico con cui si erano manifestati.

Della sua storia personale riferì molto poco, non aveva interesse a discuterne: ripeteva costantemente la condizione invalidante che viveva nel momento presente. Gli unici racconti personali passati, riguardavano i mesi successivi alle dimissioni dall'esercito, giorni in cui fece visita a diversi parenti in oriente, dopo di che tornò in Arizona per lavoro, dove a breve il padre e la matrigna si trasferirono per le condizioni di salute precarie del padre.

Con loro aveva un rapporto buono, caratterizzato da frequentazioni settimanali e sostegno reciproco. Sua madre era morta quando era piccolo: "ero solo un bambino, era il mio decimo compleanno, era molto buona con noi, eravamo in 11 ed è morta improvvisamente, immagino per problemi di cuore. Noi eravamo estremamente poveri ed è stata veramente dura. Siamo stati felici quando papà si è risposato: ci ha reso le cose più semplici".

Successivamente il ragazzo riferì che poco prima dell'emergenza dei sintomi iniziò a dormire male, a fare sogni inquietanti di cui non ricordava nulla il giorno successivo. Poi una mattina, mentre si recava al lavoro, vide una ragazza carina, ma guardandola meglio scorse che aveva l'orribile aspetto di un "cadavere in decomposizione". Da lì iniziò a vedere altre donne allo stesso modo, ed iniziarono i dubbi sulla sua condizione mentale. Quando finalmente quella mattina raggiunse il posto dove lavorava, riferì di vivere la presenza di una ventina di uomini suoi colleghi come estremamente rassicurante, si sentì protetto e grato. Da quel giorno il tragitto per andare e tornare da lavoro si trasformarono in un incubo per lui.

Un altro episodio che riferì il ragazzo riguardava un giorno in cui era in fila in un ufficio per riscuotere il suo assegno di salario da una giovane impiegata: si sentì oppresso dalle piccole dimensioni dell'ufficio, come intrappolato; da quel momento non riuscì più a dormire nella sua stanza perché troppo piccola, a meno che le finestre non rimanessero aperte o la porta socchiusa, svegliandosi più volte durante la notte per controllare che tutto andasse bene.

Iniziò a cercare un terapeuta quando sentì di stare per impazzire, con il suicidio come sola alternativa alla sua disperazione. Inizialmente la terapia fu solo un contenitore in cui gettare gli stessi racconti più e più volte. Inizialmente si mostrò contrario all'ipnoterapia, convinto che se avesse parlato più volte e abbastanza al lungo del problema, lo avrebbe risolto.

Alla fine, poiché le sue risorse economiche si stavano esaurendo, si persuase all'uso dell'ipnosi come tecnica per raggiungere risultati più velocemente, sottolineando che comunque avrebbe voluto riservare buona parte della terapia al racconto in stato di veglia. Fu così concordato che l'ipnosi sarebbe stata utilizzata per accedere a del materiale inconscio e che il tutto sarebbe stato poi discusso in terapia.

Mostrò fin da subito di essere un buon soggetto ipnotico e, dopo un intenso allenamento, gli fu chiesto di prender parte ad un esperimento della durata di circa 20 secondi, che senza dubbio gli avrebbe permesso di arrivare al cuore delle sue difficoltà.

Rassicurato dalla brevità del tempo richiesto, acconsentì.

Gli furono fornite informazioni sistematiche sulla distorsione temporale e sui vari studi al riguardo, dopodichè gli vennero impartite le istruzioni: “Con questo cronometro ti darò un tempo cronologico di 20 secondi; tuttavia il tuo tempo esperienziale “speciale” potrà essere di minuti, ore, giorni, settimane, mesi o anche anni della tua vita. Quindi farò partire il cronometro, ti darò il segnale di inizio “Adesso”, ti dirò rapidamente e brevemente il compito da svolgere e tu potrai iniziare. Quando dirò “Stop”, avrai finito. Durante quei 20 secondi di tempo cronologico dovrai sederti in silenzio, senza parlare e senza muoverti, ma, mentalmente, nel tuo inconscio, farai ciò che devi fare, prendendoti tutto il tempo di cui hai bisogno. Lo farai accuratamente e attentamente. Sei pronto? Adesso, passa attraverso tutte le cause del tuo problema. Adesso!”

Trascorsi i 20 secondi dal cronometro e dopo il segnale “stop” di arresto, il ragazzo si svegliò, sospirò profondamente, si asciugò il sudore dal viso e disse: “Era mia madre. Mi ha sempre detto di fidarmi di lei. Ero così arrabbiato quando è morta e l’ho odiata”.

“Ero un ragazzino seduto in grembo. Sono tornato a casa da scuola, sono caduto e mi sono morso la lingua e lei mi ha detto di fidarmi di lei. Era il suo modo di confortarmi, suppongo, ma non l’ho mai capito.

Il gatto mi ha graffiato (sfregandosi la mano). Ha sempre detto “fidati di me”.

Mi aveva promesso una festa di compleanno quando sarei cresciuto. Ho aspettato e aspettato per centinaia di giorni. Posso sentire quell’attesa in questo momento. È passato così tanto tempo.

Ho aspettato lei mi desse un penny per le caramelle, ho aspettato sempre. Ha sempre detto “fidati di me”.

È successo tutto qui in questa stanza, ma pensavo di essere tornato in Pennsylvania. Sono dovuto correre a casa da scuola perché stavo giocando da troppo ed ero in ritardo. E sempre, sempre, sempre l’ho sentita dire: “fidati sempre di mamma, fidati della mamma, puoi sempre fidarti della mamma”.

Me lo sta dicendo anche ora, ripetutamente ancora e ancora da tutti quegli anni.

E lì come se fossi appena cresciuto: è tutto quello che ho vissuto che faceva dire alla mamma: “fidati di me”. È appena successo proprio qui.

Compivo dieci anni quel giorno. La mamma mi aveva promesso una cena e una torta speciali per il mio compleanno. Eravamo troppo poveri per avere quelle cose. Le volevo così tanto. Continuava a dirmi tutto il giorno: “fidati della mamma, la tua torta sarà la migliore che tu abbia mai avuta in tutta la tua vita”. Stava andando in cucina, si fermò e io la vidi impallidire. Mi disse che le facevano male il braccio e la spalla. Poi andò a letto, io mi sedetti accanto a lei e la vidi morire. L’ultima cosa che disse fu “Fidati di me”.

Ero arrabbiato con lei, mi ha sempre detto di fidarmi di lei, la odiavo ma ero triste; non sapevo come sentirmi, avevo paura. Ma avevo dimenticato tutto questo, l’ho appena ricordato qui.

E poi mio padre e la nuova moglie vennero in Arizona. Mi disse che aveva un cancro e che gli restava un mese di vita (in realtà il padre visse quasi un anno). Stavo male per questo. Poi la moglie ha detto: “questo è il decimo anniversario del nostro matrimonio” ed io mi sono gelato, e proprio ora l’ho sentita dirlo, proprio come lo disse allora. Dopo sono andavo a letto e non riuscivo a dormire perché continuavo ad avere davanti gli occhi immagini di cadaveri. Li odiavo, erano tutti il cadavere di mia madre che continuavano a dire “fidati di me”.

Sono corso da mio padre cercando la sua consolazione, sperando mi abbracciasse e mi facesse sentire amato ma potevo solo continuare a sentire la voce di mia madre che diceva “fidati di me”. E dal giorno seguente è iniziato tutto. Le ragazze per la strada, le mie idee folli.

È così che è iniziato il mio problema, ma ora è finita”.

Effettivamente il paziente aveva ragione, seguirono alcuni colloqui in cui si discussero i temi emersi in ipnosi, del suo pensiero confuso, delle emozioni che provò quando era piccolo, e del conseguente sviluppo di forte senso di colpa. Dopo circa un anno il ragazzo si fidanzò e si sposò, riuscì ad essere finalmente felice e ben adattato.

Si potrebbe riflettere su quanto tempo sarebbe durata la terapia senza l'uso della distorsione temporale e si sarebbero ottenuti gli stessi risultati in termini di efficacia ed efficienza. Allo stesso modo ci si potrebbe interrogare come sia possibile che 20 secondi di distorsione temporale possano portare tali risultati in termini di successo terapeutico. Indubbiamente, il lavoro svolto precedentemente all'impiego della specifica tecnica sono da considerare come propedeutici al successo della tecnica stessa. Infatti, per gli autori non si sarebbero ottenuti gli stessi risultati se la distorsione fosse stata utilizzata fin da principio.

Sintesi generale

La breve esposizione presentata evidenzia la possibilità di integrazione tra ricerca sperimentale controllata e applicabilità ai fini terapeutici e come entrambe mostrino l'efficacia e l'efficienza dell'utilizzo della distorsione temporale per ottenerne risultati in differenti ambiti, nello specifico in quello empirico e in ambito clinico. Lo studio della distorsione temporale nella ricerca sperimentale è stato di grande aiuto per la comprensione di questo fenomeno in ambito psicologico e clinico; i risultati terapeutici evidenti in molteplici casi clinici hanno mostrato la validità della tecnica nel contesto terapeutico e la sua ripetibilità in termini di trattamenti di differenti problemi psicopatologici.

Conclusioni

La distorsione temporale è uno dei tanti fenomeni che si possono verificare in stato di trance. Da quanto emerge dalla letteratura al riguardo, dagli studi sperimentali e dai casi clinici, una variabile così affascinante e peculiare come il tempo, può essere “manipolato” ai fini terapeutici per mezzo di uno specifico allenamento, andando a modificare circuiti neurali dal punto di vista oggettivo e la percezione individuale, dal punto di vista soggettivo. L'alterazione dello stato di coscienza sembra essere uno degli elementi di base su cui si innesta la distorsione temporale: espansione o condensazione temporale, regressione al passato esponenziale quasi a riviverlo nuovamente o immaginarsi, sentirsi, percepirsi capaci o diversi nel futuro, hanno un grande impatto terapeutico anche laddove altre forme di terapia si sono mostrate meno efficaci. Orientati verso nuove ricerche e studi sperimentali, questo articolo vuol essere una breve e sintetica esposizione dei concetti base che introducono e spiegano cosa è e come agisce la distorsione temporale.

Bibliografia

- Arstila, V. & Lloyd, D. (2014). *Subjective time: The philosophy, psychology, and neuroscience of temporality*. Cambridge, MA, USA: MIT Press.
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (1993). *I tempi del tempo. Una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica*. Torino: Bollanti Boringhieri.
- Bowers, K. S. (1979). *Time distortion and hypnotic ability: underestimating the duration of hypnosis*. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(4), 435.
- Csikszentmihalyi, M. (1997). *Finding Flow*. New York: Basic.
- Cooper, L. F., & Erickson, M. H. (2002). *Time distortion in hypnosis: An experimental and clinical investigation*. Carmarthen, Wales: Crown House Publishing Limited.
- Erickson, M. H., Rossi, E. L., Rossi, S. I., & Weitzenhoffer, A. M. (1979). *Tecniche di suggestione ipnotica: induzione dell'ipnosi clinica e forme di suggestione indiretta*. Roma: Astrolabio.
- Erickson, M. & Rossi, E. (1984). *Opere, vol. IV*. Roma: Astrolabio.
- Erickson, M.H. & Rossi, E.L. (1985). *L'esperienza dell'ipnosi. Approcci terapeutici agli stati alterati*. Roma: Astrolabio.
- Erickson, M.H. (1987). *La ristrutturazione della vita con l'ipnosi. Seminari, dimostrazioni e conferenze. Vol. II*. Roma: Astrolabio.
- Fraisse, P. (1957). *Psychologie du temps*, Paris: PUF, 170-172.
- Gruzelier, J, Gray, M. & Horn, P. (2002b). The involvement of frontally modulated attention in hypnosis and hypnotic susceptibility: cortical evoked potential evidence. *Contemporary Hypnosis*, 19, 179–89.
- Mainiero, T. (2015). *Correre con calma. Il tempo della terapia: la relazione che cura*. Milano: Franco Angeli Editore.
- Naish, P. L. (2003). The production of hypnotic time-distortion: determining the necessary conditions. *Contemporary hypnosis*, 20(1), 3-15.
- Naish, P. L.N. (2007). Time distortion, and the nature of hypnosis and consciousness. In Jamieson G. A. (Ed.), *Hypnosis and conscious states: The cognitive neuroscience perspective* (p. 271–292). Oxford, Regno Unito: Oxford University Press.
- Naish, P. (2014). The perception of time in hypnosis. In V. Arstila & D. Lloyd (Eds.), *Subjective time: The philosophy, psychology, and neuroscience of temporality* (p. 621–636). Cambridge, Stati Uniti: MIT Press.
- Jamieson, G. & Gruzelier, JH. (2001). Hypnotic susceptibility is positively related to a subset of schizotypy items. *Contemporary Hypnosis*, 18, 32–7.
- Krauss, B.J., Krauss, H.H. & Katzell, R. (1974). Effect of Hypnotic time distortion upon free-recall learning. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, (2), 140-144.
- Shultz, J.H. (2004). *Training autogeno. Vol. I Esercizi inferiori*. Milano: Feltrinelli Editore.
- Vaibhav, T. (2015). *Subjective time: the Philosophy, Psychology and Neuroscience of Temporality* Review. Milano: Leonardo Editore.

Criticità e strategie nell'intervento psicoterapeutico: il cambiamento nei pazienti "addicted"

Criticalities and strategies in psychotherapeutic intervention: change in dependent patients

Moltisanti Ludovica

Riassunto

La relazione terapeutica è il luogo in cui due personalità diverse si incontrano e si confrontano: il paziente - con le sue caratteristiche, i suoi vissuti, il suo disturbo e le sue tentate soluzioni - e il terapeuta - con il suo background professionale e personale. In essa, emozioni, cognizioni, atteggiamenti e comportamenti si intrecciano seduta dopo seduta.

L'intervento terapeutico finalizzato al cambiamento è, però, tutt'altro che lineare, anzi si caratterizza per quella dinamicità che è propria di ogni relazione umana, secondo una logica di retroazione. Entrano in gioco, infatti, frequentemente, variabili che possono influenzarne l'andamento, divenendo talvolta vere e proprie criticità, oggetto di analisi nel presente contributo. Esse coinvolgono tanto il paziente quanto lo psicoterapeuta e possono riguardare le resistenze al trattamento e alle prescrizioni, la motivazione al cambiamento, le trappole comunicative, i pregiudizi e le risonanze emotive.

In particolare, tali variabili possono essere osservate con maggiore evidenza nei contesti clinici più complessi: l'addiction, ad esempio, si configura come un circolo vizioso in cui le tentate soluzioni si incrociano con la difficile gestione del proprio oggetto di dipendenza.

Tale condizione, pertanto, proprio per la natura stessa del suo funzionamento, espone la relazione terapeutica a numerose difficoltà e diventa interessante osservare in un'ottica strategica come sia possibile concretamente affrontare tali criticità al fine di salvaguardare l'alleanza terapeutica e rendere efficace l'intervento. L'approccio strategico, infatti, offre una rilettura di tali fenomeni, fornendo strumenti concreti ed efficaci per rendere la realtà terapeutica fucina di un processo di cambiamento duraturo.

Parole chiave

Cambiamento, addiction, criticità, strategie, psicoterapia, approccio strategico

Abstract

The therapeutic relationship is the place where two different personalities meet and confront each other: the patient - with his characteristics, his experiences, his disorder and his attempted solutions - and the therapist - with his professional and personal background. Emotions, knowledge, attitudes and behaviors are intertwined in it session after session.

However, the therapeutic intervention aimed at change is far from linear, rather it is characterized by the dynamism that is typical of every human relationship, according to a logic of feedback. Indeed, variables that can influence their progress come into play, sometimes becoming real critical issues, analyzed in this contribution. They involve both the patient and the psychotherapist and can relate to resistance to treatment and prescriptions, motivation to change, communication traps, prejudices and emotional resonances.

In particular, these variables can be observed with greater evidence in the most complex clinical contexts: addiction, for example, is configured as a vicious circle in which attempted solutions intersect with the difficult management of one's addictive object.

This condition, therefore, due to the very nature of its functioning, exposes the therapeutic relationship to numerous difficulties and it becomes interesting to observe from a strategic perspective how it is possible to concretely address these critical issues in order to safeguard the therapeutic alliance and make the intervention. The strategic approach, in fact, offers a rereading of these phenomena, providing concrete and effective tools to make the therapeutic reality forge of a process of lasting change.

Keywords

Change, addiction, critical issues, strategies, psychotherapy, strategic approach

Introduzione

Osservando la società attuale come da un grandangolo, è possibile notare come essa sia sempre più un falso contenitore di eccessi, di disordine, di ridondanza, di impulsività e compulsività. In tale mare magnum talvolta diventa imperante il bisogno di abbandonare quegli stili, quelle abitudini e quei modi di pensare che non ci rappresentano più o che risultano essere non più adattivi, né funzionali.

La psicoterapia diviene, allora, un binario su cui viaggiare tenendo in una mano la nostra valigia piena di vissuti e nell'altro un biglietto verso la (ri)scoperta di sé. Talvolta sarà un viaggio lungo e tortuoso, altre volte breve e intenso, ma sarà sempre e comunque occasione preziosa per individuare, qui ed ora, quale cambiamento vogliamo apportare ed introdurre nella nostra vita. *“Change... in forma sia di sostantivo sia di verbo, non solo indica una dinamica, ma esprime anche l'azione del movimento verso uno scopo”* (Nardone & Milanese, 2018, p. 5).

I percorsi terapeutici, però, non sono tutti uguali. Alcuni mostrano una forza centripeta che riordina interiormente significati, emozioni e azioni. Altri sono mossi da una forza centrifuga che espelle timori e blocchi interiori. Altri ancora sono attraversati da una forza elastica che può causare tensioni e rilasci fino al raggiungimento di un nuovo equilibrio. Talvolta, poi, il paziente è al centro di veri e propri circoli viziosi, come nel caso della dipendenza, in cui il soggetto persevera in schemi di azione rigidi e reitera le stesse “tentate soluzioni” in modo tutt'altro che funzionale; compito del terapeuta strategico consisterà, allora, nel pianificare un intervento terapeutico ad hoc e scardinare strategicamente gli automatismi, favorendo nel breve tempo la conquista di un nuovo equilibrio.

È impossibile pensare, però, di poter applicare le stesse identiche tecniche in ogni relazione terapeutica, né di seguire in modo rigido uno schema di intervento preconstituito. La parola d'ordine, allora, diviene: flessibilità. Essa presuppone che il terapeuta strategico abbia quello “spazio di manovra” in cui possa creativamente mettersi in gioco, adattandosi agli svariati contesti clinici e di confrontarsi con molteplici aspetti della relazione umana e dei suoi protagonisti.

La complessità dell'esperienza umana, inoltre, presuppone che il terapeuta sia pronto, durante il percorso terapeutico con i suoi pazienti, anche a destreggiarsi tra le possibili difficoltà e a confrontarsi tra le numerose variabili critiche in gioco: resistenze, bassa motivazione al trattamento e al cambiamento, trappole comunicative, pregiudizi e risonanze emotive. Tali criticità, emergenti in particolare nei percorsi psicoterapici di pazienti con problemi di addiction, saranno oggetto di analisi del presente lavoro.

Resistenze: criticità e utilizzo strategico

Scopo della psicoterapia consiste nel favorire l'evoluzione dell'individuo, spronandolo ad abbandonare patterns conosciuti e disfunzionali, sebbene talvolta confortevoli, e a mettersi in gioco: in altre parole, l'apertura al cambiamento significa modificare il proprio sistema percettivo-reattivo. Tuttavia non esiste un processo di cambiamento migliore di un altro o universalmente valido, ma dipende dal singolo caso, dalle caratteristiche del paziente e dalla sua condizione problematica.

Ma “...parlare di cambiamento conduce, inevitabilmente, anche a prendere in considerazione le resistenze nei suoi confronti” (Nardone & Milanese, 2018, p.12) ed esse possono influenzare in modo significativo l'andamento del percorso psicoterapico. Ecco perché, come suggerito da Nardone e Milanese, per avviare un processo di cambiamento, talvolta diventa necessario ideare degli stratagemmi ad hoc per aggirare la resistenza.

Essa costituisce un fenomeno che può riguardare ogni prassi psicoterapeutica ed è contemporaneamente “serratura” e “chiave” della psiche umana: se ben letta e interpretata, infatti, può costituire un importante strumento terapeutico, in grado di offrire una lettura del mondo interno del paziente, delle sue cognizioni ed emozioni, dei suoi obiettivi e delle difficoltà. In altre parole essa, in relazione ai vissuti del soggetto, se ben utilizzata la resistenza può divenire canale di avvio del processo di cambiamento (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974).

Lo psicoterapeuta strategico deve poter “essere sicuro nella propria insicurezza” (Nardone, 1991, p. 322): egli, infatti, non è infallibile, pertanto deve assumersi la responsabilità dell'andamento del percorso clinico, considerando eventualmente la possibilità di cambiare rotta e di ripianificare l'intervento qualora le strategie non dovessero produrre effetti. In particolare, in presenza di possibili resistenze da parte del paziente, lo psicoterapeuta deve considerare la possibilità di aver pianificato un piano di lavoro non efficace (Secci, 2016). Pertanto egli è chiamato a esaminare cosa non sta “funzionando”, rileggendo i feedback del cliente: solo rivedendo la sua posizione sul caso in modo costruttivo potrà ricentrarsi sul paziente e sul suo specifico problema.

In un'ottica strategica, la resistenza può essere letta e interpretata come un messaggio metacomunicativo rivolto allo psicoterapeuta e può essere “utilizzata” strategicamente, nel senso ericksoniano del termine, all'interno di un processo suggestivo di persuasione, esattamente come qualsiasi vissuto emerso od evento accaduto nella vita del paziente. Il terapeuta accetta e accoglie, senza ostacolarli, tutti i messaggi veicolati dal paziente

(Petruccelli & Verrastro, 2012). È, infatti, possibile leggere in ogni azione, in ogni comportamento da lui attuato o nei suoi sintomi delle informazioni sui fenomeni di retroattività. In quest'ottica, la resistenza può essere collocata in un doppio legame terapeutico divenendo funzionale a raggiungere gli obiettivi clinici, in quanto la potenza della resistenza viene sapientemente utilizzata e incanalata per favorire il cambiamento (Petruccelli & Verrastro, 2012).

Nei pazienti con dipendenza, la manifestazione della resistenza al cambiamento appare essere multiforme, come multiforme è l'esperienza stessa di addiction.

La resistenza, infatti, può essere legata a profondi timori del soggetto, quali: doversi confrontare con qualcosa di nuovo e ignoto, paura di perdere sé stesso e i propri punti di riferimento, paura di perdere il controllo sulla sua realtà e di ritrovarsi "indifeso". Oppure potrebbe essere influenzata da pensieri disfunzionali, quali la convinzione di aver davvero bisogno del proprio oggetto di dipendenza o di poter gestire efficacemente la propria condizione "addicted" senza dover rivoluzionare necessariamente le proprie abitudini e il proprio approccio alla vita.

Il paziente che non condivide le ristrutturazioni del terapeuta potrebbe, poi, resistere restando "spiaggiato" nelle sue convinzioni, quali: "*non sono capace di smettere di bere*", "*non ce la farò mai a disintossicarmi*", "*non vale la pena di tentare un percorso di recupero perché so già che sarà un fallimento*", "*resterò a vita un giocatore d'azzardo*". Di certo si tratta di pensieri che alimentano le distorsioni cognitive, in grado di influenzare non solo il modo di interpretare la realtà, ma anche i processi decisionali: è così che il paziente spesso si rende testimone di una vera e propria profezia che si auto-avvera, perdendosi nel labirinto della dipendenza psicofisica. Ricorrere alla tecnica dell'esternalizzazione (Petruccelli & Verrastro, 2012) può aiutare il paziente a indossare una lente diversa attraverso cui osservare la propria condizione: tale manovra strategica, infatti, dà al cliente la possibilità di vedersi (e sentirsi!) "sganciato" dal suo problema, di riconoscere che quest'ultimo non definisce, né "marchia a fuoco" la sua persona. Il problema, il sintomo, il malessere diventano quindi elementi-altri, distinti da sé e concretamente gestibili, il che permette al soggetto di abbassare le resistenze, di riconoscere le proprie risorse e capacità e di sviluppare un nuovo modo di percepire e reagire. Questa tecnica consente da un lato di ridurre il senso di fallimento personale legato all'inefficacia delle tentate soluzioni e di alleviare la percezione della gravità del problema e delle sue manifestazioni, mentre dall'altro lato permette di sostenere la sua collaborazione e la sua motivazione nel percorso psicoterapico (Petruccelli & Verrastro, 2012).

L'alleanza terapeutica, però, può essere minacciata anche dagli atteggiamenti resistenti che il paziente dipendente manifesta attraverso i suoi sentimenti ostili o la sua diffidenza nei confronti del terapeuta, o ancora attraverso il timore del suo giudizio. In queste circostanze la seduta di psicoterapia, allora, diventa luogo di assordante silenzio, di lunghe pause, in cui il paziente si sta negando al terapeuta e al rapporto e sta mostrando tutta la sua difficoltà ad aprirsi, a dialogare, a condividere le proprie idee, le proprie emozioni, la propria storia di vita. In questo modo egli sceglie di restare in compagnia solo del suo oggetto di dipendenza. In questi casi l'utilizzo della resistenza trova attuazione nel ricorso a prescrizioni paradossali: prescrivere la resistenza al cambiamento, infatti, colloca il soggetto non collaborativo e oppositivo nella condizione paradossale di eseguire comunque le indicazioni del terapeuta, sia nel caso in cui continuasse ad opporvisi, sia nel caso opposto (Nardone, 1997).

Non è infrequente, poi, che il cliente possa sperimentare anche una doppia dipendenza o poli-dipendenza, per cui egli trova nella figura del terapeuta un nuovo "oggetto di

dipendenza” sconfinando dalla relazione terapeutica. Il terapeuta in questo caso, più che mai, deve rispettare la regola della frustrazione (Petruccelli & Verrastro, 2012) non colludendo con i desideri poco ragionevoli del paziente, in quanto la resistenza al cambiamento qui appare più profonda e subdola: il soggetto addicted, infatti, si adatta alla terapia per non creare problemi o discutere con il terapeuta, ma si appiattisce e non cresce, mostrandosi accondiscendente ed eccessivamente collaborante, non acquisendo quegli strumenti o strategie necessari per migliorare la propria condizione di vita: così facendo il paziente rischia di costruire e indossare una maschera di cera che si scioglierà poco dopo, al termine della seduta.

Infine, un altro modo attraverso cui è possibile osservare in azione la resistenza del paziente è la sua tendenza a non seguire i suggerimenti, le indicazioni o le prescrizioni del terapeuta; anzi, talvolta, come indicato da Chappel (Cesa Bianchi, 1987, p. 121), il soggetto con problemi di dipendenza mostra la tendenza a “mentire, rubare, contraffare le ricette, chiedere ansiosamente, manipolare il medico”. Può emergere, quindi, da parte del paziente un impegno tutt’altro che continuativo nella terapia, in quanto perseverare nelle vecchie abitudini, nel consumo, è più confortevole. La resistenza al cambiamento è quindi talora espressa dagli atteggiamenti poco collaborativi del soggetto che, come indicato da Jervis nel Manuale critico di Psichiatria (Slavko Zec, 2002, p. 31), mostra “...la tendenza a tornare a ripetere molte volte gli schemi di comportamento fallimentare”. In tali casi il terapeuta strategico potrebbe ricorrere alla tecnica che consiste nel sottostimare la motivazione al cambiamento nel paziente (Petruccelli & Verrastro, 2012), poiché essa “sfida” implicitamente il soggetto, il quale, per deludere l’aspettativa del terapeuta, mostrerà più impegno nel percorso terapeutico.

In tutti i casi è bene che lo psicoterapeuta sottolinei al paziente l’importanza dell’alleanza, riprendendo il contratto inizialmente condiviso e, qualora necessario, rinegoziandone i termini.

La resistenza mostrata dai pazienti può fornire informazioni non solo sul loro funzionamento, ma può dire molto anche del terapeuta e del suo modo di condurre la terapia. È evidente, infatti, che una terapia non coinvolgente, caratterizzata dalla mancanza di empatia e di una chiara comunicazione, può far fallire dell’alleanza terapeutica necessaria, invece, per sostenere un cambiamento efficace e duraturo nel paziente: non a caso si registrano drop-out tra i pazienti dipendenti quando questi non si sentono riconosciuti e accolti come individui di cui aver debita cura.

È importante, quindi, che lo psicoterapeuta privilegi con il paziente una comunicazione suggestiva, funzionale ad aggirare le resistenze o ad utilizzarle strategicamente, e un linguaggio ingiuntivo per promuovere azioni che possano cambiare le sue percezioni o il suo punto di vista. Inoltre lo psicoterapeuta deve essere consapevole delle dinamiche che la relazione complementare può dar luogo in terapia (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1971) e deve essere disposto ad accogliere il paziente con tutti i suoi vissuti, come soggetto caratterizzato da punti di forza e debolezza e da ambivalenze, fatto di atteggiamenti e contro-atteggiamenti, di azioni e reazioni.

Psicoterapia tra motivazione e farmacoterapia

L’adesione al percorso terapeutico da parte dei pazienti può variare nel tempo, così come il loro impegno ad eseguire le prescrizioni. Fattore influente è sicuramente la motivazione che il paziente mostra nei confronti del processo di cambiamento e che diviene un fattore

predittivo della validità della terapia. Pertanto la discontinuità con cui essa può manifestarsi costituisce un altro fattore “critico”.

In una ricerca di Rabia Bilici, Esra Yazici, Ali Evren Tufan, Elif Mutlu, Filiz Izci, Görkem Karakas Uğurlu (2014), in cui sono stati oggetto di studio pazienti con diagnosi di disturbo di personalità associato ad una condizione di abuso di sostanze (in particolare eroina), è emersa una correlazione negativa tra quadro clinico e motivazione al trattamento: il livello di quest’ultima, infatti, risultava essere basso, mentre la partecipazione volontaria al trattamento si presentava come fattore predittivo della motivazione allo stesso. I bassi livelli di motivazione fanno presupporre che da parte dei pazienti vi sia scarso impegno e partecipazione discontinua nel percorso terapeutico (Secci, 2016).

La compliance alla psicoterapia mostrata in particolare dai pazienti dipendenti segue andamenti tutt’altro che lineari (Montanari & Longo, 2005). Spesso, infatti, i tossicodipendenti si rivolgono agli esperti del pubblico o del privato, mostrando una motivazione decisamente estrinseca, che può influenzare l’evoluzione del percorso terapeutico: si tratta, ad esempio, di pazienti che iniziano la cura solo perché “costretti” da familiari o dal sistema giudiziario (Cavanna & Salvini, 2010), come il caso in cui al soggetto viene concessa la sanzione penale sostitutiva del lavoro di pubblica utilitàⁱ. Egli è, quindi, chiamato a svolgere, tra le prescrizioni disposte dal giudice, un percorso terapeutico-riabilitativo personalizzato presso il Ser.D territoriale di competenza. Questo utente potrebbe ritenere di non avere alcun problema con le sostanze, potrebbe non riconoscere l’importanza del trattamento, ma vi aderisce comunque mostrando una chiara motivazione estrinseca: la mancata osservazione della prescrizione, infatti, non gli consentirebbe di fruire dei benefici richiesti. In questi casi appare importante individuare le risorse utili ad elicitare nel paziente una maggiore motivazione intrinseca che gli consenta di aderire al programma in funzione del cambiamento personale e di un migliore adattamento al suo contesto di riferimento (Cavanna & Salvini, 2010). Ne consegue la necessità di rinegoziare in termini clinici l’accordo terapeutico stipulato con il paziente che ritiene di non aver alcun problema su cui lavorare: può essere utile, infatti, rivedere quelle esigenze e quegli obiettivi che egli riconosce importanti per lui, per poter riorientare l’intervento in modo più funzionale (Fiorenza & Giovannini, 2016).

Altre volte, il paziente decide di recarsi al Ser.D perchè nel suo immaginario il Servizio è un’oasi in cui può trovare temporaneamente ristoro grazie alla terapia sostitutiva. Ecco perchè tende a disertare i colloqui concordati con lo psicoterapeuta o risponde sfuggente alla domanda “Come stai?”, imboccando il corridoio per raggiungere velocemente la stanza degli infermieri.

Volendo addentrarci ancora un altro po' nella dimensione motivazionale dei pazienti, potremmo ricorrere al linguaggio analogico per descrivere meglio la differenza esistente tra motivazione estrinseca e motivazione intrinseca: la prima ricorda la gestualità tipica del “baratto”, ovvero “faccio qualcosa purché questo mi avvantaggi”, condizione “do ut des” che guida il comportamento del soggetto verso un tornaconto meramente personale;

ⁱ Il lavoro di pubblica utilità prevista nei casi di violazione del Codice della strada per guida sotto l’effetto di alcol (art. 186 comma 9 bis del d.lgs. 285/1992) o di sostanze stupefacenti o psicotrope (art. 187 comma 8 bis del d.lgs. 285/1992) o nei casi di violazione della legislazione sugli stupefacenti ai sensi dell’art. 73 comma 5 bis del D.P.R. 309/1990. Esso consiste nel prestare un’attività non retribuita a favore della collettività (es: attività svolte a sostegno di malati, anziani, minori, ex-detenuiti o extracomunitari, tossicodipendenti; attività di protezione civile; ecc) - Art. 1 Decreto 26 marzo 2001 - Norme per la determinazione delle modalità di svolgimento del lavoro di pubblica utilità applicato in base all’art. 54, c. 6 del d.lgs. 274/2000. Per approfondimenti sulle sanzioni citate si rimanda alle relative leggi.

la seconda, invece, ricorda tanto il meccanismo di accensione di un motore a scoppio, divenendo pertanto la scintilla che innesca il processo di cambiamento.

Talvolta, però, la motivazione del paziente appare “appiattita” a causa della farmacoterapia prescritta dall’equipe medica: essa può essere prevista se, nel caso di una doppia diagnosi, sono necessarie la compensazione e la stabilizzazione di certe condizioni patologiche. La farmacoterapia mira sia al contenimento della sindrome astinenziale, sia della specifica sintomatologia psicopatologica, tuttavia talvolta potrebbe costituire un’altra dimensione critica nel percorso terapeutico. Essa, infatti, sebbene in certi casi costituisca proprio uno “strumento-stampella” complementare alla psicoterapia, appare più “fredda” e meccanica, soprattutto se confrontata con un solido rapporto: gli effetti collaterali dei farmaci, infatti, rendono spesso difficile la comunicazione con i pazienti in cura, perché causa di sintomi comportamentali o sonnolenza (Giusti & Maglioni, 2016), inficiandone la collaborazione. Non è infrequente, poi, sentire i pazienti lamentarsi dei dosaggi, paragonando gli effetti ad un “after-party” che non ha nulla di piacevole, ma che ricorda invece una giostra di emozioni e sensazioni poco gratificante perché non offre alcuno “sballo”.

Applicazione strategica del modello transteoretico degli stadi del cambiamento

Uno strumento ampiamente utilizzato presso i Ser.D e che supporta il lavoro terapeutico con pazienti dipendenti è il Modello transteoretico degli stadi del cambiamento (Lucchini, 2001). Il modello raffigura il cambiamento individuale come una ruota suddivisa in stadi, ognuno dei quali caratterizzato da uno specifico assetto psichico. Gli stadi del cambiamento sono quattro: precontemplazione, contemplazione, determinazione e azione, ma sono previste anche altre due fasi: la ricaduta e il mantenimento o fuoriuscita dal percorso. Il percorso attraverso gli stadi non è necessariamente sequenziale, ma può configurarsi come un “*andamento a singhiozzo*” (Montanari & Longo, 2005, p.73), che segue una logica circolare: il paziente può muoversi lungo la ruota in ogni verso, in senso “orario” o “antiorario”, transitando verso gli stadi successivi o ritornando indietro agli stadi già esplorati; inoltre la “sosta” in una specifica fase è assolutamente soggettiva e varia in relazione alla propria esperienza di addiction, che per sua natura trova nella ciclicità la sua espressione.

Nella cornice teorica appena esposta è stato strutturato il questionario self-report denominato MAC-E ad opera di Spiller e Guelfi (Montanari & Longo, 2005), strumento utile ai fini della valutazione della motivazione al cambiamento nei casi di dipendenza da eroina. Tale strumento consente di effettuare un’analisi dei fattori motivazionali che stimolano il cambiamento: la disponibilità al cambiamento (“R”), la self-efficacy (“S”) e la frattura interiore (“F”). La disponibilità al cambiamento indica quanto il soggetto sia propenso a cambiare; la self-efficacy, invece, dà un’idea della fiducia che il paziente nutre nelle sue capacità di sospendere, modificare o ridurre il consumo della sostanza da cui hanno sviluppato la propria dipendenza; la frattura interiore, infine, orienta l’analisi sulle contraddizioni e sulle ambivalenze insite nel soggetto, indicando il conflitto tra il Sé reale e il Sé ideale, la dissonanza o l’incompatibilità tra la contingenza attuale e l’immagine che il soggetto ha di sé (Pinamonti & Rossin, 2004).

I valori delle tre dimensioni appena esposte, inevitabilmente, variano in relazione allo stadio in cui il paziente si trova, in quanto ad ogni stadio corrisponde uno specifico assetto cognitivo e psichico (Lugoboni & Zamboni, 2018).

In relazione a quanto fin qui esposto, la terapia con soggetti con dipendenza da sostanza e/o comportamentale potrebbe ricordare, per certi aspetti, il famoso “gioco dell’oca”: il paziente conosce le regole, condivide il progetto terapeutico e generalmente ha consapevolezza dell’impegno necessario per astenersi dal suo oggetto di dipendenza, tuttavia, in modo improvviso, egli può muoversi da una casella all’altra, compiendo ora un passo avanti verso il mantenimento della sospensione del consumo, ora due passi indietro, ritornando sulla casella dell’effetto “ave” di violazione dell’astinenza (Lugoboni & Zamboni, 2018). I “dadi” che “decidono” le caselle sono spesso i tratti di impulsività e compulsività (Rosenberg & Curtiss Feder, 2015; Caretti & La Barbera, 2015), la personalità novelty seeking, la facile suscettibilità alla noia e lo scarso autocontrollo (Mosti & Clerici, 2003), la mancata accettazione di certe emozioni, della frustrazione e del senso di vuoto (Bimbo, 1997), fattori questi che possono cambiare gli esiti di gioco continuamente.

Scopo della metafora non è di certo quello di esemplificare grossolanamente un fenomeno complesso e delicato come quello delle addictions, anzi l’idea è quella di collegare l’imprevedibilità dei patterns comportamentali di questi pazienti sia con le numerose variabili in gioco, sia con le specifiche abilità richieste al terapeuta: flessibilità, adattamento, empatia, rispetto, apertura mentale.

Il terapeuta è infatti chiamato a modellare l’intervento clinico, anche in modo creativo, in relazione al singolo caso specifico, fase dopo fase (Celia, 2016), ponendo particolare attenzione allo stadio del cambiamento in cui il paziente dipendente si trova.

Il primo stadio è denominato Precontemplazione. Il paziente che si trova in questo stadio lungo il cammino del cambiamento non è consapevole che la sua dipendenza costituisca una condizione problematica e di reale rischio per sé e per chi lo circonda (Norcross, 2012). La criticità riscontrabile in terapia in questa fase è legata all’assenza di intenzionalità e disponibilità al cambiamento da parte del soggetto (Lucchini, 2014).

Il secondo stadio è chiamato Contemplazione. E’ una fase delicata questa, perché caratterizzata da una forte ambivalenza (Arkowitz, Westra, Miller & Rollnick, 2016), in quanto il paziente individua gli aspetti positivi del cambiamento (ad esempio la riduzione del consumo di sostanze o la cessazione del comportamento di gioco) contestualmente ai vantaggi legati al mantenimento del solito comportamento e delle consolidate abitudini (ad esempio il benessere psico-fisico, seppur temporaneo, dopo l’assunzione di una dose o l’eccitazione e l’euforia nell’attesa di ricevere l’esito di gioco). È una fase di esplorazione questa, che può essere adeguatamente approfondita proponendo al paziente la compilazione della Bilancia Decisionale (De’Lutti, 2014): essa fa riflettere sui pro e i contro relativi sia al cambiamento che al mantenimento del pattern comportamentale e acquisire maggiore consapevolezza sui meccanismi attivati dal fenomeno di dipendenza. Obiettivo terapeutico anche in questa fase è sostenere la motivazione del paziente a impegnarsi nel percorso terapeutico la cui meta è un cambiamento a più livelli. Un’esperienza significativa per i pazienti che si trovano in questo stadio è la ricerca delle eccezioni (Petruccelli & Verrastro, 2012), una tecnica molto utile ad individuare con il paziente tutte quelle eccezioni al disturbo, ovvero condizioni in cui egli ha agito più o meno consapevolmente come se non avesse un problema di dipendenza. Esplorare queste circostanze consente di individuare quelle soluzioni che il paziente ha attuato in modo casuale ma con risultato, per poi replicarne la struttura e il funzionamento mediante prescrizioni strategiche. Tale indagine consente attraverso l’esperienza pratica di rafforzare l’idea che il cambiamento non è solo ipotizzabile, ma è anche realizzabile.

Lo stadio successivo è, poi, indicato con i termini Determinazione o Preparazione. In questa fase il paziente riferisce di sentirsi deciso a modificare quanto della propria

esistenza è causa di disagio, problematicità e rischio. L'ambivalenza che caratterizzava il secondo stadio è qui molto attenuata e il paziente inizia ad elaborare un suo "piano di cambiamento" attuabile (Montanari & Longo, 2005).

La progettazione dell'intervento terapeutico in questa fase può prevedere numerose ipotesi di lavoro, rispetto alle quali è bene concordare con il paziente le priorità: sostenere la riduzione e poi la cessazione dell'uso, gestire il craving, lavorare sulla frattura interiore, sostenere la motivazione e il senso di agency, rafforzare l'autoefficacia percepita, individuare situazioni ad alto rischio, promuovere lo sviluppo e il potenziamento del coping, della capacità di problem solving, delle life e social skills imparare a usare strategie e competenze per fronteggiare le eventuali difficoltà di realizzazione del programma di cambiamento.

Tutti gli obiettivi appena descritti devono poter essere scomposti in scopi e traguardi più piccoli, per facilitarne il raggiungimento senza sovraccaricare il soggetto emotivamente. Inoltre, in un'ottica strategica, tali finalità dovrebbero rispettare i criteri proposti da Bandler e Grinder nel 1975 (Celia, 2016). Nel modello denominato "S.M.A.R.T" l'acronimo indica che l'obiettivo è perseguibile se: specifico, ovvero descritto in modo concreto e in positivo; misurabile; raggiungibile dall'individuo in relazione alle sue possibilità o limitazioni; realistico; temporalizzato, ovvero da raggiungere entro una data prestabilita.

Con i pazienti addicted con buona compliance potrebbe essere fruttuoso, poi, utilizzare la tecnica della "miracle question", che consente loro di individuare possibili soluzioni mai attuate prima (Petruccelli & Verrastro, 2012) e quindi di ripensare la propria vita attuale nel vortice della dipendenza programmando concretamente il proprio cambiamento. In altre parole ricevono quella spinta ancora più forte che li incoraggia a raggiungere lo stadio successivo, quello dell'Azione.

Quest'ultimo è sicuramente il più pratico tra le fasi ed esso esalta il potere di agency del paziente: questi è pronto ad attuare il cambiamento (Chianura, Schepisi, Dellarosa, Menafro & Peruzzi, 2008). Questi è invitato a sospendere concretamente il consolidato comportamento di dipendenza e a ristrutturare le sue abitudini, interrompendo schemi automatici e individuando attività alternative all'oggetto di dipendenza, ugualmente gratificanti e stimolanti, come hobby e sport; in altre parole, il nuovo approccio alla vita si ispira ad un *modus operandi* più sano e costruttivo.

L'azione, in una cornice strategica, viene inizialmente programmata attraverso specifiche procedure, quali manovre, compiti e prescrizioni comportamentali da eseguire e il risultato viene poi discusso in seduta. Quest'ultimo può confermare le aspettative di cambiamento che il paziente aveva elaborato: "*ciò che ci aspettiamo che accada influenza ciò che facciamo*" (Watzlawick & Nardone, 2018). L'azione, infatti, dà al paziente l'opportunità di ri-scoprire le sue capacità o apprendere *ex novo* strategie e tecniche. D'altra parte le tentate soluzioni, che fino a quel momento egli aveva reiterato con esiti fallimentari, ora lasciano spazio a nuovi saperi e a un nuovo modo di percepire e reagire agli eventi. Ne deriva una maggiore consapevolezza di sé, una più chiara comprensione della disfunzionalità di certi meccanismi e di specifici comportamenti.

L'azione strategicamente programmata, quindi, diviene un trampolino attraverso cui poter saltare fuori dalla spirale che intrappola il paziente: la circolarità tra problema e tentate soluzioni.

Anche nella fase di azione, però, è necessario sostenere la motivazione del soggetto, in modo che gli obiettivi e le azioni funzionali al cambiamento possano trovare piena realizzazione e siano verificabili (Montanari & Longo, 2005).

L'obiettivo a lungo termine è certamente il mantenimento del nuovo stile di vita e l'abbandono definitivo dei vecchi copioni disfunzionali. In ogni stadio del Modello, tuttavia, per la natura propria della Dipendenza, è presente il rischio che il soggetto possa fare esperienza di ricadute: si tratta di fenomeni fisiologici consistenti in "scivoloni", ovvero regressioni più o meno sporadici alle vecchie abitudini (Lucchini, 2001).

La ricaduta per certi aspetti potrebbe essere considerata una iper-soluzione: essa costituisce un particolare modo di fronteggiare problemi e difficoltà, ma nonostante i positivi intenti essa causa effetti negativi o svantaggiosi (Watzlawick, 2013). Il soggetto, infatti, ritorna al vecchio comportamento di uso o abuso perché esso in passato, in specifiche situazioni soprattutto emotive, gli è stato funzionale, seppur non in modo sano. Tale comportamento, quindi, verrà sempre riproposto dal soggetto ritenendola adatta ad ogni situazione, sebbene non lo sia (Petruccelli & Verrastro, 2012): in altre parole, essa diventa una strategia collaudata, un automatismo, una vera e propria ancora cui aggrapparsi quando si ripresentano certe condizioni. La ricaduta a questo punto presuppone che il paziente riprenda il suo percorso di cambiamento di secondo ordine, che supporta conseguentemente lo sviluppo di una maggiore consapevolezza e coscienza. Per fare questo potrebbe essere utile la tecnica della comunicazione diretta sul sintomo, ovvero la predizione della ricaduta (Petruccelli & Verrastro, 2012): il terapeuta verbalizza al paziente che egli potrebbe sperimentare presto una ricaduta. Comunicare questa possibile previsione prepara il soggetto e fa sì che egli non viva eventualmente questa esperienza come un fallimento rimanendo deluso da sé, ma piuttosto lo incoraggia a monitorarsi e ad avere più autocontrollo.

Le trappole della comunicazione

L'atmosfera che il paziente respira in un percorso di psicoterapia strategica è coinvolgente e suggestiva, il clima percepito è positivo, mette a suo agio e ispira fiducia. Tutti questi elementi permettono al cliente di sentirsi accolto e compreso, in relazione con l'altro.

La relazione di aiuto nell'ottica strategica riconosce, in particolare, nel linguaggio un canale preferenziale: esso, infatti, costituisce la cornice necessaria di ogni intervento e si caratterizza per essere sempre orientato al cliente e centrato sul problema che egli porta in terapia (Petruccelli & Verrastro, 2012). Le porte del cambiamento possono, quindi, essere aperte grazie ad una comunicazione strategica.

I primi due assiomi della comunicazione, in particolare, sottolineano come non solo sia impossibile non comunicare, ma anche che la comunicazione avviene sia a livello di contenuto, sia a livello di relazione, pertanto qualsiasi contenuto veicolato trasmetterà delle informazioni e produrrà un comportamento (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1971). Da questo punto di vista la tecnica del ricalco si rivela "conditio sine qua non" ai fini della strutturazione del rapporto: il terapeuta cioè si adatta al modo di esprimersi e di muoversi proprio del paziente e usa sapientemente i canali comunicativi, ad ogni livello, per elicitarne il cambiamento.

Talvolta, tuttavia, nonostante i principi inossidabili del terapeuta, egli potrebbe, seppur involontariamente, rendere difficoltoso lo scambio comunicativo con il paziente. Il rapporto, infatti, potrebbe essere minacciato da alcune trappole della comunicazione che costituiscono un'altra area di criticità da fronteggiare.

La prima trappola può essere rilevata nella fase anamnestica (Lugoboni, 2010): il terapeuta, infatti, in questa fase rivolge tutta la sua attenzione alla raccolta delle informazioni necessarie per completare il quadro diagnostico e l'idea che egli ha

sviluppato del caso; pur di ottenere quanti più dati possibili, però, potrebbe rischiare di “bombardare” il paziente di domande, ponendo quesiti svuotati di sincero interessamento sui fattori che ad esempio scatenano il craving, le condizioni emotive che anticipano o seguono l’attuazione del comportamento di addiction, le tentate soluzioni atte a smettere di consumare sostanze, la situazione familiare e sociale, etc.

Il terapeuta spesso indaga queste aree affidandosi a domande che però appaiono sempre più incalzanti e insistenti e che non fanno altro che “inchiodare” il paziente in una comunicazione telegrafica, non lasciandogli lo spazio per raccontarsi, per condividere i propri vissuti e la propria esperienza di vita. Ciò fa sì che il colloquio rischi di concludersi con deduzioni cliniche fin troppo affrettate e con il ricordo, per il paziente, di una relazione di aiuto che aveva piuttosto le sembianze di un fitto interrogatorio (Lugoboni & Zamboni, 2018).

Il terapeuta strategico, invece, dovrebbe potersi focalizzare sul modo in cui il disturbo si presenta nel qui ed ora, avviando un’indagine volta a comprendere il funzionamento psichico della sintomatologia riferita, nei seguenti termini: in un’ottica strategica, infatti, il sintomo potrebbe apportare dei vantaggi al paziente o costituire una possibile strategia (non propriamente funzionale) per fronteggiare una condizione problematica (Secci, 2016). Pertanto è utile coinvolgere ancor di più il paziente chiedendogli quale potrebbe essere, a suo avviso, la funzione sopracitata, osservando, quindi, come egli percepisce il problema lamentato e la posizione che quest’ultimo occupa nella sua esistenza, il sistema in cui esso è inserito (Secci, 2016).

Un’altra trappola frequente dell’area comunicativa, riguarda poi l’atteggiamento di biasimo alla mancata compliance (Lugoboni & Zamboni, 2018) che il terapeuta potrebbe manifestare nei confronti del paziente, il quale può reagire con un contro-atteggiamento negativo, ricco di sensazioni terribili: egli, infatti, potrebbe sentirsi non compreso, rifiutato o addirittura squalificato (Watzlawick et al., 1971), trovando nel drop-out una via di fuga salvifica. Stessa valenza ha il ricorso a paternali e moralismi o a convincimenti forzati mediante la logica causa-effetto che riduce il fenomeno addiction solo ad uno stile di vita rischioso. Tutto ciò non promuove di certo nel paziente un’apertura al cambiamento di secondo ordine; piuttosto egli si sente giudicato e in errore a causa della sua condizione di dipendenza, sostenendolo quindi in fenomeni di retroazione (Secci; Watzlawick et al., 1971).

Talvolta, poi, l’errore del terapeuta può essere osservato nella sua tendenza a rimarcare che la relazione terapeutica è di tipo complementare. Dalla sua posizione “up” rispetto al paziente vuole dimostrare in ogni modo di essere lui l’esperto, ostentando il suo ruolo professionale e, quindi, il suo “potere” (Nardone, 2018): egli dimentica così l’importanza dell’empatia e del ricalco, dà spazio a continue interpretazioni intrise di etichettamenti (Lugoboni & Zamboni, 2018), confermando con i suoi monologhi poco chiari di non sapersi centrare sul cliente e di non accoglierlo come persona fatta di emozioni, cognizioni ed esperienze. Il paziente si ritrova, così, da solo in un deserto relazionale, in cui il suo oggetto di dipendenza ancora una volta resta l’unica certezza.

“Prima di convincere l’intelletto occorre toccare e predisporre il cuore” (B. Pascal) è un aforisma che dovrebbe guidare sempre l’intervento clinico orientato al cambiamento di secondo ordine. Infatti inciampare nelle “barriere della comunicazione” (Lugoboni & Zamboni, 2018) significa anche rischiare di compromettere la partecipazione del paziente alla terapia, facendo sì che si strutturi un mero “intervento correttivo”. La relazione di aiuto, invece, dovrebbe tenere conto delle circostanze di vita del paziente e adattarsi a queste, rispettando la specificità dell’individuo e il suo bisogno di riconoscimento. Ecco perché anche nell’area clinica delle dipendenze è importante saper coinvolgere il

paziente, confrontarsi con lui sugli obiettivi del trattamento, negoziare e costruire regole e significati, progettare ed eventualmente rimodulare insieme il progetto terapeutico, riformulare e ristrutturare vissuti ed esperienze riferiti in terapia.

Il paziente, d'altra parte, affida al terapeuta tutto il suo carico di vissuti, che la dipendenza rende spessissimo insostenibili come un fardello e necessita di essere riconosciuto nella sua sofferenza. Pertanto il terapeuta è chiamato qui, più che mai, a rispettare pienamente la regola della reciprocità (Petruccelli & Verrastro, 2012) secondo cui il paziente durante il colloquio deve poter ricevere in termini di restituzione, ridefinizione e ristrutturazione almeno quanto ha dato, ha espresso e ha condiviso con il terapeuta.

La comunicazione nella relazione di aiuto può però essere facilitata, ad esempio ricorrendo alle metafore e all'umorismo (Chianura, Schepisi Dellarosa, Menafro & Peruzzi, 2008).

Le metafore si prestano benissimo come veicolo di contenuti diretti al cuore, perché aggirando le resistenze evocano emozioni e processi creativi di pensiero (Secci). Ad esempio, nell'ambito delle dipendenze, il ricorso alle metafore può essere utile per comprendere i meccanismi psicofisici implicati nella dipendenza: ad esempio, la metafora del surfista può essere utile per lavorare insieme al paziente sul concetto di craving e di gestione dello stesso, in quanto l'immagine delle onde e del surf può richiamare nel paziente la sensazione che l'urgenza del consumo o dell'azione può essere "cavalcata" in modo proattivo e adattivo (De'Lutti, 2014).

Il ricorso all'umorismo, infine, a differenza del sarcasmo, *"ci aiuta a tirare fuori il meglio delle persone e a liberarle dall'aspetto truce con cui di solito si presentano in terapia"* (Watzalwick & Nardone, 2018), ma esso va sempre calibrato e modulato tenendo conto delle caratteristiche del cliente e della sua storia, della fase di cambiamento in cui egli si trova e dell'eventuale doppia diagnosi, per evitare che egli senta di dover difendere la propria esperienza di addiction innalzando le sue resistenze.

I freni nella terapia: i pregiudizi e le risonanze emotive

I modelli dell'interazione umana sono caratterizzati da circolarità, in cui entrano in gioco parole, emozioni, azioni e reazioni. La trama della relazione di aiuto, in particolare, è cucita dalle mani del paziente e del terapeuta e richiede attenzione e cura, perché elementi disturbanti, se non adeguatamente gestiti, rischiano di scucire il ricamo terapeutico. Tra gli elementi potenzialmente logoranti, in particolare, possiamo individuare anche uno specifico vissuto del terapeuta: il pregiudizio. Esso richiede, infatti, che la figura del terapeuta venga meno idealizzata nei termini di infallibilità (Papadopoulos, 2015).

L'esperienza clinica, con pazienti addicted in particolare, può far sì che lo psicoterapeuta giunga a confrontarsi con i suoi personali pregiudizi di base e, come suggerisce Papadopoulos, il problema non consiste nello stabilire se un clinico è (o meno) "immune" dall'elaborazione dei pregiudizi, ma piuttosto consiste nel definire quanto tali pregiudizi possano interferire con il percorso clinico in corso di svolgimento. La connotazione negativa del pregiudizio risiede nel veicolare, seppur involontariamente, messaggi che stigmatizzano: il paziente infatti potrebbe sentirsi giudicato e "schedato" a causa del suo problema. Infatti la resistenza al cambiamento mostrata dai pazienti con problemi di dipendenza o la loro difficoltà ad aderire al processo terapeutico, potrebbero indurre il terapeuta a credere che la dipendenza sia un problema senza soluzione. La sua sfiducia nei confronti del loro impegno, delle loro risorse, del loro desiderio di cambiamento potrebbe quindi alimentare in lui la resistenza a prenderli in carico. Probabilmente tali

dinamiche costituiscono una possibile espressione di quel tentativo che il terapeuta attua per salvaguardarsi da un'eventuale impasse, fonte di vergogna, senso di colpa e incompetenza, in altre parole come fallimento professionale e personale (Giusti & Barbuto, 2014).

La falsa credenza secondo cui “*i pazienti dipendenti non cambiano mai*” può irrigidire gli atteggiamenti dello psicoterapeuta e ciò costituisce una chiara area di criticità, perché il rifiuto che ne consegue può trasformarsi in squalifica e disconferma (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1971) verso questo gruppo di pazienti, ai quali, così facendo, spesso si preclude la possibilità di provare davvero a modificare il proprio approccio alla vita e a ricevere per questo il sostegno che meritano.

Talvolta la relazione di aiuto è, invece, disturbata da sentimenti che si propagano nel contesto clinico dalla figura del paziente a quella dello psicoterapeuta e viceversa, come onde senza fine: le risonanze emotive influenzano inevitabilmente l'andamento del percorso terapeutico. L'eco di tali risonanze certifica quanto numerosi e sfaccettati siano i riflessi sullo specchio del controtransfert e compito del terapeuta è quello di coglierne le fattezze e le caratteristiche, per poter prima avviare processi di rielaborazione, di sense-making e di comprensione di sé, e per potere poi essere guida sicura per i suoi pazienti nel valzer che lo spazio terapeutico ospita.

Le criticità appena descritte richiedono, quindi, al terapeuta una grande dose di consapevolezza affinché egli possa riconoscere anche il significato e la funzione dei suoi sentimenti: gli strumenti utili a tal fine potrebbero essere l'ascolto di testimonianze e la supervisione.

“*Guardate dal finestrino dell'altro. Cercate di vedere il mondo come lo vede il vostro paziente*” suggerisce Irvin D. Yalom nel suo “Il dono della terapia” (Yalom, 2016). Ascoltare le storie degli ex “addicted” è un'esperienza delicata che permette al terapeuta di esplorare il mondo complesso degli psiconauti che travolge l'anima e la sconvolge. Essi riescono ad essere preziosi testimoni della potenza del cambiamento e grazie alle loro esperienze concrete possono ricordare, o insegnare, quanto sia importante credere di esserne capaci. Descrivendo cosa significa vivere nel mondo della dipendenza, essi possono documentare il percorso che ha consentito loro di sradicare radici malconce prima, piantare semi nuovi poi e infine rifiorire, divenendo pertanto esempio per chi ancora non riesce a fare a meno del proprio oggetto di dipendenza.

Inoltre conoscere la loro esperienza di addiction, dalla fase di sperimentazione occasionale all'abuso cronico, dall'urgenza famelica tipica del craving al dolore lancinante e angosciante dell'astinenza, può consentire allo psicoterapeuta di cogliere utili spunti di riflessione per aprirsi a nuove prospettive da cui studiare il fenomeno dipendenza e fronteggiarlo nel contesto clinico.

Pertanto se il pregiudizio costituisce un freno nel lavoro clinico, conoscere queste testimonianze rappresenta per il terapeuta l'occasione per cambiare marcia e spingere sull'acceleratore dell'animo umano: i sentimenti. Queste storie di vita, infatti, divengono simboli della forza interiore, del coraggio, della motivazione necessari al cambiamento per lasciare quell'esistenza stentata e amara e ricominciare a vivere, stavolta davvero.

È importante, poi, saper disinnescare il pilota automatico, ecco perché la supervisione può divenire per il terapeuta quell'occasione per riorientarsi sulla mappa della relazione d'aiuto. La supervisione infatti può essere considerata un intervento sul sistema terapeutico (Bruni, Vinci & Vittori, 2010) e consente di potersi guardare dentro, di poter leggere, o rileggere, tutti quei vissuti di cui talvolta non si è consapevoli, ridefinendo confini, sciogliendo impasse e creando nuove opportunità di crescita personale e professionale.

Si ricordi, infine, che il cambiamento ha luogo attraverso una relazione che coinvolge appieno tanto il paziente quanto il terapeuta (Cristini, 2012): ecco perché quest'ultimo, coerentemente con la sua mission dovrebbe impegnarsi per abbattere la cinta muraria dietro cui si protegge, per poi costruire con quei mattoni alte torri e osservatori sicuri da cui ogni paziente, qualsiasi sia il suo disturbo, possa un giorno affacciarsi per ammirare il suo cambiamento.

Conclusioni

La complessità delle relazioni umane emerge chiaramente e incontrovertibilmente in seduta: ogni terapeuta si confronta, infatti, con la specificità di ogni suo paziente, che porta con sé una sua personale visione del mondo. La relazione terapeutica diviene, allora, luogo in cui le diversità si incontrano e, talvolta, si scontrano.

È indubbio, infatti, che la molteplicità delle esperienze umane si manifesti attraverso meccanismi di azione e retroazione, atteggiamenti e contro-atteggiamenti, che possono essere compresi solo abbandonando la logica lineare “causa-effetto” e adottando una prospettiva diversa, che consideri le multiformi interconnessioni: la logica circolare.

Ciò che viene esperito nella relazione terapeutica è funzionale ad avviare un cambiamento a più livelli, necessario per migliorare l'esperienza di vita; adottare la logica circolare nel contesto clinico, quindi, consente di addentrarsi nella profondità della relazione che terapeuta e paziente creano insieme e di rilevare quelle eventuali criticità che possono ostacolare o rallentare il percorso terapeutico di cambiamento.

Ri-conoscere queste criticità consente di rileggere i messaggi che sono stati veicolati tanto dal paziente, quanto dal terapeuta, di riprogrammare l'intervento clinico con strategie più mirate, di ri-costruire il setting per rafforzare l'alleanza terapeutica e quindi il rapporto.

Per raggiungere questi scopi, però, il terapeuta deve sapersi (ri)mettere in gioco, abbandonando certezze precostituite e adattandosi di volta in volta in modo flessibile e strategico. Nella clinica delle addictions, in particolare, il terapeuta deve saper leggere il circolo vizioso che lega il paziente al suo oggetto di dipendenza e insinuarsi nel suo sistema percettivo-reattivo, nella rigidità di un funzionamento che ha molteplici espressioni.

Tutte quelle variabili che possono apparire come aree di criticità nell'intervento clinico, in realtà, se affrontate con un “fare strategico” possono divenire, invece, occasione per migliorare la qualità della relazione e dei contenuti che essa custodisce. Ciò, però, presuppone che il terapeuta sia sempre centrato sul paziente e sul suo problema, lavorando anche su di sé a livello umano, oltre che professionalmente.

Le criticità, in conclusione, possono divenire occasione preziosa per impegnarsi a “sentire” l'altro in modo diverso e più intimo, per aprirsi a prospettive altre, per scoprire nuovi modi in cui il cambiamento può trovare realizzazione: *“in un'ottica strategica la terapia è far sentire diversamente, non far capire diversamente”* (Nardone & Salvini, 2018, p. 35).

Bibliografia

Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R. & Rollnick, S. (2016). *Il colloquio motivazionale: per i trattamenti dei problemi psicologici*. Roma: Sovera Edizioni.

- Bimbo, A. (1997). *Emanciparsi dalle dipendenze. Strategie di intervento per operatori ed educatori*. Milano: Franco Angeli.
- Bruni, F., Vinci, G. & Vittori M.L. (2010). *Lo sguardo riflesso. Psicoterapia e formazione*. Roma: Armando Editore.
- Caretti, V. & La Barbera, V. (2015). *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Cavanna, D. & Salvini, A. (2010). *Per una psicologia dell'agire umano. Scritti in onore di Erminio Gius*. Milano: Franco Angeli.
- Celia, G. (2016). *La psicoterapia strategico-integrata. L'evoluzione dell'intervento clinico breve*. Milano: Franco Angeli.
- Cesa Bianchi, M. (1987). *Aspetti psicologici della tossicodipendenza. Ricerche su l'adolescente, la famiglia, il medico*. Milano: Jaca Book.
- Chianura, P., Schepisi, L., Dellarosa, A.C., Menafro, M. & Peruzzi, P. (2008). *Le relazioni e la cura. Viaggio nel mondo della psicoterapia relazionale*. Milano: Franco Angeli.
- Cristini, C. (2012). *Il cambiamento psicoterapeutico*. Milano: Franco Angeli
- De'Lutti, P. (2014). *Metafore illustrate e mindfulness nel trattamento delle dipendenze*. Milano: Franco Angeli.
- Fiorenza A. & Giovannini C. (2016). *Dalla telefonata al primo colloquio. 21 errori da evitare per una terapia strategica efficace*. Rovenna: Giorgio Pozzi Editore.
- Giusti, E. & Barbuto, F. (2014). *Cambiamento e resistenza in terapia: l'aderenza veloce al trattamento*. Roma: Sovera Edizioni.
- Giusti, E. & Maglioni, M. (2016). *Terapie delle dipendenze. Il percorso verso l'autonomia e l'interdipendenza*. Roma: Sovera Edizioni.
- Lucchini, A. (2001). *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*. Milano: Franco Angeli.
- Lucchini, A. (2014). *Società consumi dipendenze. Principi contesti servizi*. Milano: Franco Angeli.
- Lugoboni, F. (2010). *Migliorare la compliance. L'utilità del colloquio motivazionale*. Torino: Editore SEEd.
- Lugoboni, F. & Zamboni, L. (2018). *In sostanza: manuale sulle dipendenze patologiche*. Verona: Edizioni Clad.
- Montanari, C. & Longo, C. (2005). *L'integrazione pluralistica nelle tossicodipendenze. Percorsi formativi e terapeutici*. Milano: Franco Angeli.
- Mosti, A. & Clerici, M. (2003). *Lungo il confine. Tossicodipendenze e comorbidità*. Milano: Franco Angeli.
- Nardone, G. & Watzlawick P. (1990). *L'arte del cambiamento. Manuale di terapia strategica e ipnoterapia senza trance*. Firenze: Ponte alle Grazie.
- Nardone, G. (1991). *Suggestione, ristrutturazione, cambiamento. L'approccio strategico e costruttivista alla psicoterapia breve*. Milano: Giuffrè Editore.
- Nardone, G. (2018). *La nobile arte della persuasione. La magia delle parole e dei gesti*. Milano: Ponte alle Grazie.
- Nardone, G. & Milanese, R. (2018). *Il cambiamento strategico. Come far cambiare alle persone il loro sentire e il loro agire*. Milano: Ponte alle Grazie
- Nardone, G. & Salvini, A. (2018). *Il dialogo strategico. Comunicare persuadendo: tecniche evolutive per il cambiamento*. Milano: Ponte alle Grazie.
- Norcross, J.C. (2012). *Quando la relazione psicoterapeutica funziona....* Roma: Sovera Edizioni.
- Papadopoulos, I. (2015). *La teoria generale dei pregiudizi di base. Come e perché si creano le sofferenze psicologiche*. Roma: Armando Editore.

- Petrucelli, F. & Verrastro, V. (2012). *La relazione di aiuto nella psicoterapia strategica*. Milano: Franco Angeli.
- Pinamonti, H. & Rossin, M.R. (2004). *Polidipendenze. L'assunzione multipla di sostanze in una prospettiva interdisciplinare di clinica integrata*. Milano: Franco Angeli.
- Rosenberg, K.P. & Curtiss Feder, L. (2015). *Dipendenze comportamentali. Criteri, evidenze, trattamento*. Milano: Edra.
- Secci, E. (2016). *Le tattiche del cambiamento. Manuale di psicoterapia strategica*. Treviso: Youcanprint.
- Slavko, Z. (2002). La tossicodipendenza come radice d'incapacità al matrimonio (can. 1095). *Scienze umane, dottrina canonica e giurisprudenza*. Roma: Pontificio Istituto Biblico.
- Watzlawick, P. (2013). *Di bene in peggio. Istruzioni per un successo catastrofico*. Milano: Feltrinelli.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson D.D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi delle patologie e dei paradossi*. Roma: Astrolabio.
- Watzlawick P. & Nardone, G. (2018). *Terapia breve strategica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. & Fisch R. (1974). *Change: la formazione e la soluzione dei problemi umani*. Roma: Astrolabio.
- Yalom I.D. (2016). *Il dono della terapia*. Milano: BEAT.

“Postspettatorialità. L’esperienza del cinema nell’era digitale” di Mario Tirino. Recensione di libro

“Post-spectatoriality. The experience of cinema in the digital age” by Mario Tirino. Book Review

Vincenzo Auriemmaⁱ, Valeria Saladinoⁱⁱ

Riassunto

Il seguente articolo è una recensione del testo “Post-spettorialità. L’esperienza del cinema nell’era digitale”, di Mario Tirino. Si è cercato di sottolineare, dal punto di vista psicologico-sociale, le caratteristiche, strettamente legate al libro, del cinema nella nuova era. Dunque, evidenziando diverse logiche che vanno dal cinema al selfie, volte a comprendere l’enorme e interessante lavoro che Tirino ha svolto all’interno del suo testo.

Parole chiave

Recensione, cinema, post-spettorialità, psicologia, sociologia, selfie

Abstract

The following book review “Post-spectatoriality. The experience of cinema in the digital age”, by Mario Tirino aims to underline the characteristics of cinema in the new era, from a psychological and social point of view. Furthermore, our aim is to highlight different logics ranging from cinema to selfie, in order to understand the wide and interesting work that Tirino has done within his book.

Keywords

Book review, cinema, post-spectatoriality, psychology, sociology, selfie

Post-spettorialità è un’indagine socio-mediologica che investe anzitutto il ruolo del cinema di oggi. Tirino pone in evidenza come il cinema continua a occupare un posto decisivo nel quadro comunicativo della società digitale. Nell’ambito delle teorie dedicate al cinema di fronte a tali cambiamenti, Tirino mette a valore l’uso della nozione di ‘mediashock’, recuperando in maniera perspicace studiosi del Novecento e collegando le prospettive delle scienze sociali e umane, fra moderno, post-moderno e post-umano, alle teorie più recenti del mediascape contemporaneo. Dunque, «1) L’ossessività dei mezzi di informazione in occasione di crisi e disastri, il modo in cui i media rimediano e premediano queste narrazioni dello shock; 2) il modo in cui i media fisicamente generano uno shock nel sistema umano in quanto bio organismo, come essi alterino materialmente

la sensibilità corporea umana; 3) la capacità dei media di destabilizzare modelli sociali consolidati, regole pubbliche o la formazione di affettività collettiva, in anticipazione e in risposta all'evolversi delle condizioni materiali e mediali; 4) il modo in cui il mediashock genera, al pari di terremoti o altri disastri naturali, un impatto geofisico, geopolitico e geoaffettivo sull'insieme globale di umani e non umani, cioè gli attanti sociali, tecnici e naturali che costituiscono il mondo nel XXI secolo» (Tirino, 2020, p. 30). Difatti, il rapporto tra lo spettatore e le immagini dinamiche del cinema si è trasformato più volte in oltre un secolo. Le trasformazioni socioculturali si orientano tutte intorno all'inscindibile nesso tra cinema e tecnologia. Più di ogni altro mezzo di comunicazione, il cinema infatti lega i propri destini all'evoluzione tecnologica, poiché la sua essenza mediologica, come aveva compreso Edgar Morin, consiste nella capacità di declinare un apparato tecnologico in un patrimonio di narrazioni, simboli, rappresentazioni culturali. La seguente analisi vuole essere un discorso interdisciplinare, così come il lavoro di Tirino che ha posto l'accento nella interdisciplinarietà come chiave di lettura e come unico elemento valutativo da avere ben chiaro in mente. Questo processo è ben chiaro nel momento in cui si analizzano le relazioni tra spettatori e immagini in movimento, così come il cinema che è intriso di tutto, dalla tecnologia alla storia, dalla cultura alle industrie, anche il testo rappresenta un cambiamento socio-culturale e, soprattutto, un elemento per recepirne tutti i cambiamenti sociali che si verificano in entrambi i "mondi", cinema e società, ma che finiscono per essere un tutt'uno. Sociologicamente interessante è l'analisi delle culture filmiche e le «emergenze cinematiche del contemporaneo, nel segno unificante dell'esperienza dei pubblici, nella multiforme configurazione evidenziata dalle varie teorie degli Audience Studies» (Ivi, p. 176) che vengono presentate. Dunque, l'analisi di Tirino è nuova e fresca, soprattutto audace, visto che l'obiettivo è quello del dialogo tra approcci differenti. Chiari, ad esempio, sono i riferimenti a Simmel con i suoi studi sulla metropoli del Novecento, Benjamin con la riproducibilità tecnica dell'opera d'arte, Morin e McLuhan, solo per citarne alcuni, ma l'elenco è molto più lungo, soprattutto considerando la domanda che deve accompagnare il lettore fino alla fine, ovvero «se sia arrivato o meno il tempo di congedare una tale configurazione mediale, in base alla quale il medium cinematografico per più di un secolo ha rappresentato un'istituzione economica, culturale, sociale di enorme impatto sugli immaginari delle società contemporanee, è la domanda che – auspichiamo – è stata formulata in questa ricerca e che obbligherà gli studiosi ancora a lungo a interrogarsi intorno allo "scandolo" mediale costituito dalla digitalizzazione della cultura contemporanea» (Ivi, p. 23).

Digitalizzare il cinema e le sue immagini vuol dire anche congelare uno status identitario che pone l'individuo davanti a nuove riflessioni su sé stesso e sul rapporto con gli altri e con il suo ambiente di appartenenza. Lo schermo televisivo smette di essere un mero rilesso e diviene parte integrante dell'essere umano che a tutte le età si interfaccia con la realtà di finzione e con le innumerevoli narrazioni che la accompagnano. Il sogno ad occhi aperti ed il riflesso di noi stessi ci pone davanti ad un continuo ri-costruirci e ri-vederci in un gioco infinito di possibilità identitarie.

Oggi è possibile narrarsi in maniera frammentata ed isolata attraverso i social e i selfie, che equivalgono a rappresentazioni quasi iconografiche del Sé. L'immagine di finzione autoprodotta esorta alla relazione e sembra voler invitare l'altro ad uno scambio, ma in realtà delude le attese in quanto, dal momento in cui ci poniamo di fronte ad uno schermo, diventiamo artifizii. Questo concetto Roland Barthes lo conosceva molto bene e asseriva l'impossibilità di coglierne le fattezze dell'uomo di fronte l'obiettivo poiché quest'ultimo era immediatamente intento a creare un falso Sé, un altro diverso da sé, mettendosi in

posa per trasformarsi egli stesso in immagine. La modernità del cinema che diviene sempre più parte del nostro vissuto e dell'amatorialità, racconta tramite accenni autobiografici del cambiamento di prospettiva che sta investendo il nostro mondo e definendo i nostri vissuti.

Bibliografia

Tirino, M. (2020). *Postspettatorialità. L'esperienza del cinema nell'era digitale*. Roma: Meltemi.

ⁱ Vincenzo Auriemma, Università degli Studi di Salerno

ⁱⁱ Valeria Saladino, Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale